



### CRITICAL ILLNESS CLAIM FORM (CREDIT LIFE)

BORANG TUNTUTAN PENYAKIT KRITIKAL (INSURANS HAYAT KREDIT)

#### PART 1 : INFORMATION ON THE POLICY AND MASTER POLICYHOLDER

BAHAGIAN 1 : MAKLUMAT POLISI DAN PEMEGANG POLISI UTAMA

**IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING**

We will pay your approved claim (if any) directly to your bank account. Please fill out this section and ensure that the bank account details belong to the Master Policyholder. / Kami akan membuat pembayaran (jika ada) secara terus kepada akaun bank anda. Sila lengkapkan bahagian ini dan pastikan kesemua maklumat berkaitan akaun bank adalah dimiliki oleh Pemegang Polisi Utama.

Master Policyholder's Name / Nama Pemegang Polisi Utama

Address / Alamat

Contact Person & Telephone No. / Orang yang Dihubungi & No. Telefon

Master Policyholder's Email Address / Alamat Emel Pemegang Polisi Utama

Postcode / Poskod Country / Negara

#### INFORMATION ON BANK ACCOUNT THIS CLAIM WILL BE PAID TO: MAKLUMAT AKAUN BANK UNTUK PEMBAYARAN TUNTUTAN:

Name of Bank / Nama Bank

Bank Account No. / No. Akaun Bank

#### PART 2 : INFORMATION ON THE POLICY/CERTIFICATE OF INSURANCE AND INSURED PERSON

BAHAGIAN 2 : MAKLUMAT POLISI/SIJIL INSURANS DAN ORANG YANG DIINSURANSKAN

**IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING**

We will pay your approved claim (if any) directly to your bank account. Please fill out this section and ensure that the bank account details belong to the Insured Person. / Kami akan membuat pembayaran (jika ada) secara terus kepada akaun bank anda. Sila lengkapkan bahagian ini dan pastikan kesemua maklumat berkaitan akaun bank adalah dimiliki oleh Orang Yang Diinsuranskan.

Policy/Certificate Number / Nombor Polisi/Sijil

Do you have other policies with AIA? / Adakah anda mempunyai polisi lain dengan AIA?  Yes / Ya  No / Tidak

If yes, please state the policy/certificate number(s) / Jika ada, sila nyatakan nombor polisi/sijil

Name of Insured Person / Nama Orang Yang Diinsuranskan

NRIC No. / No. KP

Current Residential Address / Alamat Rumah Semasa

Correspondence Address (If different from Current Residential Address) / Alamat Surat Menyurat (Jika berbeza daripada Alamat Rumah Semasa)

Postcode / Poskod Country / Negara

Postcode / Poskod Country / Negara

Telephone No. / No. Telefon

Residence / Rumah

Mobile / Tel. Bimbit

Insured Person's Email Address / *Alamat Emel Orang yang Diinsuranskan*

Occupation / *Pekerjaan*

Employer's Name / *Nama Majikan*

Employer's Address / *Alamat Majikan*

Employer's Tel. No. / *No. Tel. Majikan*

Postcode

*Poskod*

Country

*Negara*

Is the Insured Person also covered by other insurance companies? If "Yes", please state.

*Adakah Orang Yang Diinsuranskan mempunyai polisi dengan lain-lain syarikat? Jika "Ya", sila nyatakan.*

Yes  
*Ya*

No  
*Tidak*

Name of Insurance Companies

*Nama Syarikat Insurans*

Policy No.

*No. Polisi*

Effective Date (DD/MM/YYYY)

*Tarikh Mula Insurans (HH/BB/TTTT)*

**INFORMATION ON BANK ACCOUNT THIS CLAIM WILL BE PAID TO:**

**MAKLUMAT AKAUN BANK UNTUK PEMBAYARAN TUNTUTAN:**

Name of Bank / *Nama Bank*

Bank Account No. / *No. Akaun Bank*

**CLAIM DETAILS / BUTIRAN TUNTUTAN**

**IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING**

**This section needs to be completed by the Insured Person. / Bahagian ini mesti diisi oleh Orang Yang Diinsuranskan.**

1.	Name the Critical Illness you are claiming for <i>Namakan Penyakit Kritikal yang anda tuntutan</i>	
2.	Date of first consultation <i>Tarikh pertama perundingan</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DD/MM/YYYY HH/BB/TTTT
3.	Describe the symptoms from date of onset <i>Terangkan gejala yang dialami dari tarikh mula</i>	
4.	The name and address of the doctor you first consulted for this illness <i>Nama dan alamat doktor yang pertama dirujuk bagi penyakit ini</i>	
5.	How long have you been having these signs and symptoms? (Please indicate exact if possible) <i>Sudah berapa lama anda mengalami tanda dan gejala ini? (Sila nyatakan secara tepat, jika boleh)</i>	
6.	Clinic name, address and tel. no. of your regular doctor <i>Nama klinik, alamat dan no. tel. doktor tetap anda</i>	

