

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

TYPES OF CLAIMS / JENIS TUNTUTAN

Weekly Indemnity / Pampasan Mingguan
 Medical Expenses / Perbelanjaan Perubatan
 Dismemberment / Faedah Pemisahan
 Snatch Theft / Manfaat Kecurian

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	
Name of Claimant - If different from Life Assured / Nama Penuntut- Jika berbeza daripada Orang yang Diinsuranskan	
NRIC No. of Claimant - If different from Life Assured / No. KP Penuntut- Jika berbeza daripada Orang yang Diinsuranskan	
Correspondence Address / Alamat Surat-Menyurat	
Contact No. & Email Address / No. Telefon & Alamat Emel	
Life Assured is / Orang yang Diinsuranskan menggunakan	<input type="checkbox"/> Right Handed / Tangan Kanan <input type="checkbox"/> Left Handed / Tangan Kiri
2. Employment Details / Butiran Perniagaan / Majikan	
Name of Employer / Business / Nama Majikan / Perniagaan	
Contact no. and Address of Employer / Telefon dan Alamat Majikan / Perniagaan	
Current occupation / Pekerjaan sekarang	
Exact occupational duties / Butiran tugas yang tepat	
Does it involve manual work / duties? / Adakah ianya melibatkan kerja / tugas manual?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
3. Accident details / Butiran kemalangan	
Date and time of accident / Tarikh dan masa kemalangan	Date / <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 / Time / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> am/pm Tarikh : <input type="text"/> <input type="text"/> / Hari <input type="text"/> <input type="text"/> / Bulan <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / Tahun 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	
Did you lose any body part? / Adakah anda telah kehilangan anggota badan	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
4. Disability period details / Butiran tempoh hilang upaya	
Date first absent from work / Tarikh hari pertama tidak hadir di tempat kerja	Date / Tarikh : <input type="text"/> <input type="text"/> DD / Hari <input type="text"/> <input type="text"/> MM / Bulan <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> YYYY / Tahun
Date return to work / Expected to work / Tarikh mula bekerja semula / Dijangka bekerja	Date / Tarikh : <input type="text"/> <input type="text"/> DD / Hari <input type="text"/> <input type="text"/> MM / Bulan <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> YYYY / Tahun
State the date that you manage to fully perform all your duties / Tarikh dan berupaya menjalankan tugas sepenuhnya	Date / Tarikh : <input type="text"/> <input type="text"/> DD / Hari <input type="text"/> <input type="text"/> MM / Bulan <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> YYYY / Tahun

5. Consultation / hospitalization details / Butiran rundingan / kemasukan ke hospital			
Name & Address of Doctor / Hospital / Clinic / Nama & Alamat Doktor / Hospital / Klinik		Date of Consultation / Admission Tarikh Rawatan / Rundingan	
		<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	
6. Other accident indemnity coverage / Lain-lain perlindungan kemalangan			
Insurer / Syarikat Insurans	Policy No. / No. Polisi	Amount of Benefit / Amaun Faedah	Effective Date / Tarikh Kuatkuasa
7. Direct credit payment information / E-payment / 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 application. / 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 profesional, 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 pemprosesan 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 (to submit together with this form) / Sila hantarkan dokumen berikut kepada pihak Syarikat untuk pertimbangan	
<input type="checkbox"/> Certificate of Medical Attendance / Kenyataan Pegawai Perubatan	<input type="checkbox"/> Perkeso / Socso Report / Borang tuntutan PERKESO - jika ada
<input type="checkbox"/> Original Tax Invoice & Receipts / Bil perubatan dan resit bayaran	<input type="checkbox"/> Full length of photo (for dismemberment only) / Untuk tuntutan dismembermen, gambar anggota badan Orang yang Diinsuranskan
<input type="checkbox"/> Medical Leave / Sijil cuti sakit	<input type="checkbox"/> Police Reports / Laporan Polis
<input type="checkbox"/> Radiology Report e.g. X-ray, CT Scan etc / Laporan X-ray / pakar radiologi	<input type="checkbox"/> Newspaper Cutting / Keratan Akhbar

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.