



**BORANG TUNTUTAN HILANG UPAYA KESELURUHAN DAN KEKAL  
TOTAL AND PERMANENT DISABILITY CLAIM FORM**

**B. KENYATAAN PAKAR PERUBATAN**

*(Semua bil pakar perubatan yang merawat harus dibayar oleh Pembuat Tuntutan)*

**B. ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT**

*(All bills of attending physicians must be paid by the Claimant)*

1. Nama Pembuat Tuntutan \_\_\_\_\_  
Claimant's Name  
No. KP \_\_\_\_\_  
NRIC \_\_\_\_\_
  
2. Umur \_\_\_\_\_ Jantina \_\_\_\_\_ Berat \_\_\_\_\_ Ketinggian \_\_\_\_\_  
Age Sex Weight Height
  
3. Adakah beliau hilang upaya keseluruhannya dan dilarang melakukan sebarang tugas atau melibatkan diri dalam sebarang pekerjaan atau profesion secara berterusan untuk gaji, pampasan atau keuntungan?  
Has he been totally disable and continuously prevented from performing any work or engaging in any occupation or profession or wages, compensation or profit?  
\_\_\_\_\_  
  
Jika ada, nyatakan tarikh mula hilang upaya \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
If so, on what date did such disability begin  
Adakah beliau masih dalam keadaan hilang upaya?  
Is he still disabled?  
\_\_\_\_\_
  
4. Nyatakan secara ringkas a) Punca kepada hilang upaya yang ditanggung \_\_\_\_\_  
State briefly the Cause of the disability suffered  
b) Jenis dan tahap \_\_\_\_\_  
Nature and severity
  
5. Adakah simptomnya berterusan? \_\_\_\_\_  
Are the symptoms progressive?  
Beransur pulih? \_\_\_\_\_  
Improving?
  
6. Rawatan yang telah anda berikan \_\_\_\_\_  
Treatments rendered by you since
  
7. Rawatan rasmi : Nyatakan tarikh \_\_\_\_\_  
Office treatment: Give dates  
Bentuk rawatan \_\_\_\_\_  
Character of treatment  
  
Adakah beliau terlantar di katil? \_\_\_\_\_ atau dirumah? \_\_\_\_\_ atau hospital? \_\_\_\_\_  
Is he confined to bed? or house? or hospital?  
Nama Hospital \_\_\_\_\_ Jika ada, sejak bila  
Name of Hospital If so, Since when \_\_\_\_\_
  
8. Jika beliau tidak terlantar, adakah beliau kini, berkerusi roda / menggunakan sebarang alat bantuan jalan untuk bergerak?  
If he is not bedridden, is he at present wheelchair bound / using any walking aid to move around?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
9. Adakah hilang upaya beliau menyebabkan berketidakupayaan secara keseluruhan dan kekal atau berketidakupayaan separa?  
Does his disability render him totally and permanently disabled or partially disabled?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Pada pandangan anda, tanpa kecederaan kesihatan, bolehkah beliau kembali bekerja atau berupaya melakukan sebarang tugas, pekerjaan atau profesion?  
In your opinion, could he without injury to his health, resume any work or ever capable of doing or following any work, occupation or profession?

Jika ya, nyatakan tarikh beliau telah (atau akan) pertama kali memulakan tugas \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_  
If so, on what date was (or will) he first be able to resume such work?

11. Jika beliau tidak mengalami hilang upaya keseluruhan secara berterusan, pada anggarannya, berapa lamakah hilang upaya tersebut akan berterusan?  
If he is not continuously totally disabled, how much longer approximately will total disability continue?

Ramalan  
Prognosis \_\_\_\_\_

12. Sila berikan maklumat tambahan termasuk X-ray, pemeriksaan neurologi secara terperinci (kekuatan otot dan reflex bahagian terlibat, jika ada) dll yang dapat membantu Penedali Takaful menentukan wajarnya tuntutan ini  
Please give additional information including X-rays, neurological examinations in detail (muscle power tone and reflexes of the affected side at present if applicable) etc, that will enable the Takaful Operator to determine the merits of this claim

13. Adakah Orang Yang Dilindungi sebelum ini mengalami tekanan darah tinggi, kencing manis, atau sebarang penyakit berkaitan lain dan jika "Ya", sejak bila (sila berikan tarikh tepat)  
Was the Person Covered previously suffering from hypertension, diabetes or any other related illness and if "Yes" since when (please give exact date)

Saya mengesahkan bahawa jawapan-jawapan kepada soalan-soalan di atas adalah benar dan tepat pada pengetahuan dan penilaian terbaik saya

I certify that the answers to the above questions are truthful and just to the best of my knowledge and judgement.

Tandatangan Pemeriksa  
Signature of Examiner \_\_\_\_\_

Nama Pemeriksa  
Name of Examiner \_\_\_\_\_

Kelayakan Pemeriksa  
Professional Qualification \_\_\_\_\_

Alamat  
Address \_\_\_\_\_

Cop Rasmi Hospital  
Hospital Official Stamp \_\_\_\_\_

Tarikh  
Date \_\_\_\_\_