



Claim Form (by Claimant) / Borang Tuntutan (oleh Penuntut)

Important Note / Nota Penting:

This form is to be completed by the claimant. Please do not sign on a blank form and where applicable, please use the same signature as in the policy's record. / Borang ini perlu dilengkapkan oleh penuntut. Jangan menandatangani borang kosong dan jika berkenaan, sila gunakan tandatangan yang sama seperti dalam rekod polisi.

1. Life Assured's Details / Butiran Hayat yang Dilindungi

Policy Number <i>Nombor Polisi</i>	
Full Name of Life Assured <i>Nama Penuh Hayat yang Dilindungi</i>	
NRIC Number <i>Nombor Kad Pengenalan</i>	
Correspondence Address <i>Alamat Surat Menyurat Terkini</i>	
Telephone Number <i>Nombor Telefon</i>	
Occupation <i>Pekerjaan</i>	
Name and Address of Employer <i>Nama dan Alamat Majikan</i>	
How long have Life Assured been in this occupation? / <i>Berapa lamakah orang yang diinsuranskan berada dalam pekerjaan ini?</i>	

2. Type of Claim / Jenis Tuntutan

<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> ADD	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> HB	<input type="checkbox"/> ID	<input type="checkbox"/> MEDICAL	<input type="checkbox"/> TPD	<input type="checkbox"/> WAIVER-CI, Death & TPD
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------	------------------------------	-------------------------------------------------

Note / Nota:

Claim / Tuntutan	Description / Keterangan
AC	refer to Accidental Reimbursement / <i>rujuk Kemalangan Pembayaran</i>
ADD	refer to Accidental Dismemberment / <i>rujuk Kecederaan Anggota Badan</i>
CI	refer to refer to Critical Illness / <i>rujuk Penyakit Kritikal</i>
HB	refer to Hospital Income / <i>rujuk Pendapatan Hospital</i>
ID	refer to Infectious Disease / <i>rujuk Penyakit Berjangkit</i>
MEDICAL	refer to Hospital, Follow Up Reimbursement / <i>rujuk Kemasukan Hospital, Susulan Pembayaran Balik</i>
TPD	refer to Total And Permanent Disability / <i>rujuk Hilang Upaya Kekal dan Menyeluruh</i>
Waiver-CI, Death & TPD	refer to Waiver on CI / Proposer's Death / TPD / <i>rujuk Manfaat Waiver atas CI / Kematian Pencadang / TPD</i>

3. About Current Claim / Tuntutan Terkini

Nature of illness / symptom <i>Jenis penyakit / simptom</i>	
For how long have you been having the symptoms prior to first consulting a doctor? / <i>Berapa lamakah anda telah menghidapi gejala-gejala sebelum pertama kali menjumpai doktor?</i>	
When did you first consult a doctor for the symptoms? / <i>Bilakah anda berjumpa doktor buat pertama kali mengenai tanda-tanda penyakit anda?</i>	
When was the diagnosis first made known to you? <i>Bilakah anda diberitahu mengenai diagnosis anda?</i>	
Provide the name and address of the doctor who made the diagnosis. / <i>Berikan nama dan alamat doktor yang telah membuat diagnosis tersebut.</i>	



