



**iBABY CONGENITAL CONDITION CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT**  
**TUNTUTAN iBABY KEADAAN-KEADAAN KONGENITAL -**  
**KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT**



**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

The below named is insured with us against the happening of a certain contingent event associated with his/her health. A claim has been submitted in connection with his/her illness/injury. To enable us to assess the claim, we would be grateful for your co-operation in the completion of this form.

*Orang yang namanya dinyatakan dibawah diinsuranskan dengan kami terhadap kejadian tertentu yang berlaku. Satu tuntutan yang berkaitan dengan penyakit/kecederaan telah di serah kepada kami dan untuk membolehkan kami memproses tuntutan tersebut, kami menghargai kerjasama anda melengkapkan borang ini.*

Note: This form is to be completed at the Patient's expense. *Borang ini untuk diisi atas perbelanjaan Pesakit.*

The claim is being filed for the following illness: (Please tick (√) where applicable)

*Tuntutan itu difailkan untuk penyakit berikut: (Sila tandakan (√) jika berkenaan)*

<input type="checkbox"/> Atrial Septal Defect <i>Kecacatan Atrium Septum</i>	<input type="checkbox"/> Coarctation of the Aorta <i>Koartasi Aorta</i>	<input type="checkbox"/> Patent Ductus Arteriosus <i>Duktus Arteriosus Paten</i>
<input type="checkbox"/> Tetralogy of Fallot <i>Tetralogi Fallot</i>	<input type="checkbox"/> Transposition of Great Vessels <i>Transposisi Pembuluh Utama</i>	<input type="checkbox"/> Ventricular Septal Defect <i>Transposisi Pembuluh Utama</i>
<input type="checkbox"/> Absence of Two Limbs <i>Kehilangan Dua Anggota Badan</i>	<input type="checkbox"/> Anal Atresia <i>Atresia Dubur</i>	<input type="checkbox"/> Blindness <i>Buta</i>
<input type="checkbox"/> Cleft Lip/ Palate / <i>Bibir Sumbing Dengan/Tanpa Lelangit</i>	<input type="checkbox"/> Club Foot <i>Clubfoot</i>	<input type="checkbox"/> Deafness <i>Pekak</i>
<input type="checkbox"/> Diaphragmatic Hernia <i>Hernia Diafragmatik</i>	<input type="checkbox"/> Oesophageal Atresia <i>Atresia Esofagus</i>	<input type="checkbox"/> Tracheo Oesophageal Fistula <i>Atresia Esofagus</i>
<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy <i>Palsi Serebral</i>	<input type="checkbox"/> Infantile Hydrocephalus <i>Hydrosefalus Infantil</i>	<input type="checkbox"/> Spina Bifida <i>Spina Bifida</i>

1.	(a)	Name of Patient / <i>Nama Pesakit</i>	
	(b)	The Patient's identity card number from your records. / <i>Nombor kad pengenalan Pesakit daripada rekod anda</i>	
2.	(a)	Are you the Patient's usual medical attendant? / <i>Adakah anda doktor yang biasa bagi pesakit?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i>
	(b)	If yes, for how long? <i>Jika ya, sudah berapa lama?</i>	DD      MM      YY _____HH      _____BB      _____TT
	(c)	If not, please provide the name and address of the usual medical attendant if known to you. / <i>Jika tidak, sila berikan nama dan alamat doktor yang biasa jika anda tahu.</i>	
	(d)	Has the Patient previously suffered from or been detected to have hypertension, diabetes, angina, hyperlipidaemia, cardiovascular disease, transient ischaemic attack, neurological disorders, renal disease, hepatitis B or C, autoimmune disorder, pre-malignant condition, cancer or any other significant illnesses? <i>Pernahkah sebelum ini Pesakit mengalami atau telah dikesan mempunyai tekanan darah tinggi, kencing manis, angina, hiperlipidemia, penyakit kardiovaskular, serangan iskemia sementara, gangguan neurologi, penyakit buah pinggang, hepatitis B atau C, gangguan autoimun, keadaan pra- malignan, kanser atau penyakit lain yang penting?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i>
		If "YES", please provide the following: / <i>Jika "YA", sila berikan maklumat berikut:</i>	





**iBABY CONGENITAL CONDITION CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT**  
**TUNTUTAN iBABY KEADAAN-KEADAAN KONGENITAL -**  
**KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT**

