



**CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE CANCER / SIJIL PERUBATAN SULIT KANSER**

**TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP**

The below named is insured with us against the happening of a certain contingent event associated with his/her health. A claim has been submitted in connection with his/her illness / injury. To enable us to assess the claim, we would be grateful for your co-operation in the completion of this form.

Orang yang namanya dinyatakan dibawah diinsuranskan dengan kami terhadap kejadian tertentu yang berlaku. Satu tuntutan yang berkaitan dengan penyakit/kecederaan telah di serah kepada kami dan untuk membolehkan kami memproses tuntutan tersebut, kami menghargai kerjasama anda melengkapkan borang ini.

Note: This form is to be completed at the Patient's expense. *Borang ini untuk diisi atas perbelanjaan Pesakit.*

1. (a)	Name of Patient <i>Nama Pesakit</i>			
(b)	The Patient's identity card number from your records. / <i>Nombor kad pengenalan Pesakit daripada rekod anda</i>			
2. (a)	Are you the Patient's usual medical attendant? / <i>Adakah anda doktor yang biasa bagi Pesakit?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i>	
(b)	If yes, for how long? <i>Jika ya, sudah berapa lama?</i>	DD _____HH	MM _____BB	YY _____TT
(c)	If not, please provide the name and address of the usual medical attendant if known to you. <i>Jika tidak, sila berikan nama dan alamat doktor yang biasa jika anda tahu.</i>			
(d)	Has the Patient previously suffered from or been detected to have hypertension, diabetes, angina, hyperlipidaemia, cardiovascular disease, transient ischaemic attack, neurological disorders, renal disease, hepatitis B or C, autoimmune disorder, pre-malignant condition, cancer or any other significant illnesses? <i>Pernahkah sebelum ini Pesakit mengalami atau telah dikesan mempunyai tekanan darah tinggi, kencing manis, angina, hiperlipidemia, penyakit kardiovaskular, serangan iskemia sementara, gangguan neurologi, penyakit buah pinggang, hepatitis B atau C, gangguan autoimun, keadaan pra- malignan, kanser atau penyakit lain yang penting?</i>			
	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i>			
	If "YES", please provide the following: / <i>Jika "YA", sila berikan maklumat berikut:</i>			
	Medical Condition <i>Keadaan Perubatan</i>	Date of Diagnosis <i>Tarikh Diagnosis</i>	Medical Treatment <i>Rawatan perubatan</i>	Name and address of the treating doctor <i>Nama dan alamat doctor yang merawat</i>
3. Medical Details / <i>Butir Perubatan</i>				
(a)	Date you were first consulted for this condition. / <i>Tarikh kali pertama keadaan ini dirujuk kepada anda.</i>	DD _____HH	MM _____BB	YY _____TT
(b)	What were the symptoms complaint of and the duration of the symptoms when you were first consulted? / <i>Apakah gejala-gejala yang wujud dan berapa lama gejala ini telah wujud pada kali pertama dirujuk kepada anda?</i>			





**CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE CANCER / SIJIL PERUBATAN SULIT KANSER**

**TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP**

	<p>(c) How long has the complaints/symptoms and signs been present? / <i>Berapa lamakah aduan/gejala-gejala dan tanda-tanda telah hadir?</i> (i) According to Patient / <i>Menurut Pesakit</i> (ii) In your professional opinion <i>Menurut pendapat profesional anda</i></p>	<p>(i) Since _____ (DD/MM/YYYY / HH/BB/TTTT) (ii) _____ (Please state / <i>Sila nyatakan</i> days/weeks/months / <i>hari/minggu/bulan</i>)</p>
	<p>(d) Please provide full and exact details of the diagnosis. / <i>Sila nyatakan butir diagnosis dengan lengkap dan tepat.</i></p>	
	<p>(e) Date and time when the illness was FIRST diagnosed. / <i>Tarikh dan masa apabila penyakit itu kali PERTAMA didiagnosis</i></p>	<p>DD MM YY at am / pm ____ HH BB TT pada pagi / ptg</p>
	<p>(f) What was the underlying cause of the diagnosis? <i>Apakah sebab diagnosisnya?</i></p>	
	<p>(g) What stage did the disease reach? Please describe using the appropriate staging classification. <i>Apakah tahap penyakit ini sekarang? Sila huraikan tahap dengan menggunakan pengelasan.</i></p>	
	<p>(i) Was the disease completely localized? <i>Adakah penyakit ini betul-betul setempat?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>
	<p>(ii) Was there invasion of adjacent tissue? <i>Adakah berlaku invasi terhadap tisu yang berdekatan?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>
	<p>(iii) Were regional lymph nodes involved? <i>Adakah kawasan nodus limfa terlibat?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>
	<p>(iv) Were there distant metastases? <i>Adakah berlaku metastasis jauh?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>
	<p>(v) Is the diagnosis falling within any of the following condition (s)? / <i>Adakah diagnosis termasuk dalam mana-mana keadaan yang berikut?</i></p> <p>(a) T1NOMO Urinary Bladder Cancer <i>T1NOMO Kencing Kanser Pundi Kencing</i></p> <p>(b) Papillary Carcinoma of Bladder <i>Papillary Karsinoma pundi kencing</i></p> <p>(c) Malignant Melanoma / <i>Melanoma malignan</i></p> <p>(d) Skin Cancer, to specify type if "Yes" <i>Cancer kulit, untuk menentukan jenis jika "Ya"</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Breslow Classification / <i>Breslow Klasifikasi</i></p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p>type/jenis: _____</p>



**CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE CANCER / SIJIL PERUBATAN SULIT KANSER**

**TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP**

	(e) Stage 1 Hodgkin's disease / Peringkat 1 penyakit Hodgkin	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak
	(f) Tumors manifesting as complications of AIDS / HIV Tumor terjelma sebagai komplikasi AIDS / HIV	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak
	(g) Stage 1 Prostate Cancer Peringkat 1 Kanser Prostat	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak
	(h) T1N0M0 Thyroid Cancer / T1N0M0 Kanser tiroid	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak
	(i) Chronic Lymphocytic Leukemia less than RAI Stage 3 Kronik Limfosit Leukemia Kurang daripada RAI peringkat 3	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak RAI Staging / RAI peringkat
(h)	On which date did the Patient become aware of this illness? Pada tarikh mana Pesakit sedar penyakit ini?	DD HH	MM BB YYYY TTTT
(i)	If the diagnosis is leukaemia, please provide details of actual type. / Jika diagnosis ialah leukemia, sila nyatakan butir tentang jenis sebenarnya.		
(j)	Please give results of any investigations performed, i.e. laboratory tests, histopathological tests, and any other tests. / Sila berikan hasil bagi apa-apa kajian yang dilakukan, contoh, ujian makmal, ujian histologi dan apa-apa ujian yang lain.		
(k)	Please provide full details of all treatments provided. / Sila berikan butiran lengkap semua rawatan yang disediakan.		
	Treatment / Rawatan	Type and details Jenis dan butiran	Treatment Commencement Date Tarikh Permulaan Rawatan
	Surgery Pembedahan		
	Radiotherapy Radioterapi		
	Chemotherapy Kemoterapi		
	Others, please specify Lain-lain, sila nyatakan		
(l)	Is the Cancer associated with HIV or AIDS? Adakah Kanser dikaitkan dengan HIV atau AIDS?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak If "YES", please state the date HIV / AIDS was first diagnosed / detected. Jika "YA", nyatakan tarikh HIV / AIDS mula didiagnosis / dikesan dahulu. DD MM YYYY HH BB TTTT
(m)	Has the Patient previously suffered from this condition or any related illness? / Pernahkah sebelum ini Pesakit mengalami penyakit ini atau apa-apa penyakit yang berkaitan?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak



**CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE CANCER / SIJIL PERUBATAN SULIT KANSER**

**TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP**

(n)	If yes, please state dates of consultations, name and address of doctor consulted and the resulting diagnosis. / <i>Jika ya, sila nyatakan tarikh perundingan, nama dan alamat doktor dan hasil diagnosis.</i>	DD MM YYYY _____ HH BB TTTT
		Name / Nama :
		Address / Alamat :
(o)	Please give the name and address of all doctors or hospital to whom or to which the Patient has been referred or attended for this condition, including referrals or non-referrals. / <i>Sila berikan nama dan alamat bagi semua doctor atau hospital yang kepadanya atau yang mana Pesakit telah dirujuk atau dirawat untuk penyakit ini, termasuk rujukan atau bukan rujukan.</i>	
Date Tarikh	Name of Doctor/Specialist/Hospital Nama Doktor/Pakar Perubatan/Hospital	Address of Doctor / Specialist / Hospital Alamat Doctor / Pakar Perubatan / Hospital
(p)	Have you treated the Patient for any other illness? If yes, for what complaint and when? / <i>Pernahkah anda merawat Pesakit kerana apa-apa penyakit yang lain? Jika pernah, apakah penyakitnya dan bila?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Remarks / Kenyataan _____
(q)	Which of the following factors are present? If yes, please provide date of onset. / <i>Mana satu di antara faktor-faktor berikut hadir? Jika ya, sila nyatakan tarikh permulaan.</i>	
(i) Hypertension / <i>Hipertensi</i>		<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak DD MM YYYY _____ HH BB TTTT
(ii) Diabetes Mellitus / <i>Diabetes Mellitus</i>		<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak DD MM YYYY _____ HH BB TTTT
(iii) Hyperlipidemia / <i>Hiperlipidemia</i>		<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak DD MM YYYY _____ HH BB TTTT
(iv) Others, please specify / <i>Lain-lain, sila nyatakan</i>		_____ DD MM YYYY _____ HH BB TTTT



**CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE CANCER / SIJIL PERUBATAN SULIT KANSER**

**TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP**

<p>4. Please provide any other information that will enable us to assess this claim. / <i>Sila berikan maklumat lain yang akan membolehkan kami menilai tuntutan ini.</i></p>	
<p>I hereby declare that the foregoing answers are each and all true to the best of my knowledge and belief. <i>Saya dengan ini mengaku bahawa setiap dan semua jawapan di atas adalah benar sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya.</i></p>	
<div style="border: 1px solid black; height: 200px; width: 100%;"></div>	<p>Name / <i>Nama</i>:</p> <p>Professional Qualification: <i>Kelayakan Professional</i>:</p> <p>Address/ <i>Alamat</i>:</p> <p>Date / <i>Tarikh</i> : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>Signature and Official Stamp / <i>Tandatangan dan Cop Amalan</i></p>	<p>DD / TT MM / BB YYYY / TTTT</p>