



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)

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

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 MM YY ____ HH ____ BB ____ 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:	



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>
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 ____ HH MM ____ BB YY ____ 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 ____ HH MM ____ BB YY at am/pm ____ 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 ____ HH MM ____ BB YY ____ 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

(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>	☐ 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
(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>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak 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

(n)	Is the diagnosis related to any of the following? (Please tick [✓] and circle the relevant option) <i>Adakah diagnosis yang diberikan dengan mana-mana yang berikut? (Sila tandakan [✓] dan bulatkan pilihan yang berkaitan)</i>	☐ Pregnancy conceived from artificial insemination and/or assisted conceptions <i>Kehamilan melalui inseminasi artifisial dan/atau konsep yang dibantu</i> ☐ Pregnancy resulted from fertility treatment exclude IVF/IUI/ICI / <i>Kehamilan disebabkan daripada rawatan kesuburan kecuali IVF/IUI/ICI</i> ☐ Chosen to have a termination of pregnancy other than for medical reasons / <i>Dipilih untuk menamatkan kehamilan selain untuk sebab-sebab perubatan</i> ☐ Pregnancy with more than two fetuses / <i>Kehamilan yang lebih daripada dua fetus</i> ☐ Alcohol or Substance or Drugs Abuse/Addiction / <i>Penyalahgunaan/Ketagihan Alkohol atau Bahan atau Dadah</i> ☐ Experimental/Unlicensed Treatment/Test/ <i>Eksperimen/Rawatan Tidak Berlesen/Ujian</i> ☐ AIDS/HIV Positive / <i>AIDS/HIV Positif</i> ☐ Violation of laws/Strike/Riots / <i>Pelanggaran undang-undang/Mogok/Rusuhan</i>
(o)	For Atrial Septal Defect and Ventricular Septal Defect ONLY <i>/ Untuk Kekacatan Atrium Septum dan Transposisi Pembuluh Utama SAHAJA</i> (i) Does the patient's condition warrant surgical closure for the reversal of haemodynamic abnormalities and the prevention of heart failure, paradoxical embolisation or irreversible pulmonary vascular disease? <i>Adakah keadaan pesakit itu memerlukan penutupan pembedahan untuk pembalikan keabnormalan haemodinamik dan pencegahan kegagalan jantung, pembengkakan paradoxical atau penyakit vaskular pulmonari yang tidak dapat dipulihkan?</i> (ii) The date on which the surgical closure is scheduled to be performed / <i>Tarikh penutupan pembedahan dijadualkan dilakukan</i> (iii) What are the further procedures or surgery planned? / <i>Apakah prosedur atau pembedahan lanjut yang dirancang?</i> (iv) Please provide details of the patient's current condition. / <i>Sila berikan butir-butir mengenai keadaan semasa pesakit.</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak 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)	For Anal Atresia ONLY / Untuk Atresia Dubur SAHAJA (i) Does the patient have high imperforated anus needing colostomy? Adakah pesakit mempunyai anus imperforated tinggi yang memerlukan colostomy? (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. (iii) Kindly specify the type of procedure/surgery done. / Sila nyatakan jenis prosedur / pembedahan yang dilakukan. (iv) Name of surgeon and speciality / Nama pakar bedah dan khusus	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak DD MM YY HH BB TT _____ _____ _____
(q)	For Diaphragmatic Hernia ONLY / Untuk Hernia Diafragmatik SAHAJA (i) Was there any presence of abdominal organs in the chest cavity at birth? / Adakah terdapat kehadiran organ perut di rongga dada ketika dilahirkan? (ii) Was the condition associated with pulmonary hypoplasia or an underdeveloped heart? / Adakah keadaan yang berkaitan dengan hipoplasia pulmonari atau jantung yang kurang berkembang?	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
(r)	For Infantile Hydrocephalus ONLY / Untuk Hydrosefalus Infantil SAHAJA (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? (ii) Is the patient's condition serious enough to warrant the placement of a shunt? / Adakah keadaan pesakit cukup serius untuk menjamin penempatan shunt? (iii) The date on which the surgery is scheduled to be performed. / Tarikh pembedahan dijadualkan dilakukan. (iv) What are the further procedures or surgery planned? / Apakah prosedur atau pembedahan lanjut yang dirancang?	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak 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

