

**CLAIMANT'S STATEMENT / Pernyataan Pihak Menuntut**

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		
Employer Name & Address / Nama Majikan & Alamat		
Contact No. & Email Address / No. Telefon & Alamat Emel		
2. Nature of claim and related details / Jenis tuntutan dan butiran yang berkaitan		
a) Name the Critical Illness you are claiming for:- / Namakan Penyakit Kritikal bagi tuntutan yang dibuat:-		
b) Describe the symptoms presented / Jelaskan simptom-simptom		
c) Since when had you been having these signs and symptoms? / Berapa lamakah tanda-tanda dan simptom ini telah wujud? Date / Tarikh : <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		
d) The name and address of the doctor you first consulted for this illness / Nama dan alamat doktor yang pertama kali anda temui berhubung penyakit ini Date / Tarikh : <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		
e) Date you first consulted doctor for this illness / Tarikh pertama anda mendapat rawatan penyakit ini Date / Tarikh : <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		
3. Records of medical consultations / Rekod-rekod perundingan perubatan		
a) Please give the details of any consultation / hospitalization in connection with this critical illness / Rekod Konsultasi Perubatan/Kemasukan ke Hospital yang berkenaan dengan penyakit kritikal		
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
b) Record of Medical Consultation / Hospitalization for any illness in the past 5 years / Rekod Konsultasi Perubatan / Kemasukan ke Hospital		
Name & Address of Doctor / Hospital / Clinic / Nama & Alamat Doktor / Hospital / Klinik	Diagnosis / Nature of Illness / Disease / Diagnosis / Jenis Penyakit	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

		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <b>DD / Hari</b> <b>MM / Bulan</b> <b>YYYY / Tahun</b>
		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <b>DD / Hari</b> <b>MM / Bulan</b> <b>YYYY / Tahun</b>
		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <b>DD / Hari</b> <b>MM / Bulan</b> <b>YYYY / Tahun</b>

**4. Name of other insurance company that life assured is insured with / Nama syarikat insurans lain yang orang yang diinsuranskan ada polisi**

<b>Insurer / Syarikat Insurans</b>	<b>Policy No. / No. Polisi</b>	<b>Amount of Benefit / Amaun Faedah</b>	<b>Effective Date / Tarikh Kkuatkuasa</b>

**5. Direct credit payment information / E-payment / Maklumat pembayaran kredit terus / E-pembayaran**

<b>Account holder's Name / Nama Pemegang Akaun</b>		<b>Account holder's NRIC No. / No. KP Pemegang Akaun</b>	
<b>Name of Bank / Nama Bank</b>		<b>Bank Account No. / No. Akaun Bank</b>	

**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, doctok 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 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"/> <b>Confidential Medical Certificate /</b><br><i>Kenyataan Pegawai Perubatan</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Bank Statement / Bank note for direct credit verification /</b><br><i>Penyataan Bank untuk pembayaran terus</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Laboratory test and radiology report /</b><br><i>Laporan makmal dan report radiologi</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Proof of age e.g. copy of IC / Birth Certificate /</b><br><i>Salinan KP / Surat kelahiran</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Policy Documents (otherwise Indemnity Loss of Policy Document) /</b><br><i>Buku Polisi (Jikalau hilang, sila hantar borang Indemniti Hilang Polisi)</i> | <input type="checkbox"/> <b>Police report if due to accident /</b><br><i>Laporan Polis jika disebabkan kemalangan</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Consent Letter /</b><br><i>Surat Kebenaran</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Copy of Life Assured's and Policyowner's NRIC/birth certificate or passport for foreigner /</b><br><i>Salinan KP / Surat kelahiran / dari Orang yang Diinsuranskan / Pemilik Polisi atau Salinan pasport untuk warga asing</i> |

**Common medical evidence / Laporan makmal untuk Penyakit Kritikal yang biasa**

Type of Critical Illness	HPE/ Biopsy / Cytology	Radiology Reports (MRI / CT, X-ray etc)	Laboratory / Blood Test	Cardiac Enzyme (CKMB)	Troponin T	ECG	Angiogram
Cancer	✓	✓	✓	x	x	x	x
Stroke	x	✓	✓	x	x	x	x
Heart Attack	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓

**IMPORTANT NOTE / NOTA PENTING:**

- **For non-original documents must be certified as true copy. / Pengesahan dokumen diperlukan untuk Salinan bukan asal.**
- **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.**