

**PART I – CLAIMANT’S STATEMENT / BAHAGIAN I - PERNYATAAN PIHAK MENUNTUT**

**TYPES OF CLAIMS / JENIS TUNTUTAN**

Hospitalisation / Day Surgery     Hospitalisation Income / Surgical Benefits     Hospitalisation Cash Benefit / Government Cash Allowance     Outpatient / Pre & Post Hospitalisation Benefits

1. Policy Details & Life Assured Information / Butiran Polisi & Orang yang Diinsuranskan	
Policy No. / No. Polisi	
Name of Life Assured / Nama Orang yang Diinsuranskan	
NRIC No. of Life Assured / No. KP Orang yang Diinsuranskan	
Correspondence Address / Alamat Surat-Menyurat	
Contact No. and Email Address / No. Telefon dan Alamat Emel	
2. Claimant's Information / Butiran Penuntut - jika berbeza daripada Orang yang Diinsuranskan	
Name of Claimant / Nama Penuntut	
NRIC No. of Claimant / No. KP Penuntut	
Contact No. and Email Address / No. Telefon dan Alamat Emel	
3. Employment Details / Butiran Perniagaan / Majikan	
Current Occupation / Pekerjaan Sekarang	
Name of Employer / Business / Nama Majikan / Perniagaan	
Address and Contact no. of Employer / Alamat dan no. telefon Majikan / Perniagaan	
4. If hospitalisation due to accident (Accident & Injury Details) / Jika kemasukan ke hospital kerana kemalangan (Butiran Kemalangan & Kecederaan)	
Date and Time of Accident / Tarikh dan Masa Kemalangan	Date / Tarikh : <input type="text"/> <input type="text"/> DD / <input type="text"/> <input type="text"/> MM / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> YYYY / Tahun    Time / Masa : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> am/pm
Place of Accident / Tempat Kemalangan	
How did the accident occur? / Bagaimana kemalangan tersebut berlaku?	
Nature and extent of Injuries, e.g. fracture, cut or bruises / Tahap kecederaan yang dialami	
5. If hospitalisation due to illness / disease (Illness / Disease Details) / Jika kemasukan ke hospital kerana penyakit (Butiran Penyakit)	
Sign of symptoms presented / Jenis penyakit / simptom	
How long had you been having these signs and symptoms? / Berapa lamakah tanda-tanda dan simptom ini telah wujud?	
Diagnosis / Nature of Illness / Disease / Diagnosis / Jenis Penyakit	

6. Details of hospitalisation / Butiran kemasukan ke hospital	
Date of hospitalisation / Tarikh kemasukan hospital	Admission: / Tarikh Masuk: <input type="text"/> <input type="text"/> DD / <input type="text"/> <input type="text"/> MM / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> YYYY / Hari Bulan Tahun
	Discharge: / Tarikh Keluar: <input type="text"/> <input type="text"/> DD / <input type="text"/> <input type="text"/> MM / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> YYYY / Hari Bulan Tahun
Name and Address of the hospital / Nama dan Alamat hospital berkenaan	
Any surgery performed? / Adakah pembedahan dijalankan?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
If YES, please describe the body part involved / Jika YA, sila terangkan bahagian badan yang terlibat	Details / Butiran : _____

7. Details of previous consultation / Butiran rawatan sebelum diagnosis		
Name & Address of Doctor / Hospital / Nama & Alamat Doktor / Hospital	Date of Consultation / Admission / Tarikh Rawatan / Rundingan	Diagnosis/Nature of Illness/Disease / Diagnosis / Jenis Penyakit
	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DD/Hari MM/Bulan YYYY/Tahun	
	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DD/Hari MM/Bulan YYYY/Tahun	

8. Other hospitalisation & surgical coverage with other insurance company / Perlindungan hospital & pembedahan dengan syarikat-syarikat insurans lain			
Insurer / Syarikat Insurans	Policy No. / No. Polisi	Amount of Benefit / Amaun Faedah	Effective Date / Tarikh Kuatkuasa

9. Direct credit payment / E-payment information / Maklumat pembayaran kredit terus / E-pembayaran			
Account holder's Name / Nama Pemegang Akaun		Account holder's NRIC No. / No. KP Pemegang Akaun	
Name of Bank / Nama Bank		Bank Account No. / No. Akaun Bank	

**DECLARATION & AUTHORIZATION / PENGISYTIHARAN & PEMBERIAN KUASA**

I, hereby declare that the information above is wholly and completely true. / Saya, dengan ini mengisytiharkan bahawa maklumat di atas adalah semuanya benar dan lengkap.