What is the diagnosis? <i>Apakah keputusan diagnosis?</i>			
Date of Admission, if any (in dd/mm/yyyy). <i>Tarikh Kemasukan Hospital, jika ada (dalam hh/bb/tttt).</i>			
Name and address of all doctors who treated the Life Assured for this condition. <i>Nama dan alamat semua doktor yang merawat Hayat yang Diasuranskan untuk keadaan ini.</i>			
Date of Consultation <i>Tarikh Rawatan</i>	Date of Admission & Date of Discharge (if any) <i>Tarikh Kemasukan & Tarikh Discaj (jika ada)</i>	Name of Doctor <i>Nama Doktor</i>	Address <i>Alamat</i>
What tests or investigations were done to confirm the diagnosis? Please provide certified true copies of all investigation results. <i>Apakah ujian atau penyiasatan yang telah dibuat untuk mengesahkan diagnosis itu? Sila sertakan salinan-salinan hasil siasatan yan disahkan.</i>			
What treatments are you undergoing currently? <i>Apakah rawatan yang anda terima sekarang?</i>			
Are you currently confined to: <i>Adakah anda kini terlantar di:</i>		Please tick if appropriate / <i>Sila tandakan jika sesuai</i> <input type="checkbox"/> Bed / <i>Katil</i> <input type="checkbox"/> House / <i>Rumah</i> <input type="checkbox"/> Hospital / <i>Hospital</i>	
Name(s) of all medical practitioner(s) and clinic(s)/hospital(s) which the Life Assured has, sought or received medical treatment, advice, consultation and/or medical check-up within the previous five (5) years. <i>Nama semua doktor dan klinik/hospital dimana Hayat Yang Diasuranskan pernah dapatkan atau terima sebarang rawatan, nasihat, rundingan dan/atau pemeriksaan perubatan dalam lima (5) tahun lepas.</i>			
Date of Consultation / Treatment etc <i>Tarikh rundingan / rawatan dll</i>	Name of Doctor <i>Nama Doktor</i>	Name, Address and Telephone No. of Clinic / Hospital <i>Nama, Alamat dan No Telefon Klinik / Hospital</i>	

4. If claim is due to accident, please complete the following

Sekiranya tuntutan disebabkan oleh kemalangan, sila lengkapkan yang berikut

Date and time of accident <i>Tarikh dan Masa Kemalangan</i>	DD MM YYYY at am/pm ____ HH ____ BB TTTT pada ____ pagi/ptg
Place of accident <i>Tempat kejadian kemalangan</i>	<input type="checkbox"/> House/ <i>Rumah</i> <input type="checkbox"/> Workplace/ <i>Tempat Kerja</i> <input type="checkbox"/> Road/Others, please specify & state the address : <i>Jalan raya/ Lain-lain, sila jelaskan & nyatakan alamat :</i>
How did it occur? <i>Bagaimana kemalangan tersebut berlaku?</i>	<input type="checkbox"/> Fall/ <i>Jatuh</i> <input type="checkbox"/> Industrial Accident/ <i>Kemalangan Industri</i> <input type="checkbox"/> Road Traffic Accident/ <i>Kemalangan Jalan Raya</i> <input type="checkbox"/> Others, please specify/ <i>Lain-lain, sila jelaskan:</i>
Nature of injury <i>Jenis kecederaan</i>	



Was the accident reported? <i>Adakah kemalangan dilaporkan?</i>	To / Kepada	Yes / Ya	No / Tidak	If yes, please provide/ <i>Jika ya, sila berikan</i>
	Police / Polis			Police report / <i>Laporan polis</i>
	Employer / Majikan			Attendance report / <i>Laporan kehadiran</i>
	SOCSO			SOCSO settlement letter / <i>Surat penyelesaian SOCSO</i>

5. Details of Life Assured's Occupation (For Accident Claim Only) / Butiran Pekerjaan Hayat yang Dilindungi (Untuk Tuntutan Kemalangan Sahaja)

Present Occupation <i>Pekerjaan Sekarang</i>	
Exact nature of work <i>Butiran pekerjaan</i>	
Date first absent from work <i>Tarikh hari pertama tidak hadir di tempat kerja</i>	
Date return to partial work <i>Tarikh mula bekerja semula separuh</i>	
Date return to full work <i>Tarikh mula bekerja semula sepenuhnya</i>	
Date when you were last able to work <i>Tarikh terakhir anda boleh kerja</i>	
State the date when you are expected to resume your work and daily activities <i>Nyatakan tarikh anda dijangka kembali bekerja dan menjalankan aktiviti harian anda</i>	
If your service is terminated, please confirm the effective date and enclose a certified true copy of your employer's termination letter <i>Jika perkhidmatan anda ditamatkan, sila nyatakan tarikh berkuatkuasa dan sertakan salinan yang diperakui surat penamatan majikan</i>	
To be completed by a SELF-EMPLOYED PERSON only / Untuk diisi oleh ORANG YANG BEKERJA SENDIRI sahaja	
Please name your business/company <i>Sila berikan nama perniagaan/syarikat anda</i>	
Nature of your business <i>Jenis perniagaan anda</i>	
Are there any other proprietors or directors of the business? How many? <i>Adakah terdapat pemilik atau pengarah yang lain di dalam perniagaan ini? Berapa orang?</i>	

