



ILADY PREGNANCY BENEFIT CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN ILADY MANFAAT KEHAMILAN -
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: (Ple (Please tick (√) where applicable) / *Tuntutan itu difailkan untuk penyakit berikut: (Sila tandakan (√) jika berkenaan)*

<input type="checkbox"/> Acute fatty liver of pregnancy <i>Hati Berlemak Akut Semasa kehamilan</i>	<input type="checkbox"/> Abruptio Placentae <i>Abrupsi Plasenta</i>	<input type="checkbox"/> Amniotic Fluid Embolism <i>Embolisme Cecair Amniotik</i>
<input type="checkbox"/> Disseminated Intravascular Coagulation <i>Gumpalan Disseminated Intravaskular</i>	<input type="checkbox"/> Ectopic Pregnancy Termination <i>Penamatan Kehamilan Ektopik</i>	<input type="checkbox"/> Eclampsia <i>Eklampsia</i>
<input type="checkbox"/> Hydatidiform Mole/ Molar Pregnancy <i>Hydatidiform Mole/Kehamilan Anggun</i>	<input type="checkbox"/> Placenta Accreta <i>Plasenta Akreta</i>	<input type="checkbox"/> Death of Foetus <i>Kematian Fetus</i>

Death of Life Assured's Child / *Kematian Anak Orang yang Dilindungi*

1. (a)	Name of Patient / <i>Nama Pesakit</i>	
(b)	The Patient's identity card number from your records. / <i>Nombor kad pengenalan Pesakit</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>	

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>



ILADY PREGNANCY BENEFIT CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN ILADY MANFAAT KEHAMILAN -
KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

3. Medical Details / <i>Butir Perubatan</i>	
(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</i> days/weeks/months / <i>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>	
(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> (iv) Others, please specify / <i>Lain-lain, sila nyatakan</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak DD MM YY HH BB TT <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak DD MM YY HH BB TT <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak DD MM YY HH BB TT DD MM YY HH BB TT



İLADY PREGNANCY BENEFIT CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN İLADY MANFAAT KEHAMILAN -
KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

(o)	<p>For Abruption Placentae ONLY / Untuk Abrupsi Plasenta SAHAJA</p> <p>(i) Does the patient have premature separation of the placenta from the uterine wall? If Yes, is the above cause for the complications listed below: / Adakah pesakit mengalami pemisahan pematang daripada plasenta dari dinding rahim? Sekiranya Ya, adalah sebab di atas untuk komplikasi yang disenaraikan di bawah:</p> <p>- Foetal death / Kematian fetus</p> <p>- Required emergency caesarean section Pembedahan caesarean kecemasan diperlukan</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)	<p>For Acute fatty liver of pregnancy ONLY / Untuk Hati Berlemak Akut Semasa Kehamilan SAHAJA</p> <p>(i) Does the patient have characterized by microfascicular fatty infiltration of the liver? / Adakah pesakit mempunyai ciri-ciri penyusupan lemak mikrofaskularular hati?</p> <p>(ii) Is the condition unique to pregnancy? If No, please clarify the existing liver disease. / Adakah keadaan ini unik untuk kehamilan? Sekiranya tidak, sila jelaskan penyakit hati yang sedia ada.</p> <p>(ii) Does the patient have fulminant hepatic failure, defined as below: Adakah pesakit mempunyai kegagalan heparatik fulminant, seperti yang dinyatakan di bawah:</p> <p>- Acute onset of encephalopathy Permulaan akut encephalopathy</p> <p>- Total bilirubin persistently above 150 µmol/L (10 mg/kL) for a period of at least five (5) days / Jumlah bilirubin melebihi 150 umol/L (10 mg/kL) dan ke atas secara berterusan untuk tempoh sekurang-kurangnya lima (5) hari</p> <p>(c) Was the diagnosis confirmed by an appropriate medical specialist and a liver biopsy? / Adakah diagnosis disahkan oleh pakar perubatan yang sesuai dan biopsi hati?</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> <hr/> <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>
(q)	<p>For Amniotic Fluid Embolism ONLY / Untuk Amniotic Fluid Embolism SAHAJA</p> <p>(i) Does the patient have amniotic fluid that enters blood circulation? / Adakah pesakit mempunyai cecair amniotik yang memasuki peredaran darah?</p> <p>(ii) Does the patient have any life threatening condition: Adakah pesakit mempunyai keadaan mengancam nyawa:</p> <p>- Pulmonary oedema / Pulmonari edema</p> <p>- Cardiorespiratory arrest / Serangan jantung</p> <p>- Coagulopathy (abnormal blood clotting) Coagulopathy (pembekuan darah yang tidak normal)</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>



iLADY PREGNANCY BENEFIT CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN iLADY MANFAAT KEHAMILAN -
KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

