



iBABY CHILD SPECIFIC CONDITION CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN iBABY KEADAAN-KEADAAN KHUSUS KANAK -
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)

☐ Avian Influenza Avian Influenza	☐ Creutzfeldt-Jakob Disease Penyakit Creutzfeldt-Jakob	☐ Hand, Foot & Mouth Disease Penyakit Tangan, Kaki & Mulut
☐ Kawasaki Disease Penyakit Kawasaki	☐ Ebola / Ebola	☐ Nipah Virus Encephalitis Ensefalitis Virus Nipah
☐ MERS-CoV / MERS-CoV	☐ Malaria / Malaria	☐ Zika Virus / Virus Zika
☐ Chikungunya / Chikungunya	☐ SARS / SARS	☐ Measles / Campak
☐ Rabies / Penyakit Anjing Gila	☐ Typhoid Fever / Demam Kepialu	

1. (a)	Name of Patient / Nama Pesakit			
(b)	The Patient's identity card number from your records. / Nombor kad pengenalan Pesakit daripada rekod anda.			
2. (a)	Are you the Patient's usual medical attendant? / Adakah anda doktor yang biasa bagi pesakit?	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak		
(b)	If yes, for how long? / Jika ya, sudah berapa lama?	DD HH	MM BB	YY TT
(c)	If not, please provide the name and address of the usual medical attendant if known to you. / Jika tidak, sila berikan nama dan alamat doktor yang biasa jika anda tahu.			
(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? / 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? ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak If "YES", please provide the following: / Jika "YA", sila berikan maklumat berikut:			
	Medical Condition Keadaan Perubatan	Date of Diagnosis Tarikh Diagnosis	Medical Treatment Rawatan perubatan	Name and address of the treating doctor Nama dan alamat doctor yang merawat



iBABY CHILD SPECIFIC CONDITION CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN iBABY KEADAAN-KEADAAN KHUSUS KANAK -
KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

3. Medical Details / Butir Perubatan	
(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? / Berapa lamakah aduan/gejala-gejala dan tanda-tanda telah hadir? (i) According to the Patient / Menurut Pesakit (ii) In your professional opinion / Menurut pendapat profesional anda	(i) Since _____ (DD/MM/YYYY / HH/BB/TTTT) (ii) _____ (Please state / Sila nyatakan days/weeks/months / hari/minggu/bulan)
(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) Was the patient hospitalised for the above diagnosis? <i>Adakah pesakit dimasukkan hospital untuk diagnosis di atas?</i> If Yes, please provide hospitalisation details / Jika Ya, sila nyatakan maklumat kemasukan hospital:	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak Admission Date / Tarikh Masuk: DD MM YY at am / pm ____ HH ____ BB ____ TT pada pagi / ptg Discharge Date / Tarikh Keluar: DD MM YY at am / pm ____ HH ____ BB ____ TT pada pagi / ptg
(h) Name and address of the doctor who first diagnosed Patient with the illness. / Nama dan alamat doctor yang pertama kali menghidapi Pesakit dengan penyakit.	
(i) Type of investigations/tests done to confirm the diagnosis. <i>Jenis penyiasatan / ujian yang dilakukan untuk mengesahkan diagnosis.</i>	
(j) Please give details of completed, planned or current treatment for the illness stated above. / Sila beri butiran rawatan lengkap, terancang atau semasa untuk penyakit yang dinyatakan di atas.	



iBABY CHILD SPECIFIC CONDITION CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN iBABY KEADAAN-KEADAAN KHUSUS KANAK -
KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