**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

	Medical Condition <i>Keadaan Perubatan</i>	Date of Diagnosis <i>Tarikh Diagnosis</i>	Medical Treatment <i>Rawatan perubatan</i>	Name and address of the treating doctor <i>Nama dan alamat doctor yang merawat</i>
<b>3</b>	<b>Medical Details / <i>Butir Perubatan</i></b>			
(a)	Date you were first consulted for this condition. <i>Tarikh kali pertama keadaan ini dirujuk kepada anda.</i>		DD                      MM                      YY ____ HH              ____ BB              ____ TT	
(b)	What were the symptoms complaint of and the duration of the symptoms when you were first consulted? <i>Apakah gejala-gejala yang wujud dan berapa lama gejala ini telah wujud pada kali pertama dirujuk kepada anda?</i>			
(c)	How long has the complaints/symptoms and signs been present? <i>Berapa lamakah aduan/ gejala-gejala dan tanda-tanda telah hadir?</i> (i) According to the Patient / <i>Menurut Pesakit</i>  (ii) In your professional opinion / <i>Menurut pendapat profesional anda</i>		(i) Since _____ (DD/MM/YYYY / HH/BB/TTTT)  (ii) _____ (Please state / <i>Sila nyatakan days/weeks/months / hari/minggu/bulan</i> )	
(d)	Please provide full and exact details of the diagnosis. <i>Sila nyatakan butir diagnosis dengan lengkap dan tepat.</i>			
(e)	Date and time when the illness was FIRST diagnosed. <i>Tarikh dan masa apabila penyakit itu kali PERTAMA didiagnosis.</i>		DD                      MM                      YY at am/pm ____ HH              ____ BB              ____ TT pada pagi / ptg	
(f)	What was the underlying cause of the diagnosis? <i>Apakah sebab diagnosisnya?</i>			
(g)	Date when the guardian / parents of patient first became aware of the condition(s). / <i>Tarikh apabila penjaga / ibu bapa pesakit mula mengetahui keadaannya.</i>		DD                      MM                      YY ____ HH              ____ BB              ____ TT	
(h)	Name and address of the doctor who first diagnosed Patient with the illness. / <i>Nama dan alamat doctor yang pertama kali menghadapi Pesakit dengan penyakit.</i>			
(i)	Type of investigations/tests done to confirm the diagnosis. <i>Jenis penyiasatan / ujian yang dilakukan untuk mengesahkan diagnosis.</i>			



**iBABY CONGENITAL CONDITION CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT**  
**TUNTUTAN iBABY KEADAAN-KEADAAN KONGENITAL -**  
**KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT**

**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

(j)	Please give details of completed, planned or current treatment for the illness stated above. / <i>Sila beri butiran rawatan lengkap, terancang atau semasa untuk penyakit yang dinyatakan di atas.</i>	
(k)	Which of the following factors are present? If yes, please provide date of onset. / <i>Mana satu di antara faktor-faktor berikut hadir? Jika ya, sila nyatakan tarikh permulaan.</i> (i) Hypertension / <i>Hipertensi</i>  (ii) Diabetes Mellitus / <i>Diabetes Mellitus</i>  (iii) Hyperlipidemia / <i>Hiperlipidemia</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i> DD                      MM                      YY _____ HH        _____ BB        _____ TT  <input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i> DD                      MM                      YY _____ HH        _____ BB        _____ TT  <input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i> DD                      MM                      YY _____ HH        _____ BB        _____ TT
(l)	Please attach certified true copies of all the relevant investigation results, laboratory test results and all relevant reports. / <i>Sila lampirkan salinan yang disahkan semua hasil siasatan yang relevan, keputusan ujian makmal dan semua laporan yang berkaitan.</i>	
(m)	Was there any procedure/surgery performed for the congenital condition? If Yes, kindly provide the Date of Surgery. Please provide name of surgeon and speciality. <i>Adakah prosedur / pembedahan dilakukan untuk keadaan kongenital? Jika Ya, sila nyatakan Tarikh Pembedahan. Sila berikan nama pakar bedah dan khusus.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i>  DD                      MM                      YY _____ HH        _____ BB        _____ TT  _____  _____





**iBABY CONGENITAL CONDITION CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT**  
**TUNTUTAN iBABY KEADAAN-KEADAAN KONGENITAL -**  
**KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT**

