

MEDICAL ALLOWANCE CLAIM FORM
BORANG TUNTUTAN ELAUN PERUBATAN

Part 1 - To be completed by the Certificate Owner

Bahagian 1 - Untuk dilengkapkan oleh Pemilik Sijil

Certificate No. / No. Sijil	
<p>Note : Submission of Claim Form does not guarantee admission of liability <i>Nota : Penyerahan Borang Tuntutan tidak menjamin penerimaan terhadap kebertanggungjawaban</i></p>	
Name of Certificate Owner <i>Nama Pemilik Sijil</i>	
NRIC / Passport No. / <i>No. K.P./ Passpot</i>	
Correspondence address / <i>Alamat surat-menyurat</i>	
Telephone No. / <i>No. Telefon</i>	Resident / Office / Mobile no. / <i>Rumah _____ Pejabat _____ No. telefon bimbit _____</i>
Occupation / <i>Pekerjaan</i>	
Email Address / <i>Alamat email</i>	
Nationality / <i>Kewarganegaraan</i>	
<p>If you are a corporate/company/entity to receive the claim payment, please provide us the following / <i>Jika anda adalah syarikat/entiti yang layak untuk menerima pembayaran tuntutan, sila kemukakan butiran berikut:</i></p>	Full Name of Company / <i>Nama Syarikat:</i>
	Date of Incorporation / <i>Tarikh Mula Berniaga :</i>
	Company Address/ <i>Alamat Syarikat:</i>
Type of Claim / <i>Jenis Tuntutan</i>	<input type="checkbox"/> Major Surgical <input type="checkbox"/> Minor Surgical <input type="checkbox"/> Hospital Daily Income <input type="checkbox"/> Intensive Care Unit <input type="checkbox"/> Organ Transplant Benefit <input type="checkbox"/> End Stage Kidney Failure Benefit <input type="checkbox"/> Anti-Cancer Chemotherapy/Radiotherapy

Details of claim and related information / Maklumat tuntutan dan perkara yang berkaitan			
1. Please complete if Hospitalisation or Surgery was due to Accident / <i>Sila lengkapkan jika Hospitalisasi atau Surgeri adalah akibat kemalangan</i>			
(a) When did the incident happen? / <i>Bila kemalangan tersebut berlaku?</i>			
(b) Where did the incident happen? / <i>Di mana kemalangan tersebut berlaku?</i>			
(c) Describe briefly how it happened. / <i>Terangkan dengan ringkas bagaimana ia berlaku.</i>			
(d) Nature and extent of injury(ies) sustained. / <i>Jenis dan tahap kecederaan yang dialami.</i>			
2. Please complete if Hospitalisation or Surgery was due to Illness / <i>Sila lengkapkan jika Hospitalisasi atau Surgeri adalah akibat penyakit</i>			
(a) Nature of illness or symptom / <i>Jenis penyakit atau symptom</i>			
(b) How long had the Covered Person been having the symptom prior to the admission? / <i>Berapa lamakah Orang Dilindungi mengalami symptom tersebut sebelum dimasukkan ke hospital?</i>			
(c) Name(s) and address of all doctors who had treated the Covered Person for this condition <i>Nama dan alamat semua doktor yang merawat Orang Dilindungi untuk keadaan ini</i>			
Name of Doctor(s) / <i>Nama Doktor</i>	Date of Admission and Discharge (if any) / <i>Tarikh Kemasukan dan Discaj (jika ada)</i>	Date of Consultation / <i>Tarikh Rawaran</i>	Address & Contact No. / <i>Alamat & No. Telefon</i>

(d) Name(s) and address of all medical practitioner(s) whom the Covered Person has sought medical treatment, advice, consultation and/or medical check-up within the previous five (5) years.

Nama dan alamat semua doktor dimana Orang Dilindungi pernah dapatkan atau terima sebarang rawatan, nasihat, rundingan dan/atau pemeriksaan perubatan dalam masa lima (5) tahun yang lepas.

