

MEDICAL AND ACCIDENT CLAIM
– Claimant's Statement
**TUNTUTAN PERUBATAN DAN KEMALANGAN
- KENYATAAN PENUNTUT**
1 PARTICULARS OF POLICY / BUTIR-BUTIR POLISI

Policy No. / No. Polisi:	Date Submitted: / / (DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT)
Policy No. / No. Polisi:	Agent/Bank's Representative Name / Nama Ejen/Wakil Bank:
Policy No. / No. Polisi:	Agency Office/Bank's Branch / Pejabat Agensi/Cawangan Bank:
Policy No. / No. Polisi:	Agent/ Bank's Representative Contact No. / Nombor telefon Ejen/ Wakil Bank:

2 TYPE OF CLAIM / JENIS TUNTUTAN

<input type="checkbox"/> Hospitalisation/Day Surgery Medical Expenses Rawatan Hospital/Pembedahan Harian Perbelanjaan Perubatan <input type="checkbox"/> Pre or Post Hospitalisation Treatment Rawatan Sebelum atau Selepas Hospitalisasi <input type="checkbox"/> Outpatient Emergency Accidental Injury Treatment Rawatan Kecemasan Pesakit Luar <input type="checkbox"/> Outpatient Kidney Dialysis/Outpatient Cancer Treatment Rawatan Dialisis Pesakit Luar/Rawatan Kanser Pesakit Luar <input type="checkbox"/> Outpatient Dengue Fever Treatment Rawatan Demam Denggi Pesakit Luar	<input type="checkbox"/> Home Nursing Care Manfaat Perjagaan oleh Jururawat di Rumah <input type="checkbox"/> Hospitalization Benefit/Allowance only Manfaat Hospitalisasi/Elaun <input type="checkbox"/> Accident Indemnity Pampasan Kemalangan <input type="checkbox"/> Others, please specify / Lain-lain, sila huraikan _____
Total Claim Amount (Medical Expenses Only): Jumlah Tuntutan (Perbelanjaan Perubatan sahaja) RM _____	

3 PARTICULARS OF INSURED PERSON / BUTIR-BUTIR ORANG YANG DIINSURANSKAN

Important Message : Ensure your email and mobile number are updated in order to receive claim notifications on a timely manner. Mesej Penting : Pastikan e-mel dan nombor telefon bimbit anda dikemas kini untuk menerima pemberitahuan tuntutan tepat pada masanya.	
Name / Nama	
New IC/Old IC/Passport No. / No. KP Baru/No. KP Lama/No. Pasport	
Mobile No. / No. Tel Bimbit	
Email Address / Alamat E-mel	
Current Correspondence Address / Alamat Surat-Menyurat Terkini	
Current Occupation / Pekerjaan Terkini	
Exact duties performed / Tugas yang tepat dilaksanakan	
Name of Current Employer / Nama Majikan/Syarikat Terkini	
Address of Employer / Alamat Majikan/Syarikat	



4 PARTICULARS OF POLICYOWNER (If other than Insured Person) BUTIR BUTIR PEMUNYA POLISI (jika tidak sama dengan Orang yang Diinsuranskan)

Name / Nama	
New IC/Old IC/Passport No./Co. Registration No. / No. KP Baru/No. KP Lama/No. Pasport/ No. Pendaftaran Syarikat	
Mobile No. / No. Tel Bimbit	
Email Address / Alamat E-mel	
Current Correspondence Address / Alamat Surat Menyurat Terkini	

IMPORTANT / PENTING:

PLEASE FILL IN THE INDIVIDUAL/ENTITY/CONTROLLING PERSON TAX RESIDENCY SELF CERTIFICATION STATUS FORM IF THERE IS ANY CHANGES IN NATIONALITY, CITIZENSHIP, RESIDENCY, OR COUNTRY OF ADDRESS/CONTACT NUMBER. / SILA ISIKAN BORANG PENGESAHAN DIRI PEMASTAUTIN CUKAI INDIVIDU/ENTITI/INDIVIDU YANG MENGAWAI JIKA ADA PERUBAHAN UNTUK KEWARGANEGARAAN, KERAKYATAN, KEDIAMAN, ATAU ALAMAT NEGARA/NOMBOR TELEFON.