**TOKIO MARINE**  
 INSURANCE GROUP

<p>(p) For Anal Atresia ONLY / Untuk Atresia Dubur SAHAJA</p>	<p>(i) Does the patient have high imperforated anus needing colostomy?                  Adakah pesakit mempunyai anus imperforated tinggi yang memerlukan colostomy?</p> <p>(ii) Was there any procedure/surgery performed for the congenital condition? If Yes, kindly provide the Date of Surgery. / Adakah prosedur /pembedahan dilakukan untuk keadaan kongenital? Jika Ya, sila nyatakan Tarikh Pembedahan.</p> <p>(iii) Kindly specify the type of procedure/surgery done. / Sila nyatakan jenis prosedur / pembedahan yang dilakukan.</p> <p>(iv) Name of surgeon and speciality / Nama pakar bedah dan khusus</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak                  DD                      MM                      YY                  HH                      BB                      TT</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>(q) For Diaphragmatic Hernia ONLY / Untuk Hernia Diafragmatik SAHAJA</p>	<p>(i) Was there any presence of abdominal organs in the chest cavity at birth? / Adakah terdapat kehadiran organ perut di rongga dada ketika dilahirkan?</p> <p>(ii) Was the condition associated with pulmonary hypoplasia or an underdeveloped heart? / Adakah keadaan yang berkaitan dengan hipoplasia pulmonari atau jantung yang kurang berkembang?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>
<p>(r) For Infantile Hydrocephalus ONLY / Untuk Hydrosefalus Infantil SAHAJA</p>	<p>(i) Does the patient have enlargement of the cerebrospinal fluid spaces resulting from obstruction of flow pathway between the secretion sites in the ventricles and absorption sites in the subarachnoid space? / Adakah pesakit mempunyai pembesaran ruang cecair cerebrospinal yang terhasil daripada halangan laluan aliran di antara tapak rembesan di ventrikel dan tapak penyerapan di ruang subarachnoid?</p> <p>(ii) Is the patient's condition serious enough to warrant the placement of a shunt? / Adakah keadaan pesakit cukup serius untuk menjamin penempatan shunt?</p> <p>(iii) The date on which the surgery is scheduled to be performed. / Tarikh pembedahan dijadualkan dilakukan.</p> <p>(iv) What are the further procedures or surgery planned? / Apakah prosedur atau pembedahan lanjut yang dirancang?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p>DD                      MM                      YY                  HH                      BB                      TT</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



**iBABY CONGENITAL CONDITION CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT**  
**TUNTUTAN iBABY KEADAAN-KEADAAN KONGENITAL -**  
**KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT**

**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

	<p>(v) Please give details of the patient's current condition. / Sila beri butiran keadaan semasa pesakit.</p>	<hr/> <hr/>
	<p>(s) For Deafness ONLY / Untuk Pekak SAHAJA</p> <p>(i) Was the patient's loss of hearing present at birth? / Adakah kehilangan pendengaran hadir semasa kelahiran?</p> <p>(ii) Was there any confinement to a Hospital required directly for the treatment of the congenital deafness? If Yes, kindly provide the Date of Admission. / Adakah terdapat sebarang pengasingan ke Hospital yang diperlukan secara langsung untuk rawatan cacat? Jika Ya, sila nyatakan Tarikh Kemasukan.</p> <p>(iii) What was the treatment given? / Apakah rawatan yang diberikan?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p>DD                      MM                      YY          HH                      BB                      TT</p> <hr/> <hr/>
	<p>(t) For Patent Ductus Arteriosus ONLY / Untuk Duktus Arteriosus Paten SAHAJA</p> <p>(i) Does the patient's ductus arteriosus fail to close spontaneously? / Adakah duktus arteriosus pesakit gagal menutup secara spontan?</p> <p>(ii) Did the patient start on medication treatment? If Yes, kindly provide the Date of Treatment done. / Adakah pesakit memulakan rawatan ubat? Jika Ya, sila nyatakan Tarikh Rawatan yang dilakukan.</p> <p>(iii) Did the patient's ductus arteriosus fail to close with medication? / Adakah duktus arteriosus pesakit gagal ditutup dengan ubat?</p> <p>(iv) Was there any procedure/surgery perform for the congenital condition? If Yes, kindly provide the Date of Treatment done. / Adakah terdapat prosedur / pembedahan bagi keadaan kongenital? Jika Ya, sila nyatakan Tarikh Rawatan yang dilakukan.</p> <p>(v) Kindly specify the type of procedure/surgery done. / Sila nyatakan jenis prosedur / pembedahan yang dilakukan.</p> <p>(vi) Name of surgeon and speciality / Nama pakar bedah dan khusus</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p>DD                      MM                      YY          HH                      BB                      TT</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p>DD                      MM                      YY          HH                      BB                      TT</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