6. For TPD Claim only/ Untuk Tuntutan TPD sahaja

What is your highest level of education? <i>Tahap pendidikan tertinggi yang diperolehi?</i>	<input type="checkbox"/> Primary / <i>Sekolah rendah menengah</i> <input type="checkbox"/> Secondary / <i>Sekolah menengah</i> <input type="checkbox"/> Diploma / <i>Diploma</i> <input type="checkbox"/> Ijazah / <i>Lepasan Ijazah</i> <input type="checkbox"/> Degree / <i>Post Graduate</i> <input type="checkbox"/> Others / <i>Lain-lain</i>
Your working environment <i>Persekitaraan tempat kerja anda</i>	<input type="checkbox"/> Office / <i>Pejabat</i> <input type="checkbox"/> Factory / <i>Kilang</i> <input type="checkbox"/> Others / <i>Lain-lain</i>



Are you in management or supervisory capacity? <i>Adakah anda menjalankan tugas-tugas pengurusan atau penyeliaan?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak
Do you operate any machinery or special equipments? / <i>Adakah anda mengendalikan mesin atau alat-alat khas yang lain?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak
Qualification needed for your occupation. <i>Kelulusan yang diperlukan untuk pekerjaan anda.</i>		
Any special skills required? <i>Adakah kemahiran khas diperlukan?</i>		
What level of practical experience is required? <i>Apakah tahap pengalaman praktikal diperlukan?</i>		
Scope of work duties <i>Skop tugas-tugas kerja</i>		
What is your normal working hours and days? <i>Apakah waktu dan hari bekerja yang biasa?</i>		
Are you required to work on shift, Sunday or on-call? <i>Adakah anda diperlukan bekerja syif, pada hari Ahad atau bila dipanggil?</i>		
How do you go to work? <i>Bagaimanakah anda pergi ke tempat kerja?</i>		
What is the distance of travel to go to your normal place of work? / <i>Apakah jarak perjalanan ke tempat kerja anda?</i>		
Does your work require you to : <i>Adakah perkerjaan anda memerlukan anda untuk:</i>	<input type="checkbox"/> Drive a car / <i>Memandu kereta</i> <input type="checkbox"/> Drive other vehicles / <i>Memandu kenderaan lain</i> <input type="checkbox"/> Climb ladders or heights / <i>Memanjat tangga atau tempat tinggi</i> <input type="checkbox"/> Travel away from your normal place of work / <i>Keluar dari tempat kerja yang biasa</i> <input type="checkbox"/> Carry heavy loads / <i>Membawa barangan berat</i> <input type="checkbox"/> Lift heavy loads / <i>Mengangkat barangan berat</i> <input type="checkbox"/> Crawl or kneel / <i>Merankak atau melutut</i> <input type="checkbox"/> Perform any other physical exertions? Please specify <i>Melaksanakan apa-apa penggunaan tenaga fizikal yang lain? Sila nyatakan</i>	

7. Other Insurance Coverage / Lain-lain Perlindungan Insurans

Name of Insurance Company <i>Nama Syarikat Insurans</i>	Policy No. <i>No. Polisi</i>	Policy Date <i>Tarikh Polisi</i>	Sum Assured (RM) <i>Jumlah Diinsuranskan (RM)</i>	Claim Status <i>Status Tuntutan</i>



8. Information of Policy Owner/Assignee / Maklumat Pemegang Polisi/Pemegang Serah Hak

Name of Policy Owner/Assignee Nama Pemegang Polisi/Pemegang Serah Hak	
NRIC Number/ Passport Number/ Company Registration Number Nombor Kad Pengenalan/ Nombor Pasport/ Nombor Pendaftaran Syarikat	
Bank Name Nama Bank	
Bank Account Number Nombor Bank Akaun	
Type of Bank Account Jenis Akaun Bank	<input type="checkbox"/> Savings / Simpanan <input type="checkbox"/> Current / Semasa