**RECORD OF MEDICAL CONSULTATION/HOSPITALISATION / REKOD PERUNDINGAN PERUBATAN/HOSPITALISASI**

7. Please state details of any other doctor(s) or specialist(s) you have consulted in connection with the Critical Illness and other illness including hospital admission.  
*Sila nyatakan butiran mana-mana doktor/pakar yang telah dirujuk berhubung Penyakit Kritikal ini dan penyakit lain termasuk sebarang hospitalisasi.*

Date (DD/MM/YYYY)  
*Tarikh (HH/BB/TTTT)*

In-patient Admission No.  
*No. masuk hospital*

Reason for Consultation/Hospitalisation  
*Sebab Perundingan/Hospitalisasi*

Name of Doctor/Hospital/Clinic & address  
*Nama Doktor/Hospital/Klinik & alamat*

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_

**PART 3 : FATCA DECLARATION**  
**BAHAGIAN 3 : PENGISYTIHARAN FATCA**

**IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING**

**The below must be completed by the Insured member or Nominee / Executor (for Death Claim) before claim payment (if any) can be made. Please take note that we will not able process this application without your consent to the below. / Pengisytiharan berikut perlu dibuat sebelum tuntutan boleh dibayar (jika ada) kepada Asured atau Penama / Wasi (untuk tuntutan kematian). Sila ambil perhatian bahawa kami tidak dapat memproses tuntutan ini tanpa pengisytiharan dan kebenaran anda di bawah.**

I declare and agree on behalf of myself and any person or persons, firm or corporation, who may have or claim any interest in any insurance on this application, that: / Saya isytiharkan dan bersetuju bagi pihak saya dan sesiapa sahaja, firma perseorangan atau swasta, yang mungkin mempunyai dan menuntut apa-apa kepentingan dalam mana-mana insurans pada permohonan ini, bahawa:

**a) U.S Person Declaration & Change of Circumstances / Pengakuan Warga Amerika Syarikat & Perubahan Keadaan**

I/We hereby declare that I/We am/are not a "U.S. person" for U.S. federal income tax purposes and that I/We am/are not acting for, or on behalf of, a U.S. person. / We understand that AIA, believing this statement to be true, will rely on it and act on it. In the event this statement is false, any policy issued may be considered void in which case AIA shall notify me/us and repay the premiums less reasonable charges and policy withdrawals. In view that this is a fundamental term, AIA shall be entitled to cancel this Policy and pay reasonable compensation to me/us in consideration of such termination. / Saya/Kami dengan ini menyatakan bahawa Saya/Kami bukan warga Amerika Syarikat bagi tujuan cukai pendapatan persekutuan Amerika Syarikat dan Saya/Kami tidak bertindak untuk atau bertindak bagi pihak warga Amerika Syarikat. Saya/Kami faham bahawa AIA, dengan mempercayai kenyataan ini adalah benar, akan bergantung kepadanya dan bertindak keatasnya. Sekiranya kenyataan ini adalah palsu, mana-mana polisi yang dikeluarkan boleh dianggap sebagai tidak sah di mana AIA hendaklah memaklumkan saya/kami dan membayar balik premium tolak caj-caj munasabah dan pengeluaran polisi. Memandangkan ini adalah syarat asas, AIA adalah berhak untuk membatalkan Polisi ini dan membayar pampasan yang munasabah kepada saya/kami sebagai balasan terhadap penamatan tersebut.

I/We agree to notify AIA within thirty days of any change in my status as U.S. person for the purposes of U.S. federal income tax. / Saya/Kami bersetuju untuk memaklumkan AIA dalam tempoh tiga puluh hari mengenai sebarang perubahan status saya sebagai warga Amerika Syarikat bagi tujuan cukai pendapatan persekutuan Amerika Syarikat.