<p>(r)</p>	<p>For Disseminated Intravascular Coagulation ONLY / Untuk Disseminated Intravascular Coagulation SAHAJA</p> <p>(i) Was there entrance of uterine material with tissue factor activity into the maternal circulation? / Adakah terdapat kemasukan bahan rahim dengan aktiviti faktor tisu ke dalam peredaran ibu?</p> <p>(ii) Please describe the details of the resulting microvascular thrombosis and major haemorrhage, if present. / Sila terangkan butir-butir trombosis mikrosekular dan pendarahan utama, jika ada.</p> <p>(iii) Please clarify which month / week of pregnancy was Disseminated Intravascular Coagulation first diagnosed? Sila jelaskan bulan / minggu kehamilan yang Disseminated Intravascular Coagulation yang pertama didiagnosis.</p> <p>(iv) What was the treatment given? Apakah rawatan yang diberikan?</p> <p>(v) Is the treatment mentioned above included in the list below: / Adakah rawatan yang disebutkan di atas termasuk senarai di bawah:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frozen plasma / Plasma beku - Unexplained coma / Koma yang tidak dapat dijelaskan 	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <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>(s)</p>	<p>For Eclampsia ONLY / Untuk Eklampsia SAHAJA</p> <p>(i) Does the patient have signs and symptoms of pre-eclampsia? / Adakah pesakit menderita kerana kehilangan pendengaran kedua-dua telinga hadir ketika lahir?</p> <p>(ii) Does the patient have the listed conditions below during pregnancy: / Adakah pesakit mempunyai keadaan yang tersenarai di bawah semasa kehamilan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hypertension / Hipertensi - Convulsions/seizures / Konvulsi/serangan tiba-tiba - Proteinuria / Proteinuria - Oedema / Edema <p>(iii) Name of doctor and speciality Nama doktor 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><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <hr/> <hr/>



ILADY PREGNANCY BENEFIT CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN iLADY MANFAAT KEHAMILAN -
KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

	(iv) Was the death of foetus due to the legal premature termination; or ending of a pregnancy or the result of a sudden unforeseen and fortuitous event; and not due to a] voluntary and malicious act by the patient?. / Adakah kematian fetus disebabkan penamatan awal undang-undang; atau berakhirnya kehamilan atau akibat peristiwa yang tidak diduga dan tidak dijangka secara tiba-tiba; dan tidak disebabkan perbuatan sukarela dan berniat jahat oleh pesakit.	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak																		
(x)	For Death of Life Assured's Child ONLY / Untuk Kematian Anak Orang yang Dilindungi SAHAJA (i) When was the patient's child delivered? / Bilakah anak pesakit dilahirkan? (ii) When was the patient's child death? / Bilakah kematian anak pesakit? (iii) Following the complete expulsion or extraction of the said child from its mother, was the child breathing or showing other evidence of life? If Yes, please provide details of such findings. / Berikutan pengusiran lengkap atau pengekstrakan anak tersebut dari ibunya, adakah anak yang bernafas atau menunjukkan bukti kehidupan yang lain? Jika Ya, sila berikan butir-butir penemuan sedemikian.	DD MM YY _____ HH BB TT DD MM YY _____ HH BB TT <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak																		
(y)	What is the current condition of the Patient and what is the prognosis? / Apakah keadaan Pesakit semasa dan apakah prognosisnya?																			
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.																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="193 1339 368 1350">Date</th> <th data-bbox="368 1339 839 1350">Name of Doctor</th> <th data-bbox="839 1339 1505 1350">Hospital Name & Address</th> </tr> <tr> <th data-bbox="193 1350 368 1361">Date</th> <th data-bbox="368 1350 839 1361">Nama Doktor</th> <th data-bbox="839 1350 1505 1361">Nama & Alamat Hospital</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Date	Name of Doctor	Hospital Name & Address	Date	Nama Doktor	Nama & Alamat Hospital													
Date	Name of Doctor	Hospital Name & Address																		
Date	Nama Doktor	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.																				



iLADY PREGNANCY BENEFIT CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN iLADY MANFAAT KEHAMILAN -
KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

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