5 PARTICULARS OF ILLNESS/ DISABILITY / BUTIR BUTIR PENYAKIT/ HILANG UPAYA

Nature of Illness/Disability / Jenis Penyakit/Hilang Upaya	
Date of Diagnosis / Tarikh Diagnosis / / (DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT)
Presenting Signs & Symptoms / Jenis Simptom & Tanda-Tanda	
Onset Date / Tarik Bermula / / (DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT)
If due to ACCIDENT, please provide the following details:	
Date of Accident / Tarikh Kemalangan / / (DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT)
Time / Masa (AM/PM) / (pagi/petang)
Place of Accident / Tempat Kemalangan	
How did the accident happen? / Bagaimana kemalangan tersebut berlaku?	
Nature and extent of injury(ies) sustained. / Jenis dan tahap kecederaan yang dialami.	
Date first absent from work due to accident / Tarikh mula-mula tidak hadir ke tempat kerja disebabkan oleh kemalangan / / (DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT)
Date returned to work / Tarikh kembali bekerja / / (DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT)

6 PARTICULARS OF DOCTORS CONSULTED

	First Consultation Date (dd/mm/yyyy) / Tarikh Rawatan Pertama (hh/bb/ttt)	Name and Address of Doctor(s) / Nama dan Alamat Doktor
First doctor consulted for this illness/disability / Doktor Pertama anda berjumpa untuk Penyakit/ Hilang Upaya ini		
All other doctors consulted for this illness/disability / Doktor lain yang anda jumpa untuk Penyakit/Hilang Upaya ini		
Regular doctors/ gynaecologist/ obstetrician / Doktor yang anda biasa jumpa untuk menerima rawatan		
All other doctors consulted in the past five (5) years / Semua doctor yang anda jumpa dalam jangka masa 5 tahun		

7 PARTICULARS OF OTHER COVERAGE/SCHEME/POLICY(IES) / BUTIR BUTIR PERLINDUNGAN/ SKIM/ POLISI INSURANS LAIN

Name of Company/Insurer/Scheme / Nama Syarikat/Insurans/Skim	Policy/Membership No / Nombor Polisi/Keahlian	Effective Date of Cover / Tarikh Permulaan	Sum Assured / Jumlah Diinsuranskan

8 PARTICULARS OF BANK ACCOUNT FOR CLAIM PAYMENT / BUTIR BUTIR AKAUN BANK UNTUK PEMBAYARAN TUNTUTAN

We will pay your approved claim directly to your bank account. Please fill out this section and ensure that the bank account details belong to the Policyowner or the Claimant (if other than the Policy Owner). In the event that you had provided us the bank details previously, you do not need to fill up the details below again and the payment will be credited into the same bank account. However, if you wish to credit the payment into another new bank account, please fill up the details as per below.

Kami akan membuat pembayaran secara terus kepada akaun bank anda. Sila lengkapkan bahagian ini dan pastikan kesemua maklumat adalah berkaitan akaun bank dimiliki oleh pemegang polisi atau Penuntut (jika tidak sama dengan Pemunya Polisi). Jika anda sudah bagi butir-butir bank akaun sebelum ini, anda tidak perlu mengisi butir-butir bawah lagi dan pembayaran akan buat kepada bank akaun yang sama. Namun begitu, jika anda ingin pembayaran itu buat kepada bank akaun yang lain, sila isi butir butir bawah

Account Holder Name / Nama Pemegang Akaun	
New IC/Old IC/Passport No/ Co. Registration No. (as per bank's records) / No. KP Baru/No KP Lama/No. Pasport (mengikut rekod bank)	
Bank Account No. / No. Akaun Bank	
Name of Bank / Nama Bank	
Account Type / Jenis Akaun	<input type="checkbox"/> Conventional / Konvensional <input type="checkbox"/> Islamic / Islamic

