



**SERANGAN JANTUNG  
HEART ATTACK**

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

Nama \_\_\_\_\_ No. Sijil \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Certificate \_\_\_\_\_  
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 Serangan Jantung 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/her health. A claim has been submitted in connection with a Heart Attack 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:-*

SERANGAN JANTUNG (Infarksi Miokardial). Kematian sebahagian daripada otot jantung kerana Infarksi Miokardial yang mengakibatkan gangguan fungsi Kelas III atau Kelas IV (mengikut Klasifikasi Persatuan Jantung New York). Infarksi bukan q-wave dan Infarksi Miokardial awal dengan terapi trombolitik seterusnya dikecualikan, melainkan terdapat bukti yang jelas menerusi angiografi menunjukkan berlaku Infarksi Miokardial selain daripada keadaan-keadaan Infarksi Miokardial khusus yang lain.  
*HEART ATTACK (Myocardial Infarction). The death of a portion of the heart muscle due to Myocardial Infarction resulting in Class III or Class IV functional impairment (based on the New York Heart Association Classification). Non q-wave infarctions and early Myocardial Infarctions with subsequent thrombolytic therapy are excluded unless there is clear evidence by angiography of a Myocardial Infarction additionally to the other Specific MI conditions.*

Gangguan fungsi Kelas III dan IV mengikut Klasifikasi Persatuan Jantung New York adalah seperti berikut:  
*Class III and IV functional impairment as per the New York Heart Association Classification are as follows :-*

- |            |   |
|------------|---|
| Kelas III: | Sekatan ketara - Pesakit selesa semasa rehat tetapi akan merasai gejala-gejala Kegagalan Kardiak Kongestif apabila melakukan aktiviti.  |
| Class III  | <i>Marked limitation - Such patients are comfortable at rest but performing less than ordinary activity will lead to symptoms of Congestive Cardiac Failure.</i>  |
| Kelas IV:  | Ketiadaan upaya untuk melakukan sebarang kegiatan tanpa merasa tidak selesa. Gejala-gejala Kegagalan Kardiak Kongestif dirasai walaupun semasa rehat. Sebarang peningkatan kegiatan fizikal akan menyebabkan rasa tidak selesa. |
| Class IV   | <i>Inability to carry out any activity without discomfort. Symptoms of Congestive Cardiac Failure are present even at rest. With any increase in physical activity, discomfort will be experienced.</i>                         |

Diagnosis Infarksi Miokardial adalah berdasarkan kriteria-kriteria yang berikut:  
*The diagnosis of Myocardial Infarction will be based on the following criteria:*

- sejarah sakit dada yang tipikal / *a history of typical chest pain;*
- perubahan baru dalam elktrokardiograf; dan / *new electro-cardiographic changes; and*
- peningkatan enzim kardiak / *elevation of cardiac enzymes*

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 you were first consulted for this disease and, at that time, how long had the symptoms been present?*
- 

- (iii) Sebelum itu pernahkah Orang Yang Dilindungi mengalami keadaan yang dinyatakan di atas atau yang berkaitan dengannya? Contohnya darah tinggi, diabetes, angina atau penyakit vaskular  
*Has the Person Covered previously suffered from the condition specified above or any related illness: e.g. hypertension, diabetes, angina or other vascular disease* Ya Tidak  
Yes No  
( ) ( )

(a) Jika "Ya", sila berikan tarikh pemeriksaan dan diagnosis yang dibuat.  
*If "Yes" Please give dates of consultation and the resulting diagnosis.*

---

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

---

- (iv) Adakah terdapat apa-apa dalam sejarah keluarga Orang Yang Dilindungi yang mungkin meningkatkan risiko serangan jantung?  
*Is there anything in the Person Covered's family history which would have increased the risk of a heart attack?*
- 

(v) 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 smoking.*

---

2) BUTIR-BUTIR PENYAKIT ORANG YANG DILINDUNGI:  
DETAILS OF THE PERSON COVERED'S ILLNESS:-

- (i) Sila berikan butir-butir diagnosis yang penuh dan tepat.  
*Give full and exact details of the diagnosis,*
- 

(ii) Adakah Orang Yang Dilindungi:  
*Did the Person Covered have:*

- |  | Ya  | Tidak |
|--|-----|-------|
|  | Yes | No    |
| a. mempunyai sejarah sakit dada tipikal Infarksi Miokardial<br><i>a history of typical chest pain of Myocardial Infarction</i> | ( ) | ( )   |
| b. menunjukkan perubahan baru dalam ECG<br><i>new ECG changes</i>  | ( ) | ( )   |
| c. mengalami peningkatan enzim kardiak.<br><i>Elevation of cardiac enzymes</i>   | ( ) | ( )   |
| d. mengalami infarksi "Q"- wave<br><i>"Q"-wave infarction</i>  | ( ) | ( )   |
| e. menjalani terapi trombolitik<br><i>thrombolytic therapy</i>   | ( ) | ( )   |

- (iii) Adakah Orang Yang Dilindungi mengalami Kegagalan Jantung Kelas III atau Kelas IV (Klasifikasi Persatuan Jantung New York)  
*Is the Person Covered In Class III or Class IV Heart Failure (NYHA Classification)?*

---

---

---

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

---

---

---

- (v) Sila berikan keputusan sebarang penyiasatan yang dijalankan seperti EKG dalam keadaan rehat, ujian tekanan senaman, analisis enzim, pengimejan isotop, angiografi koronari dan LV.  
*Please give results of any investigations performed eg resting ECGs, exercise stress test, enzyme assays, isotope imaging, coronary and LV angiography.*

---

---

---

Salinan sebarang laporan hospital yang berkaitan, jika ada, sangat dihargai.  
*We would be grateful for copies of any relevant hospital reports.*

3. Jika terdapat sebarang maklumat selanjutnya, yang pada pendapat anda, boleh membantu kami dalam menilai tuntutan ini, sila catatkan maklumat tersebut di bawah:  
*If there is any further information which, in your opinion, will assist us in assessing this claim, please furnish such information below:-*

---

---

---

---

---

---

---

TANDATANGAN \_\_\_\_\_  
SIGNATURE

NAMA \_\_\_\_\_  
NAME

NAMA KLINIK \_\_\_\_\_  
NAME OF CLINIC

KELAYAKAN \_\_\_\_\_  
QUALIFICATION

TARIKH \_\_\_\_\_  
DATE

NO TELEFON \_\_\_\_\_  
TELEPHONE NO