Name of Doctor(s) / Nama Doktor	Name, Address and Telephone No. of Clinic or Hospital / Nama, Alamat dan No Telefon Klinik atau Hospital	Date of Consultation or Treatment / Tarikh rundingan atau rawatan

3. Is the Covered Person presently insured for hospitalisation benefits with other insurance companies? If yes, please furnish details.

Adakah Orang Dilindungi kini dilindungi untuk faedah hospitalisasi dengan lain-lain syarikat? Jika Ya, sila kemukakan butiran.

Name of company / Nama Syarikat	Certificate No. / No. Sijil

CLAIM SETTLEMENT OPTION/ PILIHAN PEMBAYARAN TUNTUTAN

If you prefer payment for the above claim (if any) to be made to your account, kindly state the details of your bank account in the space prescribed below. Payment made into this bank account (if any) will be deemed to be a receipt in favour of the Company and discharge the Company from further liability in respect of such payment.

Jika anda ingin bayaran tuntutan (sekiranya ada) dikreditkan ke dalam akaun anda, sila nyatakan butiran akaun bank seperti di bawah. Pembayaran tuntutan melalui akaun bank ini (sekiranya ada) akan dianggap sebagai tuntutan telah dibayar dan pihak Syarikat adalah bebas daripada semua tanggungan yang bersabit dengan pembayaran ini.

Name and Address of Bank: <i>Nama dan Alamat Bank</i>	Account No./ No. Akaun:	Account Holder Full Name: <i>Nama Penuh Pemegang Akaun:</i>
----------------------------------------------------------	-------------------------	----------------------------------------------------------------

CLAIMANT'S DECLARATION

I hereby declare that the information disclosed in this form and in all documents in support of this form is true and complete and that I have not withheld from FWD Takaful Berhad ("Takaful Operator") any information within my knowledge with regard to the loss which would be relevant to the claim. I accordingly understand and agree that the Takaful Operator may reject the claim pursuant to this form and the supporting document(s) if any of the supporting document(s) submitted are incomplete and/or not in order OR the information in the supporting document(s) in support is untrue.

I hereby consent and agree to (a) the Takaful Operator (or any of its appointed service providers) to obtain and process; and (b) any medical practitioner, hospital, medical institution or any person (whether incorporated or not) who has ever attended to the Deceased and has his/her records, and/or the Deceased's health and (c) intermediaries to provide, relevant information and documents required by the Takaful Operator to determine whether to approve any claim in respect of the Deceased arising from the Takaful coverage under the relevant Takaful certificate. I/We further agree that a photocopy of this authorisation will be as effective and valid as the original.

I consent and agree that the Takaful Operator may disclose and process my personal data for purposes as provided for in the Takaful Operator's Notice to Customers relating to the Personal Data Protection Act 2010 ("the Notice"), a copy of which is attached to this claim form or available for download from <http://www.fwd.com.my>.

PENGAKUAN PENUNTUT

Saya dengan ini mengaku bahawa maklumat yang didedahkan dalam borang ini dan dalam semua dokumen bagi menyokong borang ini adalah benar dan lengkap dan saya tidak menyembunyikan daripada FWD Takaful Berhad ("Pengendali Takaful") apa-apa maklumat dalam pengetahuan saya adalah relevan kepada tuntutan kematian ini. Saya sewajarnya memahami dan bersetuju bahawa Pengendali Takaful boleh menolak tuntutan ini jikalau borang dan dokumen sokongan adalah tidak lengkap dan/atau tidak teratur ATAU maklumat dalam dokumen sokongan adalah tidak benar.