I / Saya, \_\_\_\_\_ NRIC No. / No KP : \_\_\_\_\_  
hereby give consent to / dengan ini memberi kebenaran kepada :

- The Company to hold, use or disclose my personal information to any hospital, clinic, physician, specialist, insurance or reinsurance companies, professional adviser or bodies, Life Insurance Association of Malaysia (LIAM), Ombudsman for Financial Services (OFS), Insurance Services of Malaysia (ISM), organization, institution or person(s) and authorized agents or representatives for the purpose of processing this form. / Pihak Syarikat untuk memegang, menggunakan atau mendedahkan maklumat peribadi saya kepada mana-mana hospital, klinik, pegawai perubatan, doktor pakar, syarikat insurans atau insurans semula, penasihat atau badan professional, Persatuan Insurans Hayat Malaysia (LIAM), Ombudsman Perkhidmatan Kewangan (OFS), Insurance Services Malaysia Berhad (ISM), organisasi, institusi atau pihak dan ejen-ejen berdaftar atau wakil-wakil bagi tujuan pemrosesan permohonan ini.
- For E-payment, I affirm that the information in this form is correct as at the date of form. I irrevocably consent to facilitate to the disclosure by the Company of my personal information to facilitate payment of all claim-refund that may be due to me. / Untuk E-pembayaran, saya mengesahkan bahawa maklumat dalam borang ini adalah betul seperti pada tarikh borang. Saya memberi keizinan untuk memudahkan pembayaran oleh pihak Syarikat maklumat peribadi saya untuk memudahkan pembayaran semua tuntutan bayaran balik yang mungkin kena dibayar kepada saya.

\_\_\_\_\_  
Signature of Life Assured /  
Tandatangan Orang yang Diinsuranskan

Date / Tarikh:

\_\_\_\_\_  
Signature of Claimant  
(If different from Life Assured) /  
Tandatangan Penuntut  
(jika berbeza daripada Orang Diinsuranskan)

Date / Tarikh:

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness /  
Tandatangan Saksi

Name / Nama:

NRIC No. / No. KP:

Date / Tarikh:

**Claim Documents Required (submitted together with this form) / Sila hantarkan dokumen berikut kepada pihak Syarikat untuk pertimbangan**

**Certificate of Medical Attendance /**  
*Kenyataan Pegawai Perubatan*

**Original Tax Invoice & Receipts /**  
*Bil perubatan dan resit bayaran*

**Copy of Itemised Bills /**  
*Bill terperinci*

**Laboratory Test and Radiology Report /**  
*Laporan makmal dan repot radiologi*

**Police Report if due to Accident /**  
*Laporan Polis jika disebabkan kemalangan*

**Certification of Diagnosis / Discharge Note /**  
*Diagnosis / Nota Discaj*

**Bank Statement / Bank note for direct credit verification /**  
*Penyataan Bank untuk pembayaran terus*

**Copy of Life Assured's and Policyowner's NRIC/birth certificate or passport for foreigner /**  
*Salinan KP / Surat kelahiran / dari Orang yang Diinsuranskan / Pemilik Polisi atau Salinan pasport untuk warga asing*

**Important Note / Nota Penting:**

- **Company reserves the right to request additional documents subject to the condition and facts of the case / Syarikat berhak minta dokumen tambahan untuk kes khas.**
- **Being furnished or acknowledgment receipt of this claim by the Company does not amount to admission of liability / Pengemukakan atau pengesahan penerimaan borang ini oleh pihak Syarikat tidak dimaksudkan sebagai pengakuan liabiliti.**
- **This claim is furnished or acknowledged on a without prejudice basis / Borang permohonan ini dikemukakan atau diterima tanpa prasangka.**