**iBABY CONGENITAL CONDITION CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT**  
**TUNTUTAN iBABY KEADAAN-KEADAAN KONGENITAL -**  
**KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT**

**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

	<p>(u) For Tetralogy of Fallot ONLY / Untuk Tetralogi Fallot SAHAJA</p> <p>(i) Does the patient have any of the anatomic abnormality listed below:  <i>Adakah pesakit mempunyai apa-apa kelainan anatomi yang disenaraikan di bawah:</i></p> <p>(ii) Severe or total obstruction of right ventricular outflow tract / <i>Halangan saluran aliran keluar ke ventrikel kanan yang teruk atau secara keseluruhan</i></p> <p>(iii) Ventricular septal defect / <i>Kecacatan septal ventrikel</i></p> <p>(iv) Dextroposition of the aorta with septal override  <i>Aorta dextroposition dengan septal override</i></p> <p>(v) Right ventricular hypertrophy as confirmed by an echocardiogram / <i>Hipertrofi ventrikular kanan seperti yang disahkan oleh ekokardiogram</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>								
	<p>(v) For Absence of Two Limbs ONLY / Untuk Kehilangan Dua Anggota Badan SAHAJA</p> <p>(i) Is the patient suffering from absence of limbs? If Yes, please kindly provide which part of limbs. / <i>Adakah pesakit mengalami kehilangan anggota badan? Jika Ya, sila nyatakan mana satu anggota badan.</i></p> <p>(ii) Is there any known underlying cause of the absence of limbs? If Yes, please provide the details. / <i>Adakah terdapat sebab-sebab menyebabkan ketiadaan anggota yang diketahui? Jika Ya, sila berikan butiran.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <hr/> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <hr/> <hr/>								
	<p>(w) For Blindness ONLY / Untuk Buta SAHAJA</p> <p>(i) Please provide full and exact details of injury, disease or condition causing blindness, to include the dates of consultation. / <i>Sila berikan butiran lengkap dan tepat tentang kecederaan, penyakit atau keadaan yang menyebabkan buta, untuk memasukkan tarikh perundingan.</i></p> <table border="1" data-bbox="236 1473 1471 1809"> <thead> <tr> <th data-bbox="236 1473 667 1541">Date of Consultation (DD/MM/YYYY) <i>Tarikh Perundingan (TT/BB/TTTT)</i></th> <th data-bbox="667 1473 1471 1541">Exact Details Causing Blindness / <i>Butir-butir terperinci yang menyebabkan Blindness</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="236 1541 667 1630"></td> <td data-bbox="667 1541 1471 1630"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="236 1630 667 1720"></td> <td data-bbox="667 1630 1471 1720"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="236 1720 667 1809"></td> <td data-bbox="667 1720 1471 1809"></td> </tr> </tbody> </table>		Date of Consultation (DD/MM/YYYY) <i>Tarikh Perundingan (TT/BB/TTTT)</i>	Exact Details Causing Blindness / <i>Butir-butir terperinci yang menyebabkan Blindness</i>						
Date of Consultation (DD/MM/YYYY) <i>Tarikh Perundingan (TT/BB/TTTT)</i>	Exact Details Causing Blindness / <i>Butir-butir terperinci yang menyebabkan Blindness</i>									



**iBABY CONGENITAL CONDITION CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT**  
**TUNTUTAN iBABY KEADAAN-KEADAAN KONGENITAL -**  
**KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT**