(Please note that on the making an application for insurance, U.S. persons or residents must complete an IRS Form W-9). / (Sila ambil perhatian bahawa apabila membuat permohonan insurans, warga atau penduduk tetap Amerika Syarikat mesti melengkapkan borang IRS W-9).

\*Note: A false statement or misrepresentation of tax status by a U.S. person could lead to penalties under U.S. law. / \*Nota: Kenyataan palsu atau gambaran yang salah berhubung status cukai oleh warga Amerika Syarikat boleh membawa hukuman di bawah undang-undang Amerika Syarikat.

Account Holders who have or may have U.S. Indicia: / Pemegang Akaun yang mempunyai atau boleh mempunyai Indicia Amerika Syarikat:

\*Note: The below paragraph applies only to: / \*Nota: Perenggan di bawah hanya terpakai untuk:

- (i) U.S. persons for U.S. federal income tax purposes; or / Warga Amerika Syarikat bagi tujuan cukai pendapatan persekutuan Amerika Syarikat; atau
- (ii) If your tax status changes and you become a U.S. Person; or / Jika status cukai anda berubah dan anda menjadi warga Amerika Syarikat; atau
- (iii) You or beneficiaries in connection with this Policy have indicated through information provided to AIA that you or such Beneficiary may be in fact a U.S. person for U.S. federal income tax purposes (including for example a U.S. address, a U.S. telephone number, a TIN etc.) / Anda atau waris yang berkaitan dengan Polisi ini telah menunjukkan melalui maklumat yang diberikan kepada AIA bahawa anda atau waris tersebut mungkin warga Amerika Syarikat bagi tujuan cukai pendapatan persekutuan Amerika Syarikat. (contoh termasuk alamat, nombor telefon warga Amerika Syarikat, TIN dan sebagainya.)

The term "U.S. Indicia" as used below refers to any of the three circumstances described in (i) to (iii) above. / Istilah "Indicia Amerika Syarikat" seperti yang digunakan di bawah merujuk kepada mana-mana tiga keadaan yang digambarkan dalam (i) hingga (iii) di atas.

This is a fundamental term and in the event you have U.S. Indicia and fail after request to provide such information, consent and/or assistance as AIA may from time to time reasonably require to allow it to comply with its contractual, legal and/or regulatory obligations under the United States Foreign Account Tax Compliance Act, including any required reporting to the Internal Revenue Service of information relating to you or Beneficiaries in connection with this Policy, AIA reserves the right and shall be entitled to take the necessary action which may include submitting the necessary reports, suspending your account/policy, withholding the necessary monies to be remitted, terminating this Policy and returning the cash value (if any) less any indebtedness without interest in the event of such termination. / Ini adalah syarat asas dan sekiranya anda mempunyai Indicia Amerika Syarikat dan setelah dipinta gagal untuk memberikan maklumat, kebenaran dan/atau bantuan tersebut, yang mana AIA mungkin memerlukan dari masa ke masa untuk membolehkan ia mematuhi kewajipan kontraktual, undang-undang atau kawal selia di bawah Akta Pematuhan Cukai Akaun Asing Amerika Syarikat, termasuk sebarang laporan kepada Perkhidmatan Hasil Dalam Negeri mengenai maklumat berkaitan dengan anda atau Waris yang berkaitan dengan Polisi ini, AIA berhak untuk mengambil tindakan yang sepatutnya yang mana mungkin termasuk menyerahkan laporan yang sepatutnya, menggantung akaun/polisi anda, menahan wang yang perlu dikirimkan, menamatkan Polisi ini dan memulangkan nilai tunai (jika ada) tolak sebarang keterhutangan tanpa faedah sekiranya penamatan tersebut berlaku.

**b) FATCA Data Privacy Waiver (applicable to both individuals and corporates) / Penepian Maklumat Privasi FATCA (terpakai untuk kedua-dua individu dan korporat)**

