



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR 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 / 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?	☐ Yes / Ya	☐ No / Tidak	
	(b)	If yes, for how long? / Jika ya, sudah berapa lama?	DD HH	MM BB	YY 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?			
		☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak If "YES", please provide the following: / Jika "YA", sila berikan maklumat berikut:			
		Medical Condition Keadaan Perubatan	Date of Diagnosis Tarikh Diagnosis	Medical Treatment Rawatan perubatan	Name and address of the treating doctor Nama dan alamat doctor yang merawat
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 HEART RELATED CONDITIONS
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN PENYAKIT JANTUNG

(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</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)	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>	
(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>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak DD MM YYYY HH BB TTTT ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak DD MM YYYY HH BB TTTT ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak DD MM YYYY HH BB TTTT DD MM YYYY HH BB TTTT



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE HEART RELATED CONDITIONS
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN PENYAKIT JANTUNG

(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.	☐ Echocardiogram, Electrocardiogram, Coronary Angiogram reports / <i>Echocardiogram, Elektrokardiogram, laporan Angiogram Coronary</i> ☐ Blood and Laboratory test results - CKMB, Troponin T, etc / <i>Keputusan ujian Darah dan Makmal - CKMB, Troponin T, dan sebagainya</i> ☐ All imaging reports / <i>Semua laporan pengimejan</i> ☐ 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> ☐ 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. / <i>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.</i>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Date / <i>Date</i></th> <th>Name of Doctor / <i>Nama Doktor</i></th> <th>Hospital Name & Address / <i>Nama & Alamat Hospital</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Date / <i>Date</i>	Name of Doctor / <i>Nama Doktor</i>	Hospital Name & Address / <i>Nama & Alamat Hospital</i>													
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> (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>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Date & Time / <i>Tarikh & Masa</i></th> <th>Investigations / tests result / <i>Siasatan / keputusan ujian</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>(i)</td><td> </td></tr> <tr><td>(ii)</td><td> </td></tr> <tr><td>(iii)</td><td> </td></tr> </tbody> </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)																	
(b)	Date of Heart Attack. / Acute Myocardial Infarction. / <i>Tarikh Serangan Jantung. / Infarksi Myocardial Akut.</i>	<table border="1"> <tr> <td>DD</td> <td>MM</td> <td>YY</td> </tr> <tr> <td>HH</td> <td>BB</td> <td>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>	<table border="1"> <tr> <td>☐ Yes / <i>Ya</i></td> <td>☐ No / <i>Tidak</i></td> </tr> <tr> <td>DD</td> <td>MM</td> </tr> <tr> <td>HH</td> <td>BB</td> </tr> <tr> <td colspan="2">YY at am / pm / <i>TT pada pagi / ptg</i></td> </tr> </table>	☐ Yes / <i>Ya</i>	☐ No / <i>Tidak</i>	DD	MM	HH	BB	YY at am / pm / <i>TT pada pagi / ptg</i>								
☐ Yes / <i>Ya</i>	☐ No / <i>Tidak</i>																
DD	MM																
HH	BB																
YY at am / pm / <i>TT pada pagi / ptg</i>																	



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE HEART RELATED CONDITIONS
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN PENYAKIT JANTUNG