- 1) I/ We hereby declare that I/ the Insured am/ is not a U.S. citizen or U.S. resident or U.S. permanent alien (Green card holder) or have tax declaration obligation in USA or at least have one of the following indicia: (i) U.S. passport or U.S. resident documents (ii) U.S. tax identification number, or (iii) U.S. birth place, U.S. telephone, U.S. address at the time of application of claim.
 - 2) I/We hereby authorise and give consent to Manulife Insurance Berhad ("Manulife") to amend the personal information details disclosed in Part 3 and 4 of this form.
 - 3) I/We hereby agree and consent that the Company may collect, use, disclose and process my/our personal information set out in this form and/or otherwise provided by me/us or possessed by the Company for the purposes in relation to the insurance claim made hereto. I/We acknowledge that my/our personal data may/will be disclosed by the Company to any third party for purposes in relation to the insurance claim and that I/We have a right to get access to and request for correction of any personal information held by the Company.
 - 4) I/We hereby authorise any doctor, physician, hospital, clinic, laboratory, employers, insurance company or other organisation, institutions or persons, that have any records or knowledge of the health or medical history of the Insured to disclose to Manulife, or its representatives any and all such information.
 - 5) This declaration and authorisation shall irrevocably bind my successors and assignees and shall remain valid notwithstanding my death or incapacity and a copy of this form shall be effective and valid as the original.
-
- 1) Saya/Kami dengan ini mengaku bahawa saya/ Insured bukan warganegara, pemastautin atau penduduk tetap yang merupakan warga asing Amerika Syarikat (kad hijau AS), atau mempunyai kewajipan pengisytiharan cukai di Amerika Syarikat atau sekurang-kurangnya memiliki salah satu daripada senarai berikut: (i) Pasport atau pemastautin dokumen dari Amerika Syarikat (ii) Nombor Pengenal Pembayar Cukai dari Amerika Syarikat, atau (iii) Tempat Lahir, Telefon, Alamat dari Amerika Syarikat semasa tuntutan aplikasi.
 - 2) Saya/Kami memberi kebenaran dan keizinan kepada Manulife Insurance Berhad ("Manulife") untuk membuat pindaan maklumat terhadap butiran kenalan saya seperti yang dinyatakan dalam Bahagian 3 and 4 borang tuntutan ini.
 - 3) Saya/Kami, dengan ini bersetuju dan memberi kebenaran kepada Syarikat untuk mengumpul, mengguna, mendedah and memproses maklumat peribadi saya/kami yang terkandung dalam boring ini dan/atau dinyatakan oleh saya/kami atau dimiliki oleh Syarikat untuk tujuan berkenaan dengan tuntutan insurans di sini. Saya/Kami mengaku bahawa maklumat peribadi saya/kami mungkin/akan diberi oleh Syarikat kepada mana-mana pihak ketiga untuk tujuan berkenaan dengan tuntutan insurans ini dan bahawasanya saya/kami ada hak untuk mendapat akses dan memohon untuk pembetulan sebarang maklumat peribadi yang dipegang oleh Syarikat.
 - 4) Saya/Kami, dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana doktor, pakar perubatan, hospital, klinik, makmal, majikan, syarikat insurans atau lain-lain organisasi, institusi atau orang perseorangan yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang kesihatan insured, untuk menyediakan maklumat tersebut kepada Syarikat atau wakilnya.
 - 5) Kebenaran ini akan terikat kepada pengganti hak milik dan penerima serah hak tanpa boleh ditarik balik serta kekal sah walaupun selepas saya meninggal dunia atau hilang upaya serta salinan borang ini adalah berkuat kuasa dan sah seperti asal.

Signature of Witness / Tandatangan Saksi

Name / Nama : _____

NRIC / No. KP: _____

Date / Tarikh : _____

Mobile No. / No. Tel Bimbit : _____

Signature of Insured Person/Policyowner/Claimant /
Tandatangan Orang yang Diinsuranskan/Pemunya Polisi/Penuntut

Name / Nama : _____

NRIC / No. KP: _____

Date / Tarikh : _____

Relationship with Insured Person /
Hubungan dengan Orang yang Diinsuranskan :

Mobile No. / No. Tel Bimbit : _____