"AIA and its affiliates ("the Group") are subject to and required to, or have agreed to, comply with certain legal, regulatory and/or other requirements (the "Reporting Requirements"). As such, I/We provide our express consent that AIA shall have the right to provide such personal data and information to any governmental authorities, regulatory bodies and/or any other person(s) in respect of the Reporting Requirements. I/We understand that such disclosures may involve the cross border transfer of personal data outside the jurisdiction and that such disclosures may be with respect to i) the personal data of the Owner, the Contingent Owner, the Insured, and the Beneficiaries ("the Parties"), or any of them; ii) any information relating to this Policy; and iii) any information relating to any other policies held by the Parties or any of them. I/We understand that AIA will not be able to sell any insurance product to me/us and provide any service if I/we refuse to give the said express consent." / "AIA dan gabungannya ("Kumpulan") adalah tertakluk kepada dan diperlukan untuk, atau telah bersetuju untuk mematuhi undang-undang, kawal selia dan/atau keperluan tertentu ("Keperluan Laporan"). Oleh itu, Saya/Kami memberikan kebenaran yang nyata bahawa AIA hendaklah berhak untuk menyediakan maklumat peribadi dan maklumat tersebut kepada sebarang badan kerajaan, badan kawal selia dan/atau mana-mana orang yang berkaitan dengan Keperluan Laporan. Saya/Kami faham bahawa pendedahan tersebut mungkin melibatkan pemindahan merentasi sempadan data peribadi di luar bidang kuasa dan pendedahan tersebut mungkin berkaitan dengan i) Data peribadi Pemilik, Pemilik Bersama, Insured dan Waris ("Pihak-Pihak") atau mana-mana daripadanya; ii) sebarang maklumat mengenai Polisi ini; dan iii) sebarang maklumat mengenai mana-mana polisi yang dipegang oleh Pihak-Pihak atau mana-mana daripadanya. Saya/Kami faham bahawa AIA tidak boleh menjual sebarang produk insurans kepada saya/kami dan menyediakan sebarang perkhidmatan sekiranya saya/kami menolak untuk memberi kebenaran nyata tersebut.

Note: Please take note that AIA will not be able to process this application without your consent to the above. / Nota: Sila ambil perhatian bahawa AIA tidak boleh memproses permohonan ini tanpa kebenaran anda terhadap perkara di atas.

**PART 4 : COMMON REPORTING STANDARD**  
**BAHAGIAN 4 : STANDARD PELAPORAN BERSAMA**

**IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING**

1. The Income Tax (Automatic Exchange of Financial Account Information) Rules 2016 sets the Common Reporting Standard for the purpose of automatic exchange of financial account information. This is a Self-Certification to be completed by you to AIA Bhd. / AIA PUBLIC Takaful Bhd. (collectively referred to as "the Company") for the said purpose. The information collected herein may be transmitted by the Company to the government authorities or regulatory bodies for transfer to the tax authority of another country(ies). / Kaedah-kaedah Cukai Pendapatan (Pertukaran Automatik Maklumat Akaun Kewangan) 2016 menetapkan Standard Pelaporan Bersama bertujuan untuk pertukaran automatik maklumat akaun kewangan. Ini adalah Perakuan Diri yang perlu dilengkapkan oleh anda untuk AIA Bhd. / AIA PUBLIC Takaful Bhd. (secara bersejajam dirujuk sebagai "Syarikat") bagi tujuan tersebut. Maklumat yang diperolehi akan disalurkan oleh Syarikat kepada pihak berkuasa kerajaan atau badan kawal selia untuk pindahan ke pihak berkuasa percukaian di Negara(-negara) lain.
2. You are required to immediately inform the Company of any changes in your tax residency status. / Anda dikehendaki untuk melaporkan kepada Syarikat sebaik sahaja terdapat sebarang perubahan pada status cukai pemastautin anda.
3. You are required to complete this Self-Certification in full (unless stated otherwise). / Anda dikehendaki untuk melengkapkan Perakuan Diri ini sepenuhnya (melainkan jika dinyatakan sebaliknya).
4. If you have any questions on Self-Certification or your tax residency status, please refer to your tax adviser or the Frequently Asked Questions (FAQs) for Common Reporting Standard available in AIA Portal at <https://www.aia.com.my>. / Jika anda mempunyai sebarang pertanyaan mengenai Perakuan Diri atau status cukai pemastautin anda, sila rujuk kepada penasihat cukai anda atau soalan-soalan lazim (FAQs) untuk Standard Pelaporan Bersama yang boleh didapati pada portal AIA di <https://www.aia.com.my>.

Do you have any tax residency in country(ies) other than Malaysia and U.S.? / Adakah anda mempunyai sebarang cukai pemastautin di negara(-negara) lain selain daripada Malaysia dan Amerika Syarikat?

- Yes (Please complete CRS Self-Certification Form)  
Ya (Sila lengkapkan Borang Perakuan Diri CRS)
- No  
Tidak

Note: You may download a copy of the CRS Self-Certification Form from AIA Portal at <https://www.aia.com.my>.  
Nota: Anda boleh memuat turun Salinan Borang Perakuan Diri CRS di portal AIA, <https://www.aia.com.my>.

