



CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE HEART RELATED CONDITIONS
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN PENYAKIT JANTUNG

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 / Butir Perubatan				
	(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 HEART RELATED CONDITIONS
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN PENYAKIT JANTUNG**

**TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP**

(c)	<p>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 the Patient / <i>Menurut Pesakit</i></p> <p>(ii) In your professional opinion <i>Menurut pendapat profesional anda</i></p>	<p>(i) Since _____ (DD/MM/YYYY / HH/BB/TTTT)</p> <p>(ii) _____ (Please state / <i>Sila nyatakan</i> days/weeks/months / <i>hari/minggu/bulan</i>)</p>
(d)	<p>Please provide full and exact details of the diagnosis. / <i>Sila nyatakan butir diagnosis dengan lengkap dan tepat.</i></p>	
(e)	<p>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>
(f)	<p>What was the underlying cause of the diagnosis? <i>Apakah sebab diagnosis nya?</i></p>	
(g)	<p>Name and address of the doctor who first diagnosed Patient with the illness. / <i>Nama dan alamat doctor yang pertama kali menghidapi Pesakit dengan penyakit.</i></p>	
(h)	<p>Type of investigations / tests done to confirm the diagnosis. / <i>Jenis penyiasatan / ujian yang dilakukan untuk mengesahkan diagnosis.</i></p>	
(i)	<p>Please give details of completed, planned or current treatment for the illness stated above. <i>Sila beri butiran rawatan lengkap, terancang atau semasa untuk penyakit yang dinyatakan di atas.</i></p>	
(j)	<p>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></p> <p>(i) Hypertension / <i>Hipertensi</i></p> <p>(ii) Diabetes Mellitus / <i>Diabetes Mellitus</i></p> <p>(iii) Hyperlipidemia / <i>Hiperlipidemia</i></p> <p>(iv) Others, please specify / <i>Lain-lain, sila nyatakan</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i></p> <p>DD MM YYYY ____ HH ____ BB ____ TTTT</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i></p> <p>DD MM YYYY ____ HH ____ BB ____ TTTT</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i></p> <p>DD MM YYYY ____ HH ____ BB ____ TTTT</p> <p>_____ DD MM YYYY ____ HH ____ BB ____ TTTT</p>



CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE HEART RELATED CONDITIONS
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN PENYAKIT JANTUNG

TOKIO MARINE
 INSURANCE GROUP

(k)	Please attach certified true copies of all the relevant investigation results, laboratory test results and all relevant reports. / Sila lampirkan salinan yang disahkan semua hasil siasatan yang relevan, keputusan ujian makmal dan semua laporan yang berkaitan.	<input type="checkbox"/> Echocardiogram, Electrocardiogram, Coronary Angiogram reports / <i>Echocardiogram, Elektrokardiogram, laporan Angiogram Coronary</i> <input type="checkbox"/> Blood and Laboratory test results - CKMB, Troponin T, etc / <i>Keputusan ujian Darah dan Makmal - CKMB, Troponin T, dan sebagainya</i> <input type="checkbox"/> All imaging reports / <i>Semua laporan pengimejan</i> <input type="checkbox"/> All surgical reports - Coronary Artery Bypass Graft report, PTCA, Aorti surgery report etc / <i>Semua laporan pembedahan - Laporan Koprupsi Koronari Arteri, PTCA, Aortik pembedahan report dan lain-lain</i> <input type="checkbox"/> Any relevant hospital reports, to specify <i>Sebarang laporan hospital yang berkaitan, sila dinyatakan</i>									
4. Please provide name and address of all doctor(s) or hospitals to whom or to which the Patient was referred to or attended to for this condition, including referrals or non-referrals. / Sila berikan nama dan alamat semua doctor atau semua hospital yang kepadanya atau yang mana Pesakit dirujuk atau dirawat untuk keadaan ini, termasuk rujukan atau bukan rujukan.											
	Date / <i>Date</i>	Name of Doctor / <i>Nama Doktor</i>									
		Hospital Name & Address / <i>Nama & Alamat Hospital</i>									
5. For illness of Heart Attack ONLY / <i>Untuk Penyakit Serangan Jantung SAHAJA</i>											
(a)	For illness of Heart Attack / Myocardial Infarction, please give the details of investigations / tests done that confirm the diagnosis. / <i>Untuk Penyakit Serangan Jantung, sila berikan butiran-butiran penyiasatan / ujian-ujian yang mengesahkan diagnosis.</i>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">Date & Time <i>Tarikh & Masa</i></td> <td style="width: 70%; text-align: center;">Investigations / tests result / <i>Siasatan / keputusan ujian</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(i)</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(ii)</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(iii)</td> <td></td> </tr> </table>	Date & Time <i>Tarikh & Masa</i>	Investigations / tests result / <i>Siasatan / keputusan ujian</i>	(i)		(ii)		(iii)		
Date & Time <i>Tarikh & Masa</i>	Investigations / tests result / <i>Siasatan / keputusan ujian</i>										
(i)											
(ii)											
(iii)											
	(i) Cardiac marker (CK / CPK-MB / Troponin T or I) <i>Penanda jantung (CK / CPK-MB / Troponin T or I)</i>										
	(ii) ECG / <i>ECG</i>										
	(iii) Echo / others <i>Echo / lain-lain</i>										
(b)	Date of Heart Attack. / Acute Myocardial Infarction. <i>Tarikh Serangan Jantung. / Infarksi Myocardial Akut.</i>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">DD</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">MM</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">YY</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">____</td> <td style="text-align: center;">____</td> <td style="text-align: center;">____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">HH</td> <td style="text-align: center;">BB</td> <td style="text-align: center;">TT</td> </tr> </table>	DD	MM	YY	____	____	____	HH	BB	TT
DD	MM	YY									
____	____	____									
HH	BB	TT									
(c)	Was there a history of prolonged chest pain? If "Yes", please provide the date and time of first onset of chest pain. / <i>Adakah terdapat sejarah sakit dada yang berpanjangan? Jika "Ya", sila berikan tarikh dan masa timbul sakit dada.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i> DD MM YY at am / pm ____ HH ____ BB ____ TT pada pagi / ptg									



CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE HEART RELATED CONDITIONS
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN PENYAKIT JANTUNG

TOKIO MARINE
 INSURANCE GROUP

7. For Serious Coronary Artery Disease ONLY / Untuk Penyakit Arteri Koronari Serius SAHAJA			
(a) Please specify the coronary arteries involved and the percentage of stenosis. Sila nyatakan arteri koronari yang terlibat dan peratusan stenosis.			
Major Coronary Artery / Arteri Koronari Utama	Stenosis / Stenosis		Percentage (%) of stenosis Peratusan (%) stenosis
	YES	NO	
Left Main Stem / Kiri Stem Utama			
Left Anterior Descending Artery Anterior Kiri Descending Arteri			
Left Circumflex Artery / Arteri Circumflex Kiri			
Right Coronary Artery / Arteri Koronari Kanan			
If other than above, please specify in details. / Jika selain daripada di atas, sila nyatakan secara terperinci			
(b) Was coronary arteriography performed? If "Yes", please provide the date performed, name of medical center where it was performed and enclose copies of results. Adakah arteriografi koronari dilakukan? Jika "Ya", sila berikan tarikh yang telah dibuat, nama pusat perubatan di mana ia telah dilakukan dan sertakan salinan keputusan.		<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak DD MM YY HH BB TT Medical Centre / Pusat Perubatan	
8. For Angioplasty And Other Invasive Treatments For Coronary Artery Disease / Coronary Artery By-Pass Surgery ONLY Untuk Angioplasti Dan Rawatan Invasif Lain Untuk Penyakit Arteri Koronari / Pembedahan Pintasan Arteri Koronari			
(a) Please give details of procedure / surgery performed and enclose copy of surgery report. Sila berikan butiran prosedur / pembedahan yang dilakukan dan sertakan salinan laporan pembedahan.			
Procedure/ surgery performed Prosedur / pembedahan dilakukan	Tick Tandakan (√)	Date and time of the surgery Tarikh dan masa pembedahan	Name of doctor who performed surgery, hospital & address Nama doktor yang menjalankan pembedahan, hospital & alamat
Coronary Artery By-pass Graft via open-chest surgery / Pembedahan Pintasan Arteri Koronari Graft melalui pembedahan dada terbuka			
Percutaneous Coronary Intervention (PCI) / Percutaneous Koronari Intervention (PCI)			
Others, please specify / Lain-lain, sila nyatakan			
9. For Heart Valve Surgery / Surgery to Aorta ONLY / Untuk Pembedahan Injap Jantung / Pembedahan Aorta SAHAJA			
(a) Type of surgery performed Jenis pembedahan yang dilakukan			
(b) Date of surgery Tarikh pembedahan		DD MM YY HH BB TT	
(c) Name and address of the doctor who performed the surgery, with name and hospital address / Nama dan alamat doctor yang melakukan pembedahan, termasuk nama and alamat hospital			



CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE HEART RELATED CONDITIONS
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN PENYAKIT JANTUNG

10. 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 <i>Tarikh</i>	Name of Doctor/Specialist/Hospital <i>Nama Doktor/Pakar Perubatan/Hospital</i>	Address of Doctor / Specialist / Hospital <i>Alamat Doctor / Pakar Perubatan / Hospital</i>

11. Please provide any other information that will enable us to assess this claim. / *Sila berikan maklumat lain yang akan membolehkan kami menilai tuntutan ini.*

I hereby declare that the foregoing answers are each and all true to the best of my knowledge and belief.
Saya dengan ini mengaku bahawa setiap dan semua jawapan di atas adalah benar sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya.

<div style="border: 1px solid black; height: 150px; 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>