(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> (iv) Others, please specify / <i>Lain-lain, sila nyatakan</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak DD MM YY HH BB TT ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak DD MM YY HH BB TT ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak DD MM YY HH BB TT 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)	Please state details and nature of the treatment/ medication given to the patient. <i>Sila nyatakan butiran dan jenis rawatan/ ubat yang diberikan kepada pesakit.</i>	
(n)	Please provide full and exact details of the following / <i>Sila berikan butir-butir lengkap dan tepat yang berikut</i> (i) Complication associated to the diagnosis. / <i>Komplikasi yang berkaitan dengan diagnosis.</i> (ii) If the diagnosis is Measles, please confirm if the condition has resulted in any one of the following complications: / <i>Sekiranya diagnosis adalah Campak, sila pastikan jika keadaan telah mengakibatkan sebarang komplikasi berikut:</i> - Pneumonia / <i>Pneumonia</i> - Encephalitis / <i>Encefalitis</i> - Singular Convulsions / <i>Sawan</i> - Hepatitis / <i>Hepatitis</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak



iBABY CHILD SPECIFIC CONDITION CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN iBABY KEADAAN-KEADAAN KHUSUS KANAK -
KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

	(iii) If the diagnosis is Hand, Foot & Mouth Disease, please confirm if the condition has resulted in any one of the following complications: / <i>Sekiranya diagnosis adalah Penyakit Tangan, Kaki & Mulut, sila pastikan jika keadaan telah mengakibatkan sebarang komplikasi berikut:</i> - Encephalitis / <i>Encefalitis</i> - Myocarditis / <i>Miokarditis</i> - Evidence of neurological deficit at least 30 days after diagnosis / <i>Bukti defisit neurologi sekurang-kurangnya 30 hari selepas diagnosis</i> (iv) If the diagnosis is Chikungunya Fever, please confirm if the condition has resulted in any one of the following complications: <i>Sekiranya diagnosis adalah Demam Chikungunya, sila pastikan jika keadaan telah mengakibatkan sebarang komplikasi berikut:</i> - Myocarditis / <i>Miokarditis</i> - Ocular disease (uveitis, retinitis) / <i>Penyakit okular (uveitis, retinitis)</i> - Hepatitis / <i>Hepatitis</i> - Severe bullous lesions / <i>Luka bullous yang teruk</i> - Neurologic disease / <i>Penyakit neurologi</i> (v) If the diagnosis is Typhoid Fever, please confirm if the condition has resulted in any one of the following complications: / <i>Sekiranya diagnosis adalah Demam Kepialu, sila pastikan jika keadaan telah mengakibatkan sebarang komplikasi berikut:</i> - Internal bleeding / <i>Pendarahan dalam</i> - Intestinal perforation / <i>Perforasi usus</i> - Severe neuropsychiatric symptoms namely delirium or psychosis / <i>Simptom neuropsikiatri teruk yang dikenali sebagai delirium atau psikosis</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
(o)	What is the current condition of the Patient and what is the prognosis? <i>Apakah keadaan Pesakit semasa dan apakah prognosisnya?</i>	



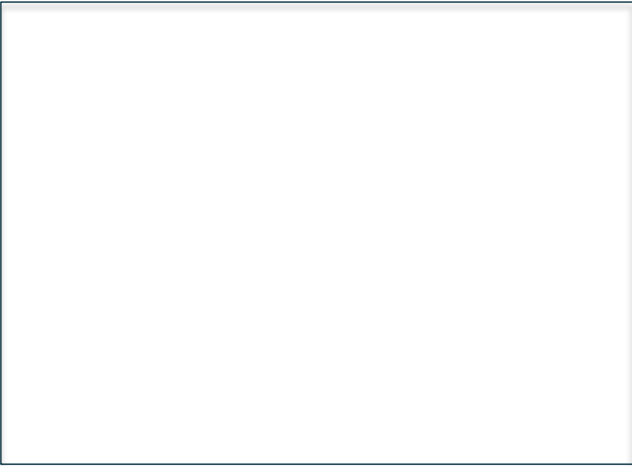
iBABY CHILD SPECIFIC CONDITION CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN iBABY KEADAAN-KEADAAN KHUSUS KANAK -
KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

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 Date	Name of Doctor Nama Doktor	Hospital Name & Address Nama & Alamat Hospital

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 / Nama:
	Professional Qualification: Kelayakan Professional:
	Address/ Alamat:
	Date / Tarikh : / /
Signature and Official Stamp / Tandatangan dan Cop Amalan DD / TT MM / BB YYYY / TTTT	