



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	
Life Assured Name / Nama Orang yang Diinsuranskan	
Life Assured IC No. / No. Kad Pengenalan Orang yang Diinsuranskan	
Correspondence Address / Alamat Surat Menyurat	
Contact No. / No. Telefon	
2. Claimant's Information / Nama Penuntut - jika selain dengan Orang yang Diinsuranskan	
Claimant Name / Nama Penuntut	
Claimant IC no. / IC Penuntut	
Contact No. / No. Telefon	
3. Employment Details / Butiran Perniagaan / Majikan	
Current Occupation / Pekerjaan Sekarang	
Name of Employer / Business / Nama Majikan / Perniagaan	
Address and Contact no. of Employer / Alamat Majikan / Perniagaan	
4. If hospitalization 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 hospitalization 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 hospitalization / 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 / 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 / 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 Kemasukan ke hospital			
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 Hospitalization & Surgical Coverage with other Insurance Company / Lain-lain Perlindungan Hospital & Pembedahan			
Insurer / Syarikat Insurans	Policy No. / No. Polisi	Amount of Benefit / Amaun Faedah	Effective Date / Tarikh Mula
9. Direct Credit Payment / E-Payment Information / Maklumat Pembayaran Kredit Terus / E-Pembayaran			
Policyholder's Name / Nama Pemegang Polisi		Policyholder's IC / No. IC pemegang polisi	
Bank Name / 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 member kuasa 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 dan atau si mati kepada mana-mana hospital, klinik, pegawai perubatan, dockor 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 lain dengan Orang Diinsuranskan)

Date / Tarikh :

Signature of Witness /
Tandatangan Saksi

Name / Nama :

NRIC No. / No. K/P :

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

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 liability.**
- **This claim is furnished or acknowledged on a without prejudice basis / Borang permohonan ini dikemukakan atau diterima tanpa prasangka.**