



iBABY CLAIM - PAEDIATRICIAN ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN iBABY - KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT PEDIATRIK

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.

Policy Number / Nombor Polisi																							
1. Patient's name / Nama Pesakit																							
2. I.C. No. / No. Kad Pengenalan																							
3. Age / Umur																							
4. Hospitalisation / Kemasukan Hospital																							
Admission Date / Tarikh Masuk						Time / Masa						Discharge Date / Tarikh Keluar						Time / Masa					
						am/pm pagi/ptg												am/pm pagi/ptg					
						am/pm pagi/ptg												am/pm pagi/ptg					
5. Admission to NICU/ICU/HDU, if any / Kemasukan ke NICU/ICU/HDU, jika ada.																							
Admission Date / Tarikh Masuk:										Discharge Date / Tarikh Keluar:													
6. Admission to Incubation, if any / Kemasukan ke Inkubasi																							
Admission Date / Tarikh Masuk										Discharge Date / Tarikh Keluar													
7. Was the patient born prematurely? If Yes, please state the gestational period and circle the applicable term. / Adakah pesakit dilahirkan terlebih dahulu? Sekiranya Ya, sila nyatakan tempoh kehamilan dan melampirkan istilah yang berkenaan.										☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak _____ Weeks/Months / Minggu/Bulan													
8. The following records upon the admission:																							
(a) Blood Pressure / Tekanan Darah										_____ mmHg													
(b) Temperature / Suhu										_____ °C													
(c) Pulse / Nadi										_____ beat per minute / berdegup per minit													
(d) Total serum bilirubin / Jumlah serum bilirubin										_____ µmol/L													
8. If hospitalisation is due to accident, please furnish / Jika kemasukan ke hospital adalah akibat kemalangan, sila beri butir																							
(a) Date & time of accident / Tarikh & masa kemalangan										DD MM YY at am / pm ____ HH ____ BB ____ TT pada pagi / ptg													
(b) Nature of accident / Jenis kemalangan																							
(c) Nature of the injury / Jenis kecederaan																							
9. If hospitalisation is due to an illness, please furnish / Jika kemasukan ke hospital adalah akibat penyakit, sila beri butir																							
(a) What were the symptoms the Patient complained of when he/ she first saw you? / Apakah simptom yang diberitahu oleh Pesakit ketika pertama kali dia berjumpa dengan																							
(b) According to patient, how long had he/she been experiencing these symptoms? / Berdasarkan maklumat diberi oleh pesakit, berapa lamakah dia telah mengalami simptom tersebut?																							
(c) In your professional opinion, how long has the above condition existed? / Berapa lamakah yang anda rasakan simptom ini telah wujud?																							



iBABY CLAIM - PAEDIATRICIAN ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN iBABY - KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT PEDIATRIK

TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

(d)	Has the Patient previously received any treatment for above symptoms? If so, please furnish name, address of doctors and dates of consultation. <i>Pernahkah sebelum ini Pesakit menerima rawatan untuk simptom di atas? Jika ada, sila nyatakan nama, dan alamat</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
10.	The date on which you first saw the Patient for this illness / injury / condition. / <i>Tarikh pertama kali anda memberi rawatan kepada Pesakit bagi penyakit / kecederaan / keadaan ini.</i>	DD MM YY at am / pm ____ HH ____ BB ____ TT pada pagi / ptg
11.	Was the Patient referred to your hospital by any other doctor? If yes, please enclose a copy of referral letter and indicate his/her name and address. / <i>Adakah Pesakit dirujuk kepada hospital anda oleh doktor yang lain? Jika ada, sila bagi surat rujukan dan nyatakan nama dan alamat doktor</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
12.	Has any investigation, test or procedure been performed? If so, please furnish a certified true copy of the result. <i>Adakah sebarang siasatan, ujian atau prosedur dilakukan? Jika ada, sila sertakan satu salinan hasil siasatan yang disahkan daripada dokumen.</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
13.	What was the underlying cause? <i>Apakah punca penyebabnya?</i>	
14.	What was the final diagnosis? / <i>Apakah diagnosis akhir?</i>	
15.	Did you inform the patient of the diagnosis? If so, when? <i>Adakah anda memberitahu pesakit tentang diagnosis tersebut? Jika ada, bila?</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak DD MM YY at am / pm ____ HH ____ BB ____ TT pada pagi / ptg
16.	Nature of medical treatment given. <i>Jenis rawatan perubatan diberi.</i>	
17.	Was the condition related to? / <i>Adakah penyakit tersebut berkait paut dengan?</i>	
(a)	Complications from Fertility Treatment except IVF/IUI/ICSI <i>Komplikasi akibat Rawatan Kesuburan kecuali IVF/IUI/ICSI</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____
(b)	Pregnancy with more than two fetuses <i>Kehamilan yang lebih daripada dua fetus</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____
(c)	AIDS/ HIV positive/ Sexually Transmitted Disease <i>AIDS/ HIV positif / Penyakit berjangkit melalui hubungan sex.</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____
(d)	Being under influence of alcohol/drug/intoxicants <i>Di bawah pengaruh alkohol/dadah/keracunan.</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____
(e)	Pregnancy/Childbirth/Infertility/Impotence <i>Kehamilan/Melahir anak/ Kemandulan/Impoten</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____
(f)	Physical Examinations/Health Check-ups / <i>Pemeriksaan fizikal/emeriksaan Kesihatan</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____
(g)	Suicide/Attempted Suicide while sane or insane/Self-inflicted injuries of the baby's mother <i>Bunuh diri/Cubaan Membunuh Diri sama ada siuman atau tidak siuman/ Kecederaan diri sendiri dicituskan oleh ibu bayi</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____
(h)	Violation of Laws / Strike / Riots <i>Activiti Jenayah/Mogok/ Rusuhan</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____



iBABY CLAIM - PAEDIATRICIAN ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN iBABY - KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT PEDIATRIK

TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

18.	For surgery / Untuk pembedahan	
(a)	Nature of operation performed <i>Jenis pembedahan yang dilakukan</i>	
(b)	MMA code / PHFSR code	
(c)	Name of surgeon/ Nama pakar bedah	
(d)	Date surgery performed <i>Tarikh pembedahan dilakukan</i>	
	DD HH	MM BB
	YY TT	
19.	Any possibility of Patient having a relapse disease? <i>Adakah kemungkinan Pesakit menghidapi penyakit berulang?</i>	
	☐ Yes / Ya	☐ No / Tidak
20.	Has the Patient previously been treated or hospitalised in this or any other hospital or clinic for this or any other disease? If yes, please state. / <i>Pernahkah sebelum ini Pesakit diberi rawatan atau dimasukkan ke hospital ini atau hospital-hospital lain atau klinik untuk rawatan penyakit ini atau penyakit-penyakit lain? Sila nyatakan.</i>	
	Date / Tarikh	Illness / Penyakit
		Hospital / Clinic / Hospital / Klinik
21.	Please provide any other information that will enable us to assess this claim. / <i>Sila berikan maklumat lain yang akan membolehkan kami menilai tuntutan ini.</i>	
I hereby declare that the foregoing answers are each and all true to the best of my knowledge and belief. <i>Saya dengan ini mengaku bahawa setiap dan semua jawapan di atas adalah benar sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya.</i>		
 Signature and Official Stamp / <i>Tandatangan dan Cop Amalan</i> Name / Nama: Professional Qualification: <i>Kelayakan Professional:</i> Address/ Alamat: Date / Tarikh : / / / DD / TT MM / BB YYYY / TTTT		