


EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE CANCER / SIJIL PERUBATAN SULIT KANSER

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. / Nombor kad pengenalan Pesakit daripada rekod anda			
2.	(i)	Are you the Patient's usual medical attendant? / Adakah anda doktor yang biasa bagi Pesakit?	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak		
	(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> ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak If "YES", please provide the following: / Jika "YA", sila berikan maklumat berikut:			
		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. / Tarikh kali pertama keadaan ini dirujuk kepada anda.	DD _____ HH	MM _____ BB	YY _____ TT
	(b)	What were the symptoms complaint of and the duration of the symptoms when you were first consulted? / Apakah gejala-gejala yang wujud dan berapa lama gejala ini telah wujud pada kali pertama dirujuk kepada anda?			


EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE CANCER / SIJIL PERUBATAN SULIT KANSER

(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>	(i) Since _____ (DD/MM/YYYY / HH/BB/TTTT) (ii) _____ (Please state / <i>Sila nyatakan</i> days/weeks/months / <i>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 diagnosisnya?</i>	
(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>	
(i)	Was the disease completely localized? <i>Adakah penyakit ini betul-betul setempat?</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
(ii)	Was there invasion of adjacent tissue? <i>Adakah berlaku invasi terhadap tisu yang berdekatan?</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
(iii)	Were regional lymph nodes involved? <i>Adakah kawasan nodus limfa terlibat?</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
(iv)	Were there distant metastases? <i>Adakah berlaku metastasis jauh?</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
(v)	Is the diagnosis falling within any of the following condition (s)? / <i>Adakah diagnosis termasuk dalam mana-mana keadaan yang berikut?</i> (a) T1N0M0 Urinary Bladder Cancer <i>T1N0M0 Kencing Kanser Pundi Kencing</i> (b) Papillary Carcinoma of Bladder <i>Papillary Karsinoma pundi kencing</i> (c) Malignant Melanoma / <i>Melanoma malignan</i> (d) Skin Cancer, to specify type if "Yes" <i>Cancer kulit, untuk menentukan jenis jika "Ya"</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak Breslow Classification / <i>Breslow Klasifikasi</i> _____ ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak type/jenis: _____



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE CANCER / SIJIL PERUBATAN SULIT KANSER

TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

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

**EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS****PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR 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>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak Remarks / Kenyataan
(i)	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 / Hipertensi	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak DD MM YYYY HH BB TTTT	
(ii) Diabetes Mellitus / Diabetes Mellitus	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak DD MM YYYY HH BB TTTT	
(iii) Hyperlipidemia / Hiperlipidemia	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak DD MM YYYY HH BB TTTT	
(iv) Others, please specify / Lain-lain, sila nyatakan	DD MM YYYY HH BB TTTT	


EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE CANCER / SIJIL PERUBATAN SULIT KANSER

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>					
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>						
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Name / Nama: Professional Qualification: <i>Kelayakan Professional:</i> Address/ Alamat: Date / Tarikh : / / </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Signature and Official Stamp / <i>Tandatangan dan Cop Amalan</i> </td> </tr> </table>				Name / Nama: Professional Qualification: <i>Kelayakan Professional:</i> Address/ Alamat: Date / Tarikh : / / 	Signature and Official Stamp / <i>Tandatangan dan Cop Amalan</i>	
	Name / Nama: Professional Qualification: <i>Kelayakan Professional:</i> Address/ Alamat: Date / Tarikh : / / 					
Signature and Official Stamp / <i>Tandatangan dan Cop Amalan</i>						