**PART 5 : DECLARATION AND AUTHORISATION**  
**BAHAGIAN 5 : PENGISYTIHARAN DAN PEMBERIKUASAAN**

- 1) I/We confirm that the answers given are true and accurate. / Saya/kami mengesahkan bahawa jawapan yang diberikan adalah benar dan tepat.
- 2) I/We understand that AIA Bhd.'s acceptance of this form is not an admission of AIA Bhd.'s liability of my/our claim. / Saya/kami memahami bahawa penerimaan borang oleh AIA Bhd tidak boleh dianggap sebagai penerimaan liabiliti ke atas tuntutan yang dibuat.
- 3) I/We authorise any institution or individual that has any records or knowledge of my/our health and medical history to disclose such information to AIA Bhd. or its representative. / Saya/Kami memberi kuasa kepada mana-mana institusi atau individu yang mempunyai rekod atau maklumat tentang kesihatan dan sejarah perubatan saya/kami untuk mendedahkannya kepada AIA Bhd atau wakil AIA Bhd.
- 4) I/We understand and agree that any personal information collected or held by AIA Bhd. (whether through this application or otherwise obtained) may be used and disclosed by AIA Bhd. to individuals/institutions related to and associated with AIA Bhd. or any selected third party within or outside Malaysia such as reinsurers, claims investigation companies and industry associations to process this application. The information may also be used to provide service for this and other financial products and to communicate with me/us. I/We understand that I/we have a right to get access to and request for correction of any personal information held by AIA Bhd. Such requests can be made at any AIA Bhd. Customer Centres. / Saya/kami memahami dan bersetuju bahawa maklumat peribadi yang dikumpul atau dipegang oleh AIA Bhd. (sama ada melalui permohonan ini ataupun cara lain) boleh digunakan dan didedahkan kepada individu atau institusi yang berkaitan dengan AIA Bhd. atau mana-mana pihak ketiga di dalam atau di luar Malaysia seperti penanggung insurans semula (reinsurer), syarikat penyiasatan tuntutan dan persatuan industry bagi memproses permohonan ini. Maklumat tersebut juga boleh digunakan untuk memberikan perkhidmatan ke atas permohonan ini dan juga produk kewangan lain. Saya/Kami memahami bahawa saya/kami mempunyai hak untuk mendapatkan dan memohon pembetulan dibuat ke atas mana-mana maklumat persendirian yang disimpan oleh AIA Bhd. Permohonan tersebut boleh dibuat di mana-mana cawangan Pusat Khidmat Pelanggan AIA Bhd.

I/We hereby authorise

Saya/Kami dengan ini membenarkan \_\_\_\_\_

NRIC No.  
No. KP \_\_\_\_\_

Relationship  
Hubungan \_\_\_\_\_

Contact No.  
No. Telefon \_\_\_\_\_

to assist me/us with this claim.  
bagi membantu saya/kami dalam tuntutan ini.

Signature of Witness  
Tandatangan Saksi \_\_\_\_\_

Signature of Insured Person/Claimant  
Tandatangan Orang Yang Diinsuranskan/Penuntut \_\_\_\_\_

Name / Nama \_\_\_\_\_

Name / Nama \_\_\_\_\_

NRIC No. / No. KP \_\_\_\_\_

NRIC No. / No. KP \_\_\_\_\_

Date (DD/MM/YYYY) / Tarikh (HH/BB/TTTT) \_\_\_\_\_

Date (DD/MM/YYYY) / Tarikh (HH/BB/TTTT) \_\_\_\_\_

**BY MASTER POLICYHOLDER / OLEH PEMEGANG POLISI UTAMA**

The Master Policyholder hereby gives notice of the \*disability/death of the Insured/Deceased and makes claim for the said insurance to AIA Bhd. and agrees that the written statements and affidavits of all the physicians who attended or treated the Insured/Deceased and all other papers called for by the instructions hereon shall constitute and be made part of the proof of disability/death. / Dengan ini pihak Pemegang Polisi Utama memberi notis kehilangan upaya/kematian Orang yang Diinsuranskan/Simati dan membuat tuntutan pampasan kepada AIA Bhd. dan bersetuju bahawa semua kenyataan bertulis dan affidavit para doktor yang pernah merawat Orang yang Diinsuranskan/Simati dan lain-lain dokumen bersurat yang telah diperolehi adalah kandungan atau sebahagian dari bukti kehilangan upaya/kematian.

