

**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 Pengedali 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