



CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE OTHER CRITICAL ILLNESSES
SIJIL PERUBATAN SULIT LAIN PENYAKI-PENYAKIT KRITIKAL

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.

Other Critical Illnesses (Please tick (√) where applicable)

Lain Penyakit-penyakit Kritikal (Sila tandakan (√) jika berkenaan)

<input type="checkbox"/> AIDS / AIDS	<input type="checkbox"/> Anemia / Anemia	<input type="checkbox"/> Blindness / Buta
<input type="checkbox"/> Burns / Kelecuran	<input type="checkbox"/> Deafness/Loss of Hearing Pekak/Hilang Pendengaran	<input type="checkbox"/> Fulminant Viral Hepatitis Hepatitis Virus Fulminan
<input type="checkbox"/> HIV / HIV	<input type="checkbox"/> Kidney Failure Kegagalan Buah Pinggang	<input type="checkbox"/> Liver Disease / Penyakit Hati
<input type="checkbox"/> Loss of Speech Kehilangan Pertuturan	<input type="checkbox"/> Lung Disease Penyakit Paru-paru	<input type="checkbox"/> Major Organ/Bone Marrow Transplant Transplan Organ Utama/Sumsum Tulang
<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease Peyakit Medulari Sistik	<input type="checkbox"/> Paralysis of Limbs Kelumpuhan Anggota	<input type="checkbox"/> Systemic Lupus Erythematosus with Severe Kidney Complications Lupus Eritematosus Sistemik Dengan Komplikasi Buah P Pinggang Yang Teruk
<input type="checkbox"/> Terminal Illness Penyakit Terminal	<input type="checkbox"/> Others / Lain-lain	

1.	(a)	Name of Patient / Nama Pesakit	
	(b)	The Patient's identity card number from your records. / Nombor kad pengenalan Pesakit daripada rekod anda	
2.	(a)	Are you the Patient's usual medical attendant? / Adakah anda doktor yang biasa bagi pesakit?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
	(b)	If yes, for how long? Jika ya, sudah berapa lama?	DD MM YY ____HH ____BB ____TT
	(c)	If not, please provide the name and address of the usual medical attendant if known to you. Jika tidak, sila berikan nama dan alamat doktor yang biasa jika anda tahu.	
	(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? 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?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
If "YES", please provide the following: / Jika "YA", sila berikan maklumat berikut:			



CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE OTHER CRITICAL ILLNESSES
SIJIL PERUBATAN SULIT LAIN PENYAKI-PENYAKIT KRITIKAL

TOKIO MARINE
 INSURANCE GROUP

	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 MM YY _____ HH _____ BB _____ TT
(b)	What were the symptom complaint of and the duration of the symptoms when you were first consulted? <i>Apakah gejala yang wujud dan berapa lama gejala ini telah wujud pada kali pertama dirujuk kepada anda?</i>			
(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 the Patient / <i>Menurut Pesakit</i> (ii) In your professional opinion / <i>Menurut pendapat profesional anda</i>			(i) Since _____ (DD/MM/YYYY / HH/BB/TTTT) (ii) _____ (Please state / <i>Sila nyatakan days/weeks/months / hari/minggu/bulan</i>)
(d)	Please provide full and exact details of the diagnosis. <i>Sila nyatakan butir diagnosis dengan lengkap dan tepat.</i>			
(e)	Date and time when the illness was FIRST diagnosed. <i>Tarikh dan masa apabila penyakit itu kali PERTAMA didiagnosis.</i>			DD MM YY at am / pm _____ HH _____ BB _____ TT pada pagi / ptg
(f)	What was the underlying cause of the diagnosis? <i>Apakah sebab diagnosis nya?</i>			
(g)	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>			
(h)	Type of investigations/tests done to confirm the diagnosis. <i>Jenis penyiasatan / ujian yang dilakukan untuk mengesahkan diagnosis.</i>			
(i)	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>			



CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE OTHER CRITICAL ILLNESSES
SIJIL PERUBATAN SULIT LAIN PENYAKI-PENYAKIT KRITIKAL

TOKIO MARINE
 INSURANCE GROUP

(j)	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> (ii) Diabetes Mellitus / <i>Diabetes Mellitus</i> (iii) Hyperlipidemia / <i>Hiperlipidemia</i> (iv) Others, please specify / <i>Lain-lain, sila nyatakan</i>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes / Ya</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No / Tidak</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DD</td> <td style="text-align: center;">MM</td> <td style="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> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes / Ya</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No / Tidak</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DD</td> <td style="text-align: center;">MM</td> <td style="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> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes / Ya</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No / Tidak</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DD</td> <td style="text-align: center;">MM</td> <td style="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> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">DD</td> <td style="text-align: center;">MM</td> <td style="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>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak		DD	MM	YY	_____	_____	_____	HH	BB	TT	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak		DD	MM	YY	_____	_____	_____	HH	BB	TT	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak		DD	MM	YY	_____	_____	_____	HH	BB	TT	DD	MM	YY	_____	_____	_____	HH	BB	TT
<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak																																														
DD	MM	YY																																													
_____	_____	_____																																													
HH	BB	TT																																													
<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak																																														
DD	MM	YY																																													
_____	_____	_____																																													
HH	BB	TT																																													
<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak																																														
DD	MM	YY																																													
_____	_____	_____																																													
HH	BB	TT																																													
DD	MM	YY																																													
_____	_____	_____																																													
HH	BB	TT																																													
(k)	Please attach certified true copies of all the relevant investigation results, laboratory test results and all relevant reports. / <i>Sila lampirkan salinan yang disahkan semua hasil siasatan yang relevan, keputusan ujian makmal dan semua laporan yang berkaitan.</i>																																														
(l)	What is the current condition of the Patient and what is the prognosis? / <i>Apakah keadaan Pesakit semasa dan apakah prognosisnya?</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. / <i>Sila berikan nama dan alamat semua doctor atau semua hospital yang atau yang Pesakit dirujuk atau dirawat untuk keadaan ini, termasuk rujukan atau bukan rujukan.</i>																																														
	Date <i>Date</i>	Name of Doctor <i>Nama Doktor</i>																																													
	Hospital Name & Address <i>Nama & Alamat Hospital</i>																																														
5.	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>																																														



**CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE OTHER CRITICAL ILLNESSES
SIJIL PERUBATAN SULIT LAIN PENYAKI-PENYAKIT KRITIKAL**

TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

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.

Name / Nama:

Professional Qualification:
Kelayakan Professional:

Address/ Alamat:

Date / Tarikh : / /

Signature and Official Stamp / *Tandatangan dan Cop Amalan*

DD / TT MM / BB YYYY / TTTT