Authorised Signatory / Tandatangan yang Disahkan \_\_\_\_\_

Company Stamp / Cop Rasmi Syarikat \_\_\_\_\_

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

Date (DD/MM/YYYY) / Tarikh (HH/BB/TTTT) \_\_\_\_\_

**DOCUMENTS TO BE SUBMITTED WITH THIS CLAIM FORM**  
DOKUMEN-DOKUMEN YANG DIPERLUKAN UNTUK PENYERAHAN BORANG TUNTUTAN

**CHECKLIST / SENARAI SEMAKAN**

AIA Bhd. reserves the rights to request for other relevant document and information or to view the original copy of the document submitted whenever necessary. Upon full completion of this form, please return this form together with the following documents (non original documents must be certified as true copy). / AIA Bhd. berhak untuk meminta lain-lain dokumen dan maklumat yang berkaitan atau untuk merujuk kepada salinan asal dokumen yang telah diserahkan, sekiranya diperlukan. Selepas melengkapkan borang ini sepenuhnya, sila kembalikan borang ini bersama-sama dengan dokumen yang berikut (salinan bukan asal perlu disah benar).

- |  |   |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Critical Illness Claim Form (Credit Life)</b><br/><i>Borang Tuntutan Penyakit Kritikal (Insurans Hayat Kredit)</i></li> <li>2. <b>Attending Physician's Statement – Critical Illness</b><br/><i>Penyataan Pakar Perubatan – Penyakit Kritikal</i></li> <li>3. <b>NRIC of Insured Person</b><br/><i>Kad Pengenalan Orang Yang Diinsuranskan</i></li> <li>4. <b>5 copies Consent Form &amp; Patient's Appointment Card</b><br/><i>5 keping Borang Keizinan dan Kad Temujanji Pesakit</i></li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>5. <b>All Medical Test Results including MRI/CT scan</b><br/><i>Semua laporan keputusan ujian kesihatan termasuk Imbasan MRI/CT</i></li> <li>6. <b>NRIC of Claimant (if claimant is other than the Insured Person)</b><br/><i>Kad Pengenalan Penuntut (jika penuntut lain daripada Orang Yang Diinsuranskan)</i></li> <li>7. <b>Certificate of Insurance (if any)</b><br/><i>Sijil Insurans (jika ada)</i></li> <li>8. <b>By Bank: Statement of outstanding balance for Insured Person's credit card account/credit facility</b><br/><i>Diberi Oleh Bank: Penyata Baki Belum Bayar akaun kad kredit Orang Yang Diinsuranskan atau akaun kredit lain</i></li> </ol> |
|--|---|

Medical Test Results <i>Keputusan Ujian Kesihatan</i>	Heart Attack <i>Serangan Jantung</i>	Bypass Surgery <i>Pembedahan Pintasan Arteri Koronari</i>	Angioplasty <i>Angioplasti</i>	Other Serious Coronary Artery Disease <i>Penyakit Arteri Koronari Serius</i>	Cancer <i>Kanser</i>	Stroke <i>Strok</i>	Kidney Failure <i>Kegagalan Buah Pinggang</i>
Blood Test Result <i>Keputusan Ujian Darah</i>	X	X	X	X	X	X	
Cardiac Enzymes Test Results (CKMB) <i>Keputusan Ujian Enzim Cardiac (CKMB)</i>	X	X	X	X			
Electrocardiogram (ECG) <i>Elektrokardiogram (ECG)</i>	X	X	X	X			
Angiogram Report <i>Laporan Angiogram</i>	X	X	X	X			
Angioplasty (PTCA) Report <i>Laporan Angioplasty (PTCA)</i>	X		X	X			
Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Report <i>Laporan Coronary Arteri Bypass Graft (CABG)</i>	X	X		X			
Histopathology / Biopsy Results <i>Keputusan Histopatologi / Biopsi</i>					X		
Radiology Report e.g MRI, CT Scan, Ultrasound, X-Ray / Dialysis Card <i>Laporan Radiologi e.g Imbasan MRI, CT Scan, Ultrasound, X-Ray / Kad Dialisis</i>					X	X	X
Mammogram, Cytology, PAP Smear, etc <i>Mamogram, Cytologi, PAP Smear, etc</i>					X		
Blood with Renal Function Test Result <i>Keputusan Ujian Darah dengan Fungsi Buah Pinggang</i>					X		