9. Declaration & Authorization / Pengisytiharan & Kebenaran

1. I understand and agree that the information I supply will be collected, used and processed by TMLM, its agents and its authorised parties (within or outside of Malaysia) for the purposes of processing this application and to facilitate TMLM's function as an insurance company. I understand that I have a right to obtain access to and to request correction of my personal information held by TMLM by contacting TMLM's Customer Service Representatives. / Saya memahami dan bersetuju bahawa maklumat yang saya berikan akan dikumpulkan, digunakan dan diproses oleh TMLM, agennya dan pihak-pihak yang diberi kuasa (di dalam atau di luar Malaysia) untuk tujuan memproses permohonan ini dan memudahkan fungsi TMLM sebagai syarikat insurans. Saya faham bahawa saya mempunyai hak untuk mendapatkan akses kepada dan meminta pembetulan maklumat peribadi saya yang dipegang oleh TMLM dengan menghubungi Wakil Perkhidmatan Pelanggan TMLM.

2. I understand that it is mandatory for me to provide my/the Life Assured's personal data to TMLM for the purposes of claim evaluation. Any failure to supply my/the Life Assured's personal data as requested by TMLM may result in TMLM being unable to evaluate the claim and the claim being denied. / Saya faham bahawa saya adalah kewajipan untuk memberikan data peribadi saya / Life Assured kepada TMLM untuk tujuan penilaian tuntutan. Sebarang kegagalan untuk membekalkan data peribadi saya/ Hayat yang Dilindungi seperti yang diminta oleh TMLM yang boleh mengakibatkan TMLM tidak dapat menilai tuntutan dan tuntutan akan ditolak.

3. Where I have provided personal data relating to other individuals, I confirm that I have obtained their consent to provide the personal data to TMLM and I have informed them of TMLM's Privacy and Data Protection Policy ("the Policy") and they have confirmed that they have understood, agreed and authorised TMLM to process, use, disclose, and transfer the personal data in accordance with the Policy. / Di mana saya telah memberikan data peribadi yang berkaitan dengan individu lain, saya mengesahkan bahawa saya telah memperoleh persetujuan mereka untuk memberikan data peribadi kepada TMLM dan saya telah memaklumkan kepada mereka mengenai Dasar Privasi dan Perlindungan Data TMLM ("Polisi") dan mereka telah mengesahkan bahawa mereka telah memahami, bersetuju dan diberi kuasa kepada TMLM untuk memproses, menggunakan, mendedahkan, dan memindahkan data peribadi mengikut Polisi.

4. I understand that I can visit TMLM's Corporate Website (<https://www.tokiomarine.com/my/en/life/privacy-policy.html>) for a full copy of the Policy. / Sila layari Laman Web Korporat TMLM (<https://www.tokiomarine.com/my/en/life/privacy-policy.html>) untuk mendapatkan salinan penuh Polisi ini.

5. I declare that the information given in this form is true, complete and accurate. I agree that TMLM is at liberty to deny liability or recover any amounts paid, if any part of the information is untrue, incomplete or inaccurate. I understand that TMLM's acceptance of this form is not an admission of TMLM's liability of my claim. / Saya mengaku bahawa maklumat yang diberikan dalam borang ini adalah benar, lengkap dan tepat. Saya bersetuju bahawa TMLM berhak untuk menolak liabiliti atau memulihkan apa-apa amaun yang dibayar, jika mana-mana bahagian maklumat itu tidak benar, tidak lengkap atau tidak tepat. Saya faham bahawa penerimaan TMLM borang ini bukanlah pengakuan tanggungan TMLM kepada tuntutan saya.



