

NOTICE OF CLAIM / BORANG TUNTUTAN
Personal Accident Insurance / Insurans Kemalangan Diri

- It is important to complete answer to every question. If insufficient space is provided for your answer, please continue on a separate sheet.
Sila nyatakan jawapan yang lengkap bagi setiap soalan. Jika ruang tidak mencukupi, sila gunakan kertas jawapan berasingan.
- You must enclose the original medical certificate/original medical report, original medical bills/receipts.
Anda mesti menyertakan salinan asal sijil cuti sakit/laporan perubatan, bil perubatan/resit pembayaran.
- In the case of fatal accident, please attach the following additional documents:
Untuk kes kematian, sila sertakan:
 - Post Mortem Report, Death Certificate, Burial Certificate / *Laporan Post Mortem, Sijil Kematian, Sijil Pengkebumian.*
 - Police Report/ *Laporan Polis.*
- All payment of claims will be issued under the name of the insured.
Bayaran tuntutan adalah di bawah nama pemegang polisi.

PLEASE NOTE / PERHATIAN:

- This form is sent without prejudice to the terms and conditions of the Policy and should not be regarded as a waiver by the Company of any breach of the conditions the Insured may have committed.
Borang ini diserahkan tanpa prasangka, tertakluk kepada peraturan-peraturan dan syarat-syarat polisi dan tidak boleh dianggap sebagai pelepasan oleh Penanggung Insurans ke atas sebarang kemungkiran syarat-syarat polisi yang mungkin telah dilakukan oleh pihak yang diinsuranskan.
- The acceptance of this form is not in itself an admission of Policy Liability on the part of the Company.
Penerimaan borang ini tidak boleh dianggap sebagai penerimaan tanggungan terhadap tuntutan ini oleh Penanggung Insurans.

INSURED OR POLICYHOLDERS / PIHAK YANG DIINSURANSKAN ATAU PEMEGANG POLISI

Name / Nama:

Policy No. / No. Polisi:

Address / Alamat:

Telephone No. / No. Telefon:

I/C No. / No. K/P:

Occupation / Pekerjaan:

Period of Insurance
Tempoh InsuransFrom:
Dari:To:
Hingga:**INJURED PERSON/PATIENT / PIHAK YANG CEDERA/PESAKIT**

Name / Nama:

Age / Umur:

Address / Alamat:

Telephone No. / No. Telefon:

I/C No. / No. K/P:

Employment/Occupation / Pekerjaan:

ACCIDENT DETAILS / BUTIR-BUTIR KEMALANGAN

Date / Tarikh:

Time / Masa:

Place / Tempat:

Circumstance of accident/illness:
*Bagaimanakah kemalangan berlaku:*What was the injured person doing at the time:
*Aktiviti pihak yang cedera semasa berlakunya kemalangan:*State name and address of independent witness/es (if available)
Sila nyatakan nama dan alamat mereka yang menyaksikan kemalangan tersebut (jika ada)

INJURY/ILLNESS / KECEDERAAN YANG DIALAMI

Nature of injury/illness:
Butir-butir kecederaan:

Has he previously suffered from a similar injury to the same part of the body?
Adakah anda pernah mengalami kecederaan yang sama/serupa sebelum ini?

☐ Yes / Ya If Yes, please give details:

☐ No / Tidak Jika Ya, sila berikan maklumat lanjut:

Please state whether the injured person has been totally unable to attend to any portion of his/her business. If so, please give details:
Nyatakan samada kecederaan ini telah menghalang pihak yang cedera menjalankan pekerjaannya. Jika Ya, berikan maklumat lanjut:

a. Totally / Sepenuhnya From / Dari: To / Hingga:
b. Partially / Sebahagian From / Dari: To / Hingga:

Name and address of the Doctor attending the injured person:
Nama dan alamat Doktor yang memberikan rawatan:

Is he the injured person's usual doctor? ☐ Yes / Ya
Adakah doktor yang memberikan rawatan tersebut, doktor kebiasaan anda? ☐ No / Tidak

OTHER INSURANCE OR COMPENSATION / LAIN-LAIN INSURANS ATAU PAMPASAN

Is the injured person claiming under any other insurance or receiving compensation from other sources? ☐ Yes / Ya
Adakah pihak yang tercedera membuat tuntutan atau pampasan dari sumber lain? ☐ No / Tidak

If Yes, please give details.
Jika Ya, sila berikan maklumat lanjut.

Has he previously suffered from a similar injury to the same part of the body? ☐ Yes / Ya
Adakah pihak yang tercedera pernah mengalami kecederaan yang sama/serupa sebelum ini? ☐ No / Tidak

DECLARATION / PENGAKUAN

I/We hereby authorise my/our attending physician to release any medical information necessary to process this claim.
Saya/Kami dengan ini membenarkan doktor yang memberi rawatan ini mengeluarkan sebarang maklumat kesihatan yang berkaitan dengan proses tuntutan ini.

I/We, the undersigned(s) hereby irrevocably authorize any organization, institution, or individual that has any records or knowledge of my/our health and medical history or treatment or advise and that has been or may hereafter be consulted to disclose to MSIG Insurance (Malaysia) Bhd or its representative such information.
Saya/Kami yang bertandatangan di bawah, dengan ini membenarkan mana-mana organisasi, institusi, atau individu yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang kesihatan dan latar belakang perubatan atau rawatan atau nasihat perubatan saya/kami, dan telah atau mungkin kemudian dari ini dirujuk untuk mendedahkan segala maklumat tersebut kepada MSIG Insurance (Malaysia) Bhd atau wakilnya.

