



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			
Claimant Name - If different from Life Assured / Nama Penuntut - jika selain dengan Orang yang Diinsuranskan			
Claimant IC no. - If different from Life Assured / No. KP Penuntut - Jika selain dengan Orang yang Diinsuranskan			
Correspondence Address / Alamat Surat Menyurat			
Contact No. / No. Telefon			
2. Please complete if disability was due to accident / Sila lengkapkan jika hilang upaya disebabkan kemalangan			
a) Date and Time of Accident / Tarikh dan Masa Kemalangan	Date / Tarikh :	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> DD / Hari MM / Bulan YYYY / Tahun	Time / Masa : <input type="text"/> am/pm
b) Place of Accident / Tempat Kemalangan			
c) How did the accident occur? / Bagaimana kemalangan tersebut berlaku?			
d) Nature and extent of Injuries / Tahap kecederaan yang dialami			
3. Please complete if disability was due to illness / Sila isikan sekiranya Hilang Upaya disebabkan Penyakit			
a) Sign of Symptoms presented / Jenis Penyakit / simptom	Date / Tarikh :	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> DD / Hari MM / Bulan YYYY / Tahun	Time / Masa : <input type="text"/> am/pm
b) How long had you been having these signs and symptoms? / Berapa lamakah tanda-tanda dan simptom ini telah wujud?			
c) Diagnosis / Nature of Illness/Disease / Diagnosis / Jenis Penyakit			
d) When was the diagnosis first made known to you / Bilakah anda diberitahu mengenai diagnosis anda	Date / Tarikh :	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> DD / Hari MM / Bulan YYYY / Tahun	
e) Please provide name and address of doctor who made the diagnosis / nama dan alamat doktor yang telah membuat diagnosis tersebut			
4. Latest Employment Details Prior to Disability / Status Pekerjaan Sekarang Sebelum Mengalami Hilang Upaya			
a) Name of Employer / Business / Nama Majikan / Perniagaan			
b) Contact no. & Address of Employer / Telepon & Alamat Majikan / Perniagaan			
c) Occupation / Pekerjaan			
d) Exact Occupational Duties in details / Butiran tugas yang tepat			
e) Date you last able to work / Tarikh terakhir anda boleh bekerja	Date / Tarikh :	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> DD / Hari MM / Bulan YYYY / Tahun	
f) Date you are expected to resume your work / Tarikh anda dijangka kembali bekerja	Date / Tarikh :	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> DD / Hari MM / Bulan YYYY / Tahun	

g) <b>Your education background prior to disability /</b> <i>Latar belakang Pendidikan Anda</i>			
h) <b>Monthly Income prior to disability /</b> <i>Pendapatan bulanan sebelum mengalami hilang upaya</i>			
<b>5. Current Employment Details after disability / Status Pekerjaan Sekarang selepas mengalami hilang upaya</b>			
a) <b>Current Occupation Status / Status pekerjaan sekarang</b>			
b) <b>Current Occupational Duties in details /</b> <i>Butiran tugas yang tepat sekarang</i>			
c) <b>Current Monthly Income /</b> <i>Pendapatan bulanan sebelum mengalami hilang upaya</i>			
<b>6. Disability Information / Butiran hilang upaya</b>			
a) <b>Are you currently confined to:-</b> <i>Adakah pergerakan anda kini terbatas di</i>	<input type="checkbox"/> <b>Bed-Ridden /</b> <i>terlantar di katil</i>	<input type="checkbox"/> <b>Able to walk with Aids /</b> <i>bergerak atas bantuan</i>	
	<input type="checkbox"/> <b>Wheel Chair Bound /</b> <i>menggunakan kerusi roda</i>	<input type="checkbox"/> <b>Able to walk without Aids /</b> <i>bergerak tanpa bantuan</i>	
b) <b>Are you currently medically boarded out? /</b> <i>Adakan anda diberhentikan kerja atas alasan kesihatan?</i>	<input type="checkbox"/> <b>Yes / Ya</b>	<input type="checkbox"/> <b>No / Tidak</b>	
<b>Please provide Letter from Employer / Socso / Medical Report from MBO /</b> <i>sila lampirkan surat dari majikan / Perkeso / Report perubatan mengenai pembekuan kerja atas kesihatan</i>			
<b>7. Details of physician (s) consulted for current disability / Butiran doktor perubatan yang merawat anda mengenai hilang upaya ini</b>			
<b>Name &amp; Address Hospital / Clinic /</b> <i>Nama &amp; Alamat Hospital / Klinik</i>	<b>Name of Doctor /</b> <i>Nama doktor</i>	<b>Date of Consultation /</b> <i>Tarikh Rawatan</i>	
		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <b>DD / Hari MM / Bulan YYYY / Tahun</b>	
		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <b>DD / Hari MM / Bulan YYYY / Tahun</b>	
		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <b>DD / Hari MM / Bulan YYYY / Tahun</b>	
<b>8. Details of Previous Consultation / Butiran Kemasukan ke hospital</b>			
<b>Name &amp; Address of Doctor / Hospital /</b> <i>Nama &amp; Alamat Doktor / Hospital</i>	<b>Date of Consultation /</b> <i>Tarikh Rawatan</i>	<b>Diagnosis / Nature of Illness / Disease /</b> <i>Diagnosis / Jenis Penyakit</i>	
	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <b>DD / Hari MM / Bulan YYYY / Tahun</b>		
	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <b>DD / Hari MM / Bulan YYYY / Tahun</b>		
	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <b>DD / Hari MM / Bulan YYYY / Tahun</b>		
<b>9. Other Insurance Coverage with other Insurance Company / Lain-lain Insurans Perlindungan</b>			
<b>Insurer /</b> <i>Syarikat Insurans</i>	<b>Policy No. /</b> <i>No. Polisi</i>	<b>Amount of Benefit /</b> <i>Amaun Faedah</i>	<b>Effective Date /</b> <i>Tarikh Mula</i>
<b>10. Direct Credit Payment / E-Payment Information / Maklumat Pembayaran Kredit Terus / E-Pembayaran</b>			
<b>Policyholder's Name /</b> <i>Nama Pemegang Polisi</i>		<b>Policyholder's IC /</b> <i>No. KP pemegang polisi</i>	
<b>Bank Name /</b> <i>Nama Bank</i>		<b>Bank Account No. /</b> <i>No. Akaun Bank</i>	

**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. K/P : \_\_\_\_\_ )  
hereby give consent to: / dengan ini memberi kuasa kepada:

- 1. 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 dan atau si mati 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 pemprosesan permohonan ini.**
- 2. 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**

**Attending Physician's Medical Report (TPD) /**  
Kenyataan Pegawai Perubatan

**All Laboratory Test / Radiology report etc /**  
Laporan makmal / Repot Radiologi

**Consent Letter /**  
Surat Kebenaran

**Visual Acuity, Audiometry Report - if any /**  
Laporan Penglihatan, Kedengaran – jika ada

**Policy Documents (Otherwise Indemnity Loss of Policy Document) /**  
Buku Polisi (jikalau hilang, borang Indemniti Hilang Polisi)

**Bank Statement / Bank Note for Direct Credit Verification /**  
Pernyataan Bank untuk Pembayaran Terus

**Proof of Age e.g. copy of IC / Birth Certificate /**  
Salinan KP / Surat Kelahiran

**Police Report(s) if Due to Accident /**  
Laporan Polis jika disebabkan Kemalangan

**IMPORTANT NOTE:**

- **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.