6. I am the holder of the bank account specified above ("Account") and that the details thereof are correct, true and complete. I hereby request and authorise the Company to credit any moneys that are due under the Policy directly into this Account and I accept full responsibility for all transactions arising from the use of this Direct Credit payment facility. I shall immediately refund to the Company in full any moneys paid into this Account which I am not entitled to receive. I hereby agree to keep the Company indemnified against any claims, loss, damage and/or expenses which the Company may suffer or incur as a result of the Company acting on my instruction. I understand that any payment into the Account shall be a valid discharge of the Company's liability under the Policy. / *Saya adalah pemegang akaun bank yang dinyatakan di atas ("Akaun") dan bahawa butirannya adalah betul, benar dan lengkap. Saya dengan ini meminta dan memberi kuasa kepada Syarikat untuk mengkredit mana-mana wang yang kena dibayar di bawah Polisi terus ke Akaun ini dan saya menerima tanggungjawab penuh untuk semua transaksi yang timbul daripada penggunaan kemudahan pembayaran Langsung Kredit ini. Saya akan segera membayar balik kepada Syarikat secara penuh apa-apa wang yang dibayar ke dalam Akaun ini yang saya tidak berhak untuk menerima. Saya dengan ini bersetuju untuk melindungi Syarikat daripada apa-apa tuntutan, kerugian, kerosakan dan/atau perbelanjaan yang Syarikat mungkin mengalami atau menanggung akibat Syarikat yang bertindak atas arahan saya. Saya faham bahawa apa-apa pembayaran ke dalam Akaun adalah pelepasan liabiliti Syarikat yang sah di bawah Polisi ini.*

7. I authorise any institution or individual that has any records or knowledge of my/the Life Assured's health, medical history, claim history, and any relevant information to disclose such information to TMLM or its representatives. I expressly waive (and on behalf of the Life Assured), all provisions of law forbidding any physician from disclosing any information acquired while attending to me/the Life Assured. This authorization shall irrevocably bind my successors and assigns and remain valid regardless of my death or incapacity and a copy of this authorization shall be as effective and valid as the original. / *Saya memberi kuasa kepada mana-mana institusi atau individu yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang kesihatan saya / Hayat yang Dilindungi, sejarah perubatan, sejarah tuntutan, dan sebarang maklumat yang relevan untuk mendedahkan maklumat tersebut kepada TMLM atau wakilnya. Saya dengan jelas mengetepikan (dan bagi pihak Hayat yang Dilindungi), semua peruntukan undang-undang yang melarang mana-mana doktor daripada mendedahkan apa-apa maklumat yang diperolehi semasa menghadiri saya / Hayat yang Dilindungi. Kebenaran ini akan secara tidak boleh dibatal oleh waris dan penerima seran hak dan akan tetap sah tanpa mengira kematian atau ketidakupayaan saya dan salinan kebenaran ini adalah berkuatkuasa dan sah seperti yang asal.*

8. I agree to disclose and allow the transfer of my personal and contact information including nationality, tax status or tax residencies ("Relevant Information") kept with TMLM to any local and foreign regulatory or self-regulatory persons in any jurisdiction, or foreign government authorities ("Relevant Authorities") that TMLM is obliged to comply with or choose to comply in its absolute discretion or to meet the requirements of the laws, regulations, guidelines or terms of an agreement with such Relevant Authorities that is in force or may be declared to be in force and as amended from time to time ("Relevant Requirements"). I also agree to cooperate with TMLM to provide any information or documents as may be requested by TMLM from time to time that is required for disclosure by TMLM to any Relevant Authorities. I undertake that I must promptly update TMLM of any changes to the Relevant Information stated in this application. / *Saya bersetuju bagi mendedahkan dan membenarkan pemindahan maklumat peribadi dan butir-butir perhubungan termasuk kewarganegaraan, status cukai atau cukai bagi pemastautin ("Maklumat Berkaitan") yang disimpan oleh pihak Syarikat kepada mana-mana badan kawal selia tempatan dan asing atau individu dalam mana-mana bidang kuasa, atau pihak berkuasa kerajaan asing ("Pihak Berkuasa yang Berkenaan") di mana pihak Syarikat perlu mematuhi atau memilih bagi mematuhi di dalam budi bicara sepenuhnya atau bagi memenuhi keperluan undang-undang, peraturan, garis panduan atau terma-terma perjanjian dengan Pihak Berkuasa yang Berkenaan yang masih berkuatkuasa atau boleh diisytiharkan berkuatkuasa dan sepertimana dipinda dari semasa ke semasa ("Keperluan Berkaitan"). Saya juga bersetuju untuk berkerjasama dengan pihak Syarikat bagi menyediakan sebarang maklumat atau dokumen-dokumen sepertimana diminta oleh pihak Syarikat dari semasa ke semasa yang diperlukan untuk pendedahan oleh pihak Syarikat kepada Pihak Berkuasa. Saya berjanji bahawa saya akan dengan segera mengemaskinikan sebarang perubahan terhadap Maklumat Berkaitan yang tertera di dalam permohonan ini dengan pihak Syarikat.*