**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

	(ii) What is the visual acuity of both eyes at last consultation (using Snellen eye chart or equivalent)? / Apakah ketajaman penglihatan kedua-dua mata pada perundingan terakhir (menggunakan carta mata Snellen atau bersamaan)?	
	Last Consultation Date (DD/MM/YYYY) Tarikh Perundingan Terakhir (TT/BB/TTTT)	Visual Acuity / Ketajaman Penglihatan
		Left Eye (Uncorrected) / Mata Kiri (Tanpa dibetulkan)      Left Eye (Corrected) / Mata Kiri (Dibetulkan):
		Right Eye (Uncorrected) / Mata Kanan (Tanpa dibetulkan)      Right Eye (Corrected) / Mata Kanan (Dibetulkan)
	(iii) What forms of the treatment were rendered? / Apakah jenis rawatan yang diberikan?	
	(iv) Is the loss of sight permanent? If Yes, please elaborate. / Adakah kehilangan penglihatan kekal? Jika Ya, sila huraikan.	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
	(v) Is there any surgery or treatment available that could reinstate vision in either or both eyes? If Yes, provide information on type of surgery/treatment. / Adakah terdapat sebarang pembedahan atau rawatan yang boleh memulihkan penglihatan salah satu atau kedua-dua mata? Sekiranya Ya, berikan maklumat mengenai jenis pembedahan / rawatan.	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
(x) For Club Foot ONLY / Untuk Clubfoot SAHAJA	(i) What is the diagnosis? / Apakah diagnosis?	
	(ii) Please indicate which feet are affected. If patient has only one clubfoot, is the other foot normal? / Sila nyatakan kaki yang terjejas. Jika pesakit hanya mempunyai satu clubfoot, adakah kaki yang lain normal?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
	(iii) Has the patient with clubfoot undergone any surgeries? If Yes, provide information on type of surgery. / Adakah patient dengan clubfoot mengalami sebarang pembedahan? Jika Ya, sila nyatakan maklumat mengenai jenis pembedahan.	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak





**iBABY CONGENITAL CONDITION CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT**  
**TUNTUTAN iBABY KEADAAN-KEADAAN KONGENITAL -**  
**KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT**

**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

(y)	<p>For Transposition of the Great Vessels ONLY / Untuk <i>Transposisi Pembuluh Utama SAHAJA</i></p> <p>(i) Does the patient have complete transposition of the aorta and pulmonary artery? / Adakah duktus arteriosus pesakit gagal menutup secara spontan?</p> <p>(ii) Is the above condition associated with any of the items listed below: Adakah keadaan di atas berkaitan dengan mana-mana perkara yang disenaraikan di bawah:</p> <p>- Right ventricle pump blood from the systemic veins into the aorta? / Ventrikel kanan mengempam darah dari sistemik vena ke dalam aorta?</p> <p>- Left ventricle pump blood from the pulmonary veins into the pulmonary artery? / Ventrikel kiri mengempam darah dari vena pulmonary ke dalam arteri pulmonary?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>
(z)	<p>For Spina Bifida ONLY / Untuk <i>Spina Bifida SAHAJA</i></p> <p>(i) Please describe the extent of the defective closure of the spinal column due to a neural tube defect? / Sila terangkan sejauh mana penutupan tulang belakang yang rosak akibat kecacatan tiub neural?</p> <p>(ii) Did the patient's Spinal Bifida resulted from meningomyelocele or meningocele? If Yes, please specify. / Adakah Spinal Bifida pesakit disebabkan dari meningomyelocele atau meningocele? Jika Ya, sila nyatakan.</p> <p>(iii) Is the condition associated with neurological deficit? If Yes, please specify. / Adakah keadaan yang berkaitan dengan defisit neurologi? Jika Ya, sila nyatakan.</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>
(ai)	<p>What is the current condition of the Patient and what is the prognosis? / Apakah keadaan Pesakit semasa dan apakah prognosisnya?</p>	



**iBABY CONGENITAL CONDITION CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT**  
**TUNTUTAN iBABY KEADAAN-KEADAAN KONGENITAL -**  
**KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT**

**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

4. Please provide name and address of all doctor(s) or hospitals to whom or to which the Patient was referred to or attended to for this condition, including referrals or non-referrals. / *Sila berikan nama dan alamat semua doctor atau semua hospital yang atau yang Pesakit dirujuk atau dirawat untuk keadaan ini, termasuk rujukan atau bukan rujukan.*

Date <i>Date</i>	Name of Doctor <i>Nama Doktor</i>	Hospital Name & Address <i>Nama &amp; Alamat Hospital</i>

5. Please provide any other information that will enable us to assess this claim. / *Sila berikan maklumat lain yang akan membolehkan kami menilai tuntutan ini.*

I hereby declare that the foregoing answers are each and all true to the best of my knowledge and belief.  
*Saya dengan ini mengaku bahawa setiap dan semua jawapan di atas adalah benar sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya.*

	Name / <i>Nama</i> :
	Professional Qualification: <i>Kelayakan Professional:</i>
	Address/ <i>Alamat:</i>
	Date / <i>Tarikh</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"/>
Signature and Official Stamp / <i>Tandatangan dan Cop Amalan</i> <span style="float: right;">DD / TT   MM / BB   YYYY / TTTT</span>	