(d)	What was the duration of chest pain? <i>Apakah tempoh kesakitan dada?</i>	 (Please state / <i>Sila nyatakan</i> days/weeks/months / <i>hari/minggu/bulan</i>)
(e)	Were there other symptoms? If "Yes", please elaborate. <i>Adakah terdapat simptom- simptom lain? Jika "Ya", sila huraikan.</i>	
6.	For Cardiomyopathy / Primary Pulmonary Arterial Hypertension ONLY Untuk Kardiomiopati / Hipertensi Arteri Pulmonari Primer SAHAJA	
(a)	Is there any heart failure/cardiac impairment at present (at the time of completion of this report)? / <i>Adakah terdapat kegagalan jantung/gangguan jantung pada masa ini (di masa penyelesaian laporan ini)?</i> If "YES" / <i>Jika "Ya"</i>: (i) Please state the severity of cardiac impairment based on New York Heart Association (NYHA) classification. <i>Sila menyatakan keparahan gangguan jantung Berdasarkan klasifikasi Persatuan Jantung New York (NYHA).</i> (ii) Is the cardiac impairment likely to be permanent? <i>Adakah kerosakan jantung mungkin kekal?</i> (iii) Will the cardiac impairment improve? <i>Adakah kerosakan jantung akan bertambah baik?</i>	☐ Yes / <i>Ya</i> ☐ No / <i>Tidak</i> (i) Class / <i>Kelas</i> ☐ I / I ☐ II / II ☐ III / III ☐ IV / IV Please provide details of current Limitations / <i>Sila berikan butir-butir mengenai batasan semasa</i> (ii) ☐ Yes / <i>Ya</i> ☐ No / <i>Tidak</i> (iii) ☐ Yes / <i>Ya</i> ☐ No / <i>Tidak</i>
(b)	Please complete the questions if the Patient has cardiomyopathy or primary pulmonary hypertension. / <i>Sila lengkapkan soalan jika Pesakit mempunyai kardiomiopati atau hipertensi pulmonari primer</i> (i) Details of investigations performed to confirm the Diagnosis / <i>Butiran-butiran penyiasatan dilakukan untuk mengesahkan diagnosis</i> (ii) What is the underlying cause of the cardiomyopathy/pulmonary hypertension? / <i>Apakah sebab utama kardiomiopati/hipertensi pulmonari?</i> (iii) Since when did the Patient have the underlying cause? / <i>Sejak bila apakah Pesakit mempunyai sebab yang mendasarinya?</i> (iv) Is the cardiomyopathy due to alcohol or drug misuse/abuse? / <i>Adakah kardiomiopati disebabkan salah guna/penyalahgunaan alkohol atau dadah?</i>	(i) _____ _____ (ii) _____ _____ (iii) DD MM YY HH BB TT (iv) ☐ Yes / <i>Ya</i> ☐ No / <i>Tidak</i> If "YES", please provide details Jika "YA", sila berikan butir-butir.



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE HEART RELATED CONDITIONS
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN PENYAKIT JANTUNG

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.			
Majo Coronary Artery / Arteri Koronari Utama		Stenosis / 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.		☐ Yes / Ya ☐ 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			

Page | 6



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE HEART RELATED CONDITIONS
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN PENYAKIT JANTUNG

	(e) For Surgery to Aorta / Untuk Pembedahan Aorta (i) The approach was via / Pendekatan adalah melalui (ii) The surgery was performed for Pembedahan dilakukan untuk (iii) The surgery was performed at Pembedahan dilakukan di	(i) ☐ thoracotomy / thoracotomi ☐ laparotomy / laparotomi ☐ intra-arterial procedure prosedur intra-arteri ☐ catheter based techniques teknik berasaskan kateter ☐ key-hole procedure prosedur lubang-kunci (ii) ☐ aneurysm / aneurysm ☐ dissection / pembedahan ☐ obstruction / halangan ☐ coarctation / penyumbungan ☐ others / lain-lain (iii) ☐ thoracic aorta / aorta thoracic ☐ abdominal aorta / aorta abdomen ☐ aortic branches cawangan-cawangan aorta												
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. / 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. <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="231 1429 383 1489">Date Tarikh</th> <th data-bbox="383 1429 933 1489">Name of Doctor/Specialist/Hospital Nama Doktor/Pakar Perubatan/Hospital</th> <th data-bbox="933 1429 1453 1489">Address of Doctor / Specialist / Hospital Alamat Doctor / Pakar Perubatan / Hospital</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Date Tarikh	Name of Doctor/Specialist/Hospital Nama Doktor/Pakar Perubatan/Hospital	Address of Doctor / Specialist / Hospital Alamat Doctor / Pakar Perubatan / Hospital									
Date Tarikh	Name of Doctor/Specialist/Hospital Nama Doktor/Pakar Perubatan/Hospital	Address of Doctor / Specialist / Hospital Alamat Doctor / Pakar Perubatan / Hospital												
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.														



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE HEART RELATED CONDITIONS
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN PENYAKIT JANTUNG

	Name / Nama:
	Professional Qualification: Kelayakan Professional:
	Address/ Alamat:
	Date / Tarikh : / /
Signature and Official Stamp / Tandatangan dan Cop Amalan DD / TT MM / BB YYYY / TTTT	