Signature of Life Assured / <i>Tandatangan Hayat yang Dilindungi</i>	Signature of Policy Owner/Assignee <i>Tandatangan Pemegang Polisi/Pemegang Serah Hak</i>
Full Name / <i>Nama Penuh</i> :	Full Name / <i>Nama Penuh</i> :
NRIC No. / <i>No. Kad Pengenalan</i> :	NRIC No./ Passport Number/ Company Registration Number <i>Nombor Kad Pengenalan/ Nombor Pasport/ Nombor Pendaftaran Syarikat</i>
Date / <i>Tarikh</i> :	Date / <i>Tarikh</i> :

10. Documents To Be Submitted With This Claim Form/ *Dokumen-Dokumen Yang Diperlukan Untuk Penyerahan Borang Tuntutan*

Note

- i. Photocopy of documents **MUST** be duly certified by authorised parties, i.e. Claims Officer or Customer Service Officer or Public Notary or Advocate & Solicitor or Justice of Peace or Ketua Balai Polis or District Officer or Medical Officer or Sales Manager and above. In addition, for claims incurred outside Malaysia the confirmation of claim event and all other related documents issued by the Foreign Authority must be certified by Malaysian Embassy or Public Notary at the incident country. If you have returned to Malaysia, the documents can be certified by relevant country's Embassy in Malaysia. / *Dokumen Salinan perlu diakui sah oleh pihak yang diberi kuasa, iaitu, Pegawai Tuntutan atau Pegawai Khidmat Pelanggan di cawangan atau Ibu Pejabat atau Notari Awam atau Peguambela dan Peguamcara atau Jaksa Pendamai atau Ketua Balai Polis atau Pegawai Daerah atau Pegawai Perubatan atau Sales Manager dan ke atas. Bagi tuntutan yang berlaku di luar Malaysia, pengesahan peristiwa tuntutan dan segala dokumen berkaitan yang dikeluarkan oleh Pihak Berkuasa Di Luar Negara perlu diakui sah oleh Kedutaan Besar Malaysia atau Notari Awam di negara kejadian tersebut. Jika anda telah pulang ke Malaysia, dokumen-dokumen tersebut perlu diakui sah oleh Kedutaan Negara berkenaan di Malaysia.*
- ii. This list is not exhaustive. The Company may request further document(s) for the purpose of this claim. / *Senarai ini tidak muktamad. Pihak Syarikat berkemungkinan meminta dokumen lain bagi tujuan tuntutan ini.*



Please tick (√) the documents submitted. / Sila tandakan (√) dokumen yang disertakan.

*CTC = Certified true copy/ Salinan diakui sah

Accident Claim/Accidental Dismemberment Claim / Tuntutan Kemalangan/Kecederaan Anggota Badan

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Claim Form / Borang Tuntutan | <input type="checkbox"/> |
| 2. Accident Claim - Attending Physician's Statement
Tuntutan Kemalangan-Kenyataan Doktor yang merawat | <input type="checkbox"/> |
| 3. Original or CTC of Medical Certificate(s) / Sijil Cuti Sakit asal atau salinan diakui sah | <input type="checkbox"/> |
| 4. CTC of Police Report / Salinan diakui sah Laporan Polis | <input type="checkbox"/> |
| 5. Original Receipt(s) / Resit asal | <input type="checkbox"/> |
| 6. Original Itemised Bill(s)/Tax Invoice(s) / Bill/ Invois Cukai asal | <input type="checkbox"/> |