	(v) Please give details of the patient's current condition. / Sila beri butiran keadaan semasa pesakit.			
(s)	For Deafness ONLY / Untuk Pekak SAHAJA (i) Was the patient's loss of hearing present at birth? / Adakah kehilangan pendengaran hadir semasa kelahiran? (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. (iii) What was the treatment given? / Apakah rawatan yang diberikan?	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak DD MM YY HH BB TT		
(t)	For Patent Ductus Arteriosus ONLY / Untuk Duktus Arteriosus Paten SAHAJA (i) Does the patient's ductus arteriosus fail to close spontaneously? / Adakah duktus arteriosus pesakit gagal menutup secara spontan? (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. (iii) Did the patient's ductus arteriosus fail to close with medication? / Adakah duktus arteriosus pesakit gagal ditutup dengan ubat? (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. (v) Kindly specify the type of procedure/surgery done. / Sila nyatakan jenis prosedur / pembedahan yang dilakukan. (vi) Name of surgeon and speciality / Nama pakar bedah dan khusus	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak DD MM YY HH BB TT		



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

	(u) For Tetralogy of Fallot ONLY / Untuk Tetralogi Fallot SAHAJA (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> (ii) Severe or total obstruction of right ventricular outflow tract / Halangan saluran aliran keluar ke ventrikel kanan yang teruk atau secara keseluruhan (iii) Ventricular septal defect / Kecacatan septal ventrikel (iv) Dextroposition of the aorta with septal override <i>Aorta dextroposition dengan septal override</i> (v) Right ventricular hypertrophy as confirmed by an echocardiogram / Hipertrofi ventrikular kanan seperti yang disahkan oleh ekokardiogram	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak								
	(v) For Absence of Two Limbs ONLY / Untuk Kehilangan Dua Anggota Badan SAHAJA (i) Is the patient suffering from absence of limbs? If Yes, please kindly provide which part of limbs. / Adakah pesakit mengalami kehilangan anggota badan? Jika Ya, sila nyatakan mana satu anggota badan. (ii) Is there any known underlying cause of the absence of limbs? If Yes, please provide the details. / Adakah terdapat sebab-sebab menyebabkan ketiadaan anggota yang diketahui? Jika Ya, sila berikan butiran.	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak _____ _____ ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak _____ _____								
	(w) For Blindness ONLY / Untuk Buta SAHAJA (i) Please provide full and exact details of injury, disease or condition causing blindness, to include the dates of consultation. / Sila berikan butiran lengkap dan tepat tentang kecederaan, penyakit atau keadaan yang menyebabkan buta, untuk memasukkan tarikh perundingan. <table border="1" data-bbox="236 1473 1471 1818"> <thead> <tr> <th data-bbox="236 1473 667 1541">Date of Consultation (DD/MM/YYYY) Tarikh Perundingan (TT/BB/TTTT)</th> <th data-bbox="667 1473 1471 1541">Exact Details Causing Blindness / Butir-butir terperinci yang menyebabkan Blindness</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 1818"></td> <td data-bbox="667 1720 1471 1818"></td> </tr> </tbody> </table>		Date of Consultation (DD/MM/YYYY) Tarikh Perundingan (TT/BB/TTTT)	Exact Details Causing Blindness / Butir-butir terperinci yang menyebabkan Blindness						
Date of Consultation (DD/MM/YYYY) Tarikh Perundingan (TT/BB/TTTT)	Exact Details Causing Blindness / Butir-butir terperinci yang menyebabkan Blindness									



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.		
	☐ Yes / Ya ☐ 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.		
	☐ Yes / Ya ☐ 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?		
	☐ Yes / Ya ☐ 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.		
	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak		

Page | 9



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 & 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 / Nama:

Professional Qualification:
Kelayakan Professional:

Address/ Alamat:

Date / Tarikh : / /

Signature and Official Stamp / Tandatangan dan Cop Amalan DD / TT MM / BB YYYY / TTTT