I/We declare that these particulars are true to the best of my/our knowledge.
Saya/Kami mengesahkan maklumat di atas adalah benar sepanjang pengetahuan saya.

I/We further hereby declare that any of my/our personal information collected or held by you herein is provided with my/our consent for it to be used, processed and disclosed to individuals or organizations related to or associated with MS & AD Insurance Group (in and outside of Malaysia) including inter-departments within MSIG or any selected third party service providers such as insurance or reinsurance companies, broking firms, loss adjusting companies, claims or forensic investigations companies, law firms, credit reference companies, any service provider appointed by governing authority/association/federation of insurance companies, association or federation of insurance companies or any corporate entities or governmental and judicial bodies or regulators to whom MSIG is obliged to disclose under the requirement of any law relating to MSIG or any of its affiliates or partners.
Saya/Kami dengan ini mengaku bahawa mana-mana maklumat peribadi saya/kami yang dikumpul atau dipegang oleh MSIG diperuntukkan dengan keizinan saya/kami untuk ia digunakan, diproses dan didedahkan kepada individu atau organisasi yang berkaitan atau dikaitkan dengan MS & AD Insurance Group (di dalam dan di luar Malaysia) termasuk antara jabatan dalam MSIG atau mana-mana penyedia perkhidmatan pihak ketiga yang dipilih termasuk insurans atau syarikat yang diinsuranskan semula, firma broker, syarikat pelaras kerugian, tuntutan atau syarikat penyiasatan forensik, firma guaman, syarikat-syarikat rujukan kredit, mana-mana penyedia perkhidmatan yang dilantik oleh pihak berkuasa/persatuan atau syarikat insurans bersekutu, persatuan/persatuan syarikat insurans bersekutu atau mana-mana entiti korporat atau badan-badan kerajaan dan kehakiman atau pengawal selia dengan siapa MSIG dimestikan untuk mendedahkan di bawah keperluan mana-mana undang-undang berkaitan dengan MSIG atau mana-mana sekutu atau rakan kongsi.

Injured person/patient's signature
Tandatangan pihak yang cedera

I/C No. / No. Kad Pengenalan

Insured's signature / Tandatangan pihak yang diinsuranskan

Date / Tarikh

Insured's name / Nama Pihak Yang Diinsuranskan

I/C No. / No. Kad Pengenalan

Company stamp, if available / Cop rasmi syarikat, jika ada

Date / Tarikh

MEDICAL CERTIFICATE/REPORT / LAPORAN PERUBATAN

1. Name of patient/ *Nama pesakit:*

2. From what injuries or illness is the Patient now suffering?
Apakah kecederaan atau penyakit yang Pesakit sedang alami?

3. When were you first consulted for these injuries or illness?
Bilakah anda mula memberikan rawatan atas kecederaan yang dialami?

4. How long has the Patient been disabled from engaging in or attending to this usual employment or occupation as a result of these injuries or illness?
Berapa lamakah Pesakit tidak berupaya menjalankan tugas/pekerjaan?

Totally / *Sepenuhnya*
Partially / *Sebahagian*

From / *Dari:*
From / *Dari:*

To / *Hingga:*
To / *Hingga:*

5. How much longer do you consider such disablement will continue?
Berapa lamakah lagi ketidakupayaan menjalankan tugas/pekerjaan akan berlaku?

Totally / *Sepenuhnya*
Partially / *Sebahagian*

From / *Dari:*
From / *Dari:*

To / *Hingga:*
To / *Hingga:*

6. Does the Patient have any other disease or physical defect?
Adakah Pesakit mempunyai sebarang penyakit/kecacatan lain?

☐ Yes / *Ya* If Yes,
☐ No / *Tidak* *Jika Ya,*

a. What is the nature?
Apakah penyakit/kecacatan tersebut?

b. To what extent may recovery be affected thereby?
Sejauh manakah ianya akan mempengaruhi pemulihan ini?

I hereby certify that the foregoing statements are correct.
Adalah dengan ini, saya mengesahkan kenyataan di atas adalah benar.

Signature:
Tandatangan:

Name:
Nama:

Date:
Tarikh:

Address:
Alamat:

Qualification:
Kelulusan:

In the event of conflict between the English and the translated version of this claim form, the English version shall prevail.
Jika terdapat sebarang konflik di antara versi Bahasa Inggeris dengan versi terjemahan borang tuntutan ini, versi Bahasa Inggeris adalah sah di sisi undang-undang.

MSIG Insurance (Malaysia) Bhd

P. O. Box 11034 50990 Kuala Lumpur Tel: (603) 2050 8228	P. O. Box 233 80720 Johor Bahru Tel: (607) 208 7800	P. O. Box 223 25720 Kuantan Tel: (609) 515 7501	Seremban Tel: (606) 601 3501	P. O. Box 310 98007 Miri Tel: (6085) 434 890
Alor Setar Tel: (604) 772 2266	Klang Tel: (603) 3343 6691	P. O. Box 483 75760 Melaka Tel: (606) 289 4333	Sungai Petani Tel: (604) 424 4180	P. O. Box 931 90710 Sandakan Tel: (6089) 217 388
Batu Pahat Tel: (607) 433 6808	Kluang Tel: (607) 772 6501	P. O. Box 612 10780 Penang Tel: (604) 219 0800	Kota Kinabalu Tel: (6088) 301 030	Sibu Tel: (6084) 323 890
P. O. Box 320 30740 Ipoh Tel: (605) 255 1319	P. O. Box 63 15700 Kota Bharu Tel: (609) 748 1280	Petaling Jaya Tel: (603) 7954 4208	P. O. Box 308 93704 Kuching Tel: (6082) 255 901	P. O. Box 784 91008 Tawau Tel: (6089) 771 051