



Zurich Takaful Malaysia Berhad

Registration No. 200601012246 (731996-H)
Level 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia
Tel: 03-2109 6000 Fax: 03-2109 6888 Call Centre: 1-300-888-622

**KANSER
CANCER**

SOAL SELIDIK PERUBATAN SULIT (untuk diisi oleh doktor)
CONFIDENTIAL MEDICAL QUESTIONNAIRE (to be completed by the doctor)

Nama _____ No.Sijil _____
Name _____ Certificate No. _____
Tarikh lahir _____ No.K/P _____
Date of Birth _____ I/C No. _____

Orang yang dinamakan di atas dilindungi oleh ZURICH TAKAFUL MALAYSIA BERHAD terhadap kejadian-kejadian luar jangkaan tertentu yang berlaku berkaitan dengan kesihatannya. Satu tuntutan telah dikemukakan berkaitan dengan kanser dan untuk membolehkan kami menilai tuntutan tersebut, kami berharap agar pihak tuan/puan dapat melengkapkan laporan sulit ini dan mengembalikannya terus kepada kami di alamat berikut:-

The above-named is covered with ZURICH TAKAFUL MALAYSIA BERHAD against the happening of certain contingent events associated with his health. A claim has been submitted in connection with cancer and to enable us to assess the claim, we should be obliged if you would complete this confidential report and return it direct to us at the following address:-

ZURICH TAKAFUL MALAYSIA BERHAD
(200601012246)
JABATAN TUNTUTAN KELUARGA & PERKHIDMATAN PERUBATAN
FAMILY CLAIM DEPARTMENT & MEDICAL SERVICES
Level 23A, Mercu 3, No 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur

Untuk membolehkan tuntutan ini diterima sebagai sah, pentafsiran berikut mestilah dipenuhi
In order for the claim to be valid, the following definition must be fulfilled

KANSER: Ini ditakrifkan sebagai ketumbuhan malignan yang dicirikan oleh pertumbuhan tidak terkawal dan sel malignan merebak serta serangan tisu. Ini termasuk leukemia (selain dari leukemia limfotik kronik), namun tidak merangkumi kanser in situ tanpa serangan, tumor dalam kewujudan mana-mana virus kurang daya ketahanan dan sebarang kanser kulit selain daripada melanoma malignan.

CANCER: This is defined as a malignant tumour characterised by uncontrolled growth and spread of malignant cells and the invasion of tissue. This includes leukaemia (other than chronic lymphotic leukaemia), but excludes non-invasive cancers in situ, tumours in the presence of any human immuno-deficiency virus and any skin cancer other than malignant melanoma.

**1. AM
GENERAL**

(i) Adakah anda pakar perubatan yang biasa merawat Orang Yang Dilindungi? Ya Tidak
Are you the Person Covered's usual medical attendant? Yes No
Jika "Ya", sudah berapa lamakah anda menyimpan rekod perubatannya?
If "Yes": over what period do your records extend?

(ii) Bilakah kali pertama anda membuat pemeriksaan berkaitan dengan penyakit ini dan, pada ketika itu, sudah berapa lamakah simptom-simptomnya dialami?
When were you first consulted for this disease and, at that time, how long had symptoms been present?

(iii) Sebelum itu pernahkah Orang Yang Dilindungi mengalami keadaan yang dinyatakan di atas atau penyakit yang berkaitan dengannya? Ya Tidak
Has the Person Covered previously suffered from the condition specified above or any related illness? Yes No
Jika "Ya", sila berikan tarikh pemeriksaan dan diagnosis yang dibuat.
If "Yes", please give dates of consultations and the resulting diagnosis

(iv) Bilakah tarikh Orang Yang Dilindungi mula menyedari tentang penyakit ini?
On which date did the Person Covered first become aware of the disease?



Zurich Takaful Malaysia Berhad

Registration No. 200601012246 (731996-H)
Level 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia
Tel: 03-2109 6000 Fax: 03-2109 6888 Call Centre: 1-300-888-622

(vi) Adakah terdapat apa-apa dalam sejarah keluarga Orang Yang Dilindungi yang mungkin meningkatkan risiko penyakit kanser?
Is there anything in the Person Covered's family history which would have increased the risk of cancer?

(vii) Sila berikan butir-butir mengenai tabiat Orang Yang Dilindungi berhubung dengan menghisap rokok.
Please give details of the Person Covered's habits in relation to cigarette smoking.

**2. BUTIR BUTIR
DETAILS**

(i) Apakah kawasan atau organ yang terlibat dan histologi tepat ketumbuhan berkenaan?
What was the site or organ involve and the precise histology of the tumour?

(ii) Apakah tahap yang dicapai oleh penyakit tersebut ?
What stage did the disease reach?

Sila jelaskannya dengan menggunakan klasifikasi tahap yang sesuai
Please describe this using whichever staging classification is appropriate

Ya Tidak
Yes No

(a) Adakah penyakit bersetempat sepenuhnya?
Was the disease completely

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

(b) Adakah tisu berhampiran diserang?
Was there invasion of adjacent tissue?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

(c) Adakah nodus limfa sekawasan terlibat?
Were regional lymph nodes involved?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

(d) Adakah terdapat metastases jarak?
Were there distant-metastases?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

(iii) Jika diagnosis adalah leukemia, sila berikan butir-butir mengenai jenis sebenar.
If the diagnosis is leukaemia, please provide details of the actual type.

(iv) Sila berikan alamat penuh mana-mana hospital di mana Orang Yang Dilindungi telah dirujuk bersama dengan nama-nama perunding yang merawat.
Please provide the full address of any hospitals to which the Person Covered has been referred together with the names of the consultants attended.

Sebarang salinan laporan hospital yang berkaitan, jika ada, sangat dihargai.
We would be grateful for copies of any relevant hospital reports that are available.

Jika terdapat sebarang maklumat selanjutnya, yang pada pendapat anda, boleh membantu kami menilai tuntutan ini, sila catatkan maklumat tersebut di bawah:-

If there is any further information which, in your opinion, will assist us in assessing the claim, please furnish such information below:-

TANDATANGAN _____
SIGNATURE

NAMA _____

NAMA KLINIK _____
NAME OF CLINIC

KELAYAKAN _____
QUALIFICATION

TARIKH _____
DATE

NO. TELEFON _____
TELEPHONE NO.