



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

**AIDS DENGAN GEJALA PENUH
FULL BLOWN AIDS**

SOAL SELIDIK SULIT PERUBATAN (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 AIDS Dengan Gejala Penuh 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 Full Blown Aids 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:-

AIDS DENGAN GEJALA PENUH. Tanda-tanda klinikal AIDS mesti disokong oleh keputusan positif ujian antibodi HIV dan ujian pengesahan Western Blot. Di samping itu, hayat Dilindungi mesti mempunyai bilangan sel CD4 kurang daripada dua ratus (200) dan memenuhi satu atau lebih kriteria berikut:

FULL BLOWN AIDS. The clinical manifestation of AIDS must be supported by the results of a positive HIV antibody test and confirmatory Western Blot test. In addition, the life Covered must have a CD4 cell count of less than two-hundred (200) and one or more of the following criteria are met:-

- a. hilang berat badan atau lebih daripada 10% berat badan dalam tempoh enam (6) bulan atau kurang (sindrom kelesuan);
weight loss or more than 10% of body weight over a period of six (6) months or less (wasting syndrome);
- b. sarkoma kaposi;
kaposi sarcoma;
- c. pneumonia pneumosistik karinii;
pneumocystic carinii pneumonia;
- d. leukoensefalopati multifokal yang semakin teruk;
progressive multifocal / eukoencephalopathy;
- e. batuk kering aktif;
active tuberculosis;
- f. limfosit kurang daripada satu ribu (1000);
less than one-thousand (1000) lymphocytes;
- g. limfoma malignan.
malignant lymphoma

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, seperti penyakit yang dijangkiti melalui hubungan seks atau Ya Tidak
Has the Person Covered previously suffered from the condition specified above or any related illness? Yes No
e.g. sexually transmitted disease or Hepatitis B () ()

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

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

(v) Sila berikan butir-butir berhubung dengan gaya hidup Orang Yang Dilindungi seperti kecenderungan homoseks, mempunyai lebih daripada seorang pasangan seks, mengambil dadah menerusi suntikan dan sebagainya.
Please give details in relation to the Person Covered's lifestyle eg. homosexuality, more than one sexual partner, intravenous drugs user etc.

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

(i) Apakah bahagian atau organ yang terlibat (jika berkaitan)?
What is the site or organ involved (if relevant)?

(ii) Berapakah bilangan terbaru sel CD4?
What is the most recent CD4 cell count?

(iii) Adakah bilangan sel CD4 bertambah baik atau semakin buruk? Sila berikan butir-butir: tarikh dan keputusan ujian yang dijalankan.
Is the CD4 cell count improving or deteriorating? Please give details:- dates and results of tests done.

(iv) Adakah Orang Yang Dilindungi kehilangan lebih daripada 10% berat badan dalam tempoh enam (6) bulan atau kurang (sindrom kelesuan)? Sila berikan butir-butir berat badan yang dicatatkan.
Is there weight loss of more than 10% of body weight over a period of 6 months or less (wasting syndrome)? Please give details of the weight recorded.

(v) Adakah penyakit-penyakit berkaitan yang berikut dihidapi?
Is there any of the following related diseases?

Jika "Ya" sila nyatakan tarikh diagnosis.
If "Yes" Please include date of diagnosis.

(a) Sarkoma kaposi
Kaposi's sarkoma

Ya
Yes
()

Tidak
No
()

Tarikh
Date

	Ya Yes	Tidak No	Tarikh Date
(b) Pneumonia pneumosistik karinii <i>Pneumoecystic carinii pneumonia</i>	()	()	_____
(e) Leukoensefalopati multifokal yang semakin teruk <i>Progressive multifocalleuko / encephalopathy</i>	()	()	_____
(d) Batuk kering aktif <i>Active tuberculosis</i>	()	()	_____
(e) Limfoma malignan <i>Malignant lymphoma</i>	()	()	_____

(vi) Sila nyatakan jenis rawatan yang diberikan.
Please state nature of treatment given.

(vii) Jika rawatan susulan diperlukan, sila berikan tarikh rawatan susulan seterusnya.
If follow up is necessary please give us the date of the next follow up.

(viii) 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.

(ix) Sila berikan nama dan alamat mana-mana pengamal perubatan lain yang pada pengetahuan anda pernah merawat orang Yang Dilindungi dalam tempoh tiga tahun yang lalu.
Please give names and addresses of any other medical practitioner who your knowledge attended to Person Covered during the past three years.

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 _____ NAMA _____
SIGNATURE NAME

NAMA KLINIK _____ KELAYAKAN _____
NAME OF CLINIC QUALIFICATION

TARIKH _____ NO TELEFON _____