

TAKAFUL HOSPITAL & SURGICAL CLAIM FORM BORANG TUNTUTAN HOSPITAL DAN PEMBEDAHAN TAKAFUL

The issuance and acceptance of this Claim Form is not an admission of Liability by the Company and if false statement or declaration be made in support of this claim, this claim shall be null & void.

Pengeluaran dan penerimaan Borang Tuntutan ini bukan pengakuan bertanggungjawab oleh pihak Syarikat dan sekiranya kenyataan dan pengisytiharaan palsu dibuat untuk menyokong tuntutan ini, maka tuntutan ini adalah batal dan tidak sah.

SECTION A : PARTICULARS OF PARTICIPANT / SEKSYEN A : BUTIR-BUTIR PESERTA

Certificate No. / No. Sijil:

Claim No. / No. Tuntutan:

Participant's Name / Nama Peserta: (If Group Insurance, Name of Company / Jika Berkumpulan, Nama Syarikat)

Name of Claimant / Nama Penuntut:

Employment Date / Tarikh Mula Bekerja:

 - -

NRIC No. / No. Kad Pengenalan:

New / Baru

 - -

Business Registration No. / No. Pendaftaran Syarikat:

Old / Lama

Business/Occupation / Perniagaan/Pekerjaan:

Address (House/Office) / Alamat (Rumah/Pejabat):

Postcode / Poskod

Telephone No. / No. Telefon:

House / Rumah

 -

Commencement Date / Tarikh Mula:

 - -

Office / Pejabat

 -

Expiry Date / Tarikh Tamat:

 - -

Handphone / Telefon Bimbit

 -

SECTION B : OTHER INFORMATION / SEKSYEN B : MAKLUMAT LAIN

Workmen's Compensation? / Pampasan Pekerja?

Yes / Ya

No / Tidak

Social Security Benefits? / Faedah-faedah Sekuriti Sosial?

Yes / Ya

No / Tidak

Any other Insurance/Takaful Policies / Lain-lain Polisi Insurans/Takaful

Yes / Ya

No / Tidak

If yes, please state name of Insurance/Takaful Company / Jika ya, sila nyatakan nama Syarikat Insurans/Takaful tersebut

Certificate No. / No. Sijil:

Period of Coverage / Tempoh Perlindungan:

DECLARATION / PERAKUAN

I/We, the undersigned, declared that the particulars stated on this are true in every aspect. I/We have supplied full information on all particulars relevant to this claim and the amount claimed herein is lawfully due to Me/Us under the terms, conditions and exceptions of the above numbered certificate and I/We hereby authorize any hospital, clinic or physician to release any information required in the course of My/Our examination on treatment.

Saya/Kami yang menandatangani di bawah, mengaku bahawa butiran yang dinyatakan diatas adalah benar dari segi semua aspek. Saya/Kami telah memberikan maklumat sepenuhnya terhadap semua butiran yang relevan ke atas tuntutan ini dan jumlah yang dituntut disini adalah sah disisi undang-undang yang sewajarnya ke atas Saya/Kami dibawah terma, syarat dan pengecualian polisi yang bernombor seperti diatas dan Saya/Kami dengan ini membenarkan mana-mana hospital, klinik atau pakar perubatan menyalurkan maklumat yang diperlukan tentang perubatan dan pemeriksaan ke atas diri Saya/Kami.

Signature of Participant/Claimant / Tandatangan Peserta/Penuntut
 (Parent of a Minor / Iubapa Kanak-kanak)

Signature of Employer / Tandatangan Majikan
 Company Chop / Cop Syarikat

Name of Hospital and Address / Nama Hospital dan Alamat:

Name of Patient / Nama Pesakit:

NRIC No. / No. KP:

Name of Referring Doctor and Address / Nama dan Alamat Doktor Rujukan:

Admitting Doctor / Doktor Kemasukan:

Attending Doctors / Doktor-doktor rawatan:

Specialty / Keistimewaan:

1a. Diagnosis/CD Coding / Diagnosis/CD Coding

1b. Cause and Pathology (if applicable) of the above diagnosis / Sebab dan Patologi (jika bersesuaian) untuk diagnosis di atas

2a. When did patient first consult you for this condition?