Note : For Fracture, slipped disc, head/joint injury and severance of any body part, please attach
Bagi kecederaan patah, slip disc, kecederaan kepala/sendi dan amputasi mana-mana bahagian badan, sila lampirkan

- | | |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. CTC of X-ray Report(s) / Salinan diakui sah Laporan X-ray | <input type="checkbox"/> |
| 2. CTC of CT scan Report(s) / Salinan diakui sah Laporan CT Scan | <input type="checkbox"/> |
| 3. CTC of MRI Report(s) / Salinan diakui sah Laporan MRI | <input type="checkbox"/> |

Critical Illness Claim/Waiver on Critical Illness Claim / Tuntutan Penyakit Kritikal/"Waiver on Critical Illness"

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Claim Form / Borang Tuntutan | <input type="checkbox"/> |
| 2. Confidential Medical Certificate / "Confidential Medical Certificate" | <input type="checkbox"/> |
| 3. CTC of all relevant investigation test report(s) and medical report(s)
Salinan diakui sah semua laporan ujian siasatan dan laporan perubatan berkenaan | <input type="checkbox"/> |

Infectious Disease Claim / Tuntutan Penyakit Berjangkit

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Claim Form / Borang Tuntutan | <input type="checkbox"/> |
| 2. Infectious Disease Claim - Attending Physician's Statement
Tuntutan Penyakit Berjangkit - Kenyataan Doktor yang merawat | <input type="checkbox"/> |
| 3. CTC of all relevant investigation test report(s) and medical report(s)
Salinan diakui sah semua laporan ujian siasatan dan laporan perubatan berkenaan | <input type="checkbox"/> |



Hospitalisation and Surgical Claim / Tuntutan Hospital dan Pembedahan

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Claim Form / Borang Tuntutan | <input type="checkbox"/> |
| 2. Attending Physician's Statement (except Pre & Post, Outpatient Cancer & Kidney Treatment Claim)
<i>Kenyataan Doktor yang merawat (kecuali "Pre & Post, Outpatient Cancer & Kidney Treatment Claim")</i> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Original itemized Bill and Receipt / Bil Terperinci dan Resit Asal | <input type="checkbox"/> |
| 4. Laboratory Test Result, X-ray, MRI/CT Scan, Ultrasound, HPE/Biopsy Report (if any)
<i>Laporan Ujian Makmal, Sinar-X, MRI/CT, Ultrasound, HPE/Biopsi (jika ada)</i> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Copy of discharge note/hospital bill showing admission and discharge date and Diagnosis Result for Hospital Benefit Claim (If Attending Physician's Statement is not completed).
<i>Salinan nota keluar hospital/bil hospital menunjukkan tarikh masuk dan keluar hospital berserta diagnosis untuk tuntutan Hospital Benefit (jika Kenyataan Doktor yang merawat tidak dilengkapkan)</i> | <input type="checkbox"/> |
| 6. For Overseas Treatment, to include: Copy of Passport Indicating Biodata, Dates of Departure from Malaysia and Arrival Overseas or copy of Flight Ticket/Boarding Pass, Original Detailed Admission Bill showing breakdown of each charges and translation of foreign language.
<i>Untuk rawatan di luar negara, disertakan: Salinan Pasport yang menunjukkan biodata, tarikh keberangkatan dari Malaysia dan ketibaan di luar negara atau salinan tiket penerbangan/Boarding Pas, Butiran Bil asal yang menyenaraikan kos setiap caj dan terjemahan bahasa asing.</i> | <input type="checkbox"/> |

Total and Permanent Disability Claim/Waiver on Total and Permanent Disability Claim / Tuntutan Hilang Upaya Kekal dan Menyeluruh/"Waiver on Total and Permanent Disability"