Saya dengan ini membenarkan dan bersetuju untuk (a) Pengendali Takaful (atau mana-mana pembekal perkhidmatan yang dilantik) untuk mendapatkan dan proses; dan (b) mana-mana pengamal perubatan, hospital, institusi perubatan atau mana-mana orang (sama ada diperbadankan atau tidak) yang pernah merawat Si Mati dan mempunyai rekod Si Mati, dan/atau rekod kesihatan Si Mati dan (c) pengantara untuk menyediakan, maklumat dan dokumentasi yang dikehendaki oleh Pengendali Takaful untuk menentukan sama ada untuk meluluskan apa-apa tuntutan berkenaan dengan Si Mati dibawah perlindungan Sijil Takaful yang berkaitan. Saya/Kami bersetuju bahawa salinan kebenaran ini adalah berkuat kuasa dan sah seperti yang asal.

Saya membenarkan dan bersetuju bahawa Pengendali Takaful boleh mendedahkan dan memproses data peribadi saya untuk tujuan sebagaimana yang diperuntukkan dalam Notis Pengendali Takaful kepada Pelanggan berkaitan dengan Akta Perlindungan Data peribadi 2010 ("Notis"), satu salinan yang dilampirkan kepada borang tuntutan ini atau boleh dimuat turun dari <http://www.fwd.com.my>.

Personal Data Protection

Perlindungan Maklumat Peribadi

- I understand and agree that any personal information collected or held by FWD Takaful (whether contained in this application form or otherwise obtained) may be used, processed, disclosed and shared by FWD Takaful to individuals/organisations related to and associated with FWD Takaful or any selected third party (within or outside of Malaysia, including retakaful and claims investigation companies and industry associations/federations) for the purpose of processing this application form and providing subsequent services for this and other financial products and services and to communicate with me for such purposes.

Saya memahami dan bersetuju bahawa mana-mana maklumat peribadi yang dikumpulkan atau disimpan oleh FWD Takaful (sama ada terkandung dalam borang permohonan ini atau diperolehi dengancara lain) boleh digunakan, diproses, didedahkan dan dikongsi oleh FWD Takaful kepada individu/organisasi berhubung atau berkaitan dengan FWD Takaful atau mana-mana pihak ketiga yang terpilih (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk retakaful dan syarikat penyiasatan tuntutan dan persatuan industri/gabungan) bagi tujuan pemprosesan borang permohonan ini dan pemberian perkhidmatan susulan untuk produk ini dan produk dan perkhidmatan lain dan untuk berhubung dengan saya bagi tujuan tersebut.

- I understand that I have a right to request access to my personal information held by FWD Takaful and to request correction of any personal information which is incorrect or to limit the processing of my personal information. I consent and hereby authorise FWD Takaful to charge a fee for processing and complying with such data access request or correction requests.

Saya memahami bahawa saya mempunyai hak untuk mendapatkan akses kepada maklumat peribadi yang disimpan oleh FWD Takaful dan memohon pembetulan mana-mana maklumat peribadi yang salah atau untuk mengadakan pemprosesan maklumat peribadi saya. Saya mengizinkan dan dengan ini memberi kebenaran kepada FWD Takaful untuk mengenakan fi untuk memproseskan dan mematuhi permintaan akses data atau permintaan pembetulan.

- I further agree that a photocopy of this authorisation will be as effective and valid as the original.

Saya, selanjutnya bersetuju bahawa salinan kebenaran ini akan berkuatkuasa dan sah seperti kebenaran yang asal.

- By submitting this application, I confirm that I have read and agree to the Personal Data Protection Act 2010 Notice set out in the hyperlink: <https://www.fwd.com.my/en/personal-data-protection-notice/>

Dengan menyerahkan permohonan ini, saya mengesahkan bahawa sayai sudah membaca dan bersetuju dengan Notis Perlindungan Maklumat Peribadi Akta 2010 seperti yang tertera di pautan: <https://www.fwd.com.my/en/personal-data-protection-notice/>

Signature of Claimant: _____
Tandatangan Orang yang menuntut

Signature of Witness: _____
Tandatangan Saksi

Full Name/ Nama Penuh: _____

Full Name/ Nama Penuh: _____

NRIC/ Passport No: _____
./ No. K.P/ Passport

NRIC/ Passport No: _____
./ No. K.P/ Passport

Date/ Tarikh : _____

Date/ Tarikh: _____