Tarikh mula mendapat rundingan dengan Pegawai Perubatan untuk keadaan ini?

DD - MM - YYYY

2b. Was the patient previously treated for this condition?

Yes / Ya No / Tidak

Pernakah pesakit mendapatkan rawatan bagi keadaan ini?

DD - MM - YYYY

Please give details and when / Sila nyatakan butiran dan bila

2c. How long in your professional opinion has the condition existed?

Sepanjang pengetahuan dan kepercayaan anda berapa lamakah keadaan ini wujud?

DD - MM - YYYY

3. Any possibility of relapse?

Adakah sebarang kemungkinan ia akan berulang?

DD - MM - YYYY

4a. Please state Nature of Treatment and Investigation / Sila nyatakan Jenis Rawatan dan Siasatan:

OPERATION / PEMBEDAHAN

BLOOD TESTS / UJIAN DARAH

OTHERS, please give details / LAIN-LAIN, sila nyatakan butiran

MEDICATIONS / UBATAN

X-RAY / X-RAY

DIETARY COUNSELING / KAUNSELING PEMAKANAN

PHYSIOTHERAPY / FISIOTERAPI

4b. If more than one procedures involved, please state Type of Procedures performed / Jika lebih daripada satu prosedur, sila nyatakan Jenis Prosedur yang dijalankan:

TYPE / JENIS

DATE / TARIKH

NAME OF DOCTOR / NAMA DOKTOR

I. _____

DD - MM - YYYY

II. _____

DD - MM - YYYY

III. _____

DD - MM - YYYY

4c. Other present medical conditions? / Keadaan perubatan lain yang terkini?

since DD - MM - YYYY

since DD - MM - YYYY

since DD - MM - YYYY

5. Was the condition / Adakah keadaan itu

Congenital / Kongenital

Nervous / Khuatiran

Mental / Mental

6. Was the patient pregnant at the time of hospitalisation? (for females only)

Adakah pesakit hamil ketika dimasukkan ke hospital? (untuk perempuan sahaja)

Yes / Ya No / Tidak

months / bulan

7. If the hospitalisation was due to accident, please indicate date/time of accident / Jika kemasukkan ke hospital adalah akibat kemalangan, sila nyatakan tarikh/masa kemalangan

date / tarikh DD - MM - YYYY

time / masa _____

8. Discharge/Follow Up Instructions / Keluaran/Arahan Tindakan Susulan

Date / Tarikh

DD - MM - YYYY

Signature and Name of Attending Doctor / Tandatangan dan Nama Doktor Rawatan

Hospital Stamp / Cop Hospital

BASIC DOCUMENTS REQUIRED FOR CLAIMS / DOKUMEN-DOKUMEN YANG DIPERLUKAN UNTUK TUNTUTAN

Non Fatal / Kemalangan Bukan Maut

- Completed Claim Form / Borang Tuntutan Yang Lengkap
- Letter of Appointment / Surat Perlantikan
- Identity Card / Kad Pengenalan
- Passport (for foreign workers) / Pasport (untuk pekerja asing)
- Original Medical Bills/Receipt / Bil-bill/Resit Perubatan Asal
- Original Medical Leave / Sijil Cuti Sakit Asal
- Original Medical Report / Laporan Perubatan Asal

Fatal / Kemalangan Maut

- Completed Claim Form / Borang Tuntutan Yang Lengkap
- Police Report / Laporan Polis
- Letter of Appointment / Surat Perlantikan
- Identity Card / Kad Pengenalan
- Passport (for foreign worker) / Pasport (untuk pekerja asing)
- Post Mortem Report / Laporan Bedah Siasat
- Death Certificate and Burial Certificate / Sijil Kematian dan Sijil Pengkebumian