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Claim Form / Borang Tuntutan | <input type="checkbox"/> |
| 2. Total and Permanent Disability Claim - Confidential Medical Certificate
<i>Tuntutan Hilang Upaya Total dan Kekal - "Confidential Medical Certificate"</i> | <input type="checkbox"/> |
| 3. CTC of Employment Termination Letter / Salinan diakui sah Surat Penamatan Pekerjaan | <input type="checkbox"/> |
| 4. CTC of PERKESO offer Letter and PERKESO 'Keputusan Jemaah Doktor'
<i>Salinan diakui sah Surat Tawaran PERKESO dan Keputusan Jemaah Doktor PERKESO</i> | <input type="checkbox"/> |
| 5. CTC of Medical Report for application of PERKESO Keilatan
<i>Salinan diakui sah Laporan Perubatan untuk permohonan PERKESO Keilatan</i> | <input type="checkbox"/> |
| 6. CTC of Medically Boarded Out Letter from Employer with Medical Report
<i>Salinan diakui sah Surat Penamatan Khidmat Bekerja dari Majikan serta Laporan Perubatan</i> | <input type="checkbox"/> |
| 7. CTC of all relevant investigation Test Reports
<i>Salinan diakui sah semua Laporan Ujian Siasatan berkenaan</i> | <input type="checkbox"/> |
| 8. CTC of Police Report(s) if disability due to an accident, if applicable
<i>Salinan diakui sah Laporan Polis jika hilang upaya disebabkan oleh kemalangan, jika berkenaan</i> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Copy of Newspaper Cutting(s) if disability due to an accident, if applicable
<i>Salinan Keratan Akhbar jika hilang upaya disebabkan oleh kemalangan, jika berkenaan</i> | <input type="checkbox"/> |



Waiver of Proper's Death Claim / Tuntutan "Waiver on Proposer's Death"

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Claim Form / <i>Borang Tuntutan</i> | <input type="checkbox"/> |
| 2. CTC of Death Certificate/ <i>Salinan diakui sah Sijil Kematian</i> | <input type="checkbox"/> |
| 3. CTC of Deceased's NRIC/ <i>Salinan diakui sah Kad Pengenalan Si Mati</i> | <input type="checkbox"/> |
| 4. CTC of Claimant's NRIC / <i>Salinan diakui sah Kad Pengenalan Pihak yang Menuntut</i> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Proof of Claimant's relationship to Deceased/ <i>Bukti hubungan penuntut dengan Si Mati</i> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Death Claim Doctor's Statement/ <i>"Death Claim Doctor's Statement"</i> | <input type="checkbox"/> |
| 7. CTC of Detailed Post Mortem Report/ <i>Salinan diakui sah Laporan Bedah Siasat Terperinci</i> | <input type="checkbox"/> |

Note : If the Deceased is non-Malaysian or if the death event occurred outside Malaysia, please attach/ *Sekiranya Si Mati bukan warganegara Malaysia atau kematian berlaku di Luar Malaysia, sila sertakan :-*

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. CTC of Deceased's Full Passport Book/ Citizenship Certificate
<i>Salinan diakui sah Buku Pasport Lengkap/ Sijil Kewarganegaraan</i> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Confirmation letter from National Registration Department (for death outside of Malaysia)
<i>Surat Pengesahan dari Jabatan Pendaftaran Negara (untuk kematian di luar Malaysia)</i> | <input type="checkbox"/> |
| 3. CTC Foreign Death Certificate / <i>Salinan diakui sah Sijil Kematian Asing</i> | <input type="checkbox"/> |

Note: Additional Requirements for Death Due to Accident Dokumen/ *Tambahan untuk Kematian Disebabkan oleh Kemalangan*

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. CTC of Police Report/ <i>Salinan diakui sah Laporan Polis</i> | <input type="checkbox"/> |
| 2. CTC of Toxicology report / <i>Salinan diakui sah Laporan Toksikologi</i> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Copy of Newspaper Cutting, if any/ <i>Salinan Keratan Akhbar, jika ada</i> | <input type="checkbox"/> |
| 4. CTC of Police Investigation Report, if any/ <i>Salinan diakui sah Laporan Siasatan Polis, jika ada</i> | <input type="checkbox"/> |