

No. Tuntutan / Claim No.: _____

**BORANG TUNTUTAN KEMASUKAN HOSPITAL
 HOSPITALISATION CLAIM FORM**

Borang ini harus dilengkapkan oleh Peserta / Pihak Yang Menuntut. Sila mematuhi segala keperluan serta menurut prosedur-prosedur seperti yang dinyatakan di halaman belakang borang ini.
This form is to be completed by Participant / Claimant. Please comply to the requirements and follow the procedures as stated in the last page of this form.

Tuntutan ini adalah:

This claim is for:

i) Faedah Kemasukan Hospital Takaful – Hospital Income Benefit Takaful (HIB)

1. a) No. Sijil Takaful <i>Takaful Certificate No.</i>	a)
b) Nama Peserta. <i>Name of Participant.</i>	b)
c) No. K/P. <i>I/C No.</i>	c) Lama: Baru: <i>Old: New:</i>
d) No. Sijil Beranak bagi orang di bawah umur. <i>Birth Certificate No. for minor.</i>	d)
e) Tarikh Lahir. <i>Date of Birth.</i>	e)
f) Alamat. <i>Address.</i>	f)
g) Sila pastikan jika terdapat sebarang perubahan alamat supaya kami boleh mengemaskini matlumat anda. <i>Please confirm if there is a change of address for us to update your records.</i>	g) Ya Tidak <i>Yes No</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
h) No. Telefon. <i>Telephone No.</i>	h) Rumah : Pejabat: <i>House: Office:</i>
i) No. Telefon Bimbit. <i>Handphone No.</i>	i)
j) Alamat E-mel. <i>E-mail Address.</i>	j)
k) Bank Berkeajaan. <i>Particular Bank.</i>	k)

Hong Leong MSIG Takaful Berhad (738090-M)

Level 5, Tower B, PJ City Development, No. 15A, Jalan 219, Seksyen 51A, 46100 Petaling Jaya, Selangor.

Tel +603 7650 1800 Fax +603 7620 6730

www.hlmtakaful.com.my

<p>l) No. Akaun Simpanan Persendirian. / No. Akaun Bank Korporat. <i>Individual Saving Account No. / Corporate's Bank Account No.</i></p> <p>(Sila menampilkan satu salinan buku simpanan yang disahkan benar / surat pengesahan daripada Korporat atas No. Akaun sebagai penyemakan.) <i>(Please enclose a certified true copy of the saving book / Corporate's confirmation letter on the Corporate's Bank Account No.)</i></p> <p>m) Sila tandakan (satu pilihan sahaja) bagaimana cek tuntutan diserahkan kepada anda: <i>Please tick (one option only) your preference on how the claim cheque should be channelled to you:</i></p> <p>n) Pekerjaan sekarang (jika lebih daripada satu, sila nyatakan semua). <i>Present occupation (if more than one, please state all).</i></p> <p>o) Nama Majikan. <i>Name of Employer.</i></p> <p>p) Alamat Majikan. <i>Address of Employer.</i></p> <p>q) Tarikh mula pekerjaan. <i>Date employed.</i></p> <p>r) Nama Pihak Menuntut <i>Name of Claimant.</i></p> <p>s) Hubungan dengan Peserta. <i>Relationship to Participant.</i></p>	<p>l)</p> <p>m) <input type="checkbox"/> Mengutip di cawangan Pengendali Takaful <i>To be collected at Takaful Operators branch</i></p> <p><input type="checkbox"/> Dihantar oleh Ajen. <i>To be delivered by your Agent.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Menghantar terus ke alamat yang dinyatakan di 1(f). <i>To be sent directly to the address mentioned in 1(f).</i></p> <p>n)</p> <p>o)</p> <p>p)</p> <p>q)</p> <p>r)</p> <p>s)</p>
--	--

<p>2. Liputan Lain. <i>Other Coverage.</i></p> <p>a) Adakah anda berhak mendapat pampasan daripada Pengendali Takaful / Bukan Takaful lain / Socso atau apa-apa faedah perubatan yang lain? Jika ya, sila lengkapkan: <i>Are you entitled to compensation from any other Takaful Operator / Non-Takaful Operator / Socso / other medical benefit? If yes, please complete:</i></p> <p>b) Nama Pengendali Takaful atau Bukan Takaful tersebut. <i>The name of Takaful / Non-Takaful Operator</i></p> <p>c) No. Sijil. / Sijil-Sijil Takaful atau Bukan Takaful tersebut. <i>Takaful / Non-Takaful Certificate(s) No.(s).</i></p> <p>d) Pelan dan jumlah dilindungi <i>Plan and sum covered.</i></p> <p>e) Tarikh Sijil / Sijil-Sijil Takaful atau Bukan Takaful berefek. <i>The effective date of the Takaful / Non-Takaful Certificate(s).</i></p> <p>f) Tarikh tamat Sijil / Sijil Takaful atau Bukan Takaful. <i>The expiry dates of the Takaful / Non-Takaful Certificate(s).</i></p>	<p>a) Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Yes No</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>d)</p> <p>e)</p> <p>f)</p>
<p>3. Sila Lengkapkan Jika Kemasukan Hospital Disebabkan Oleh Kemalangan. <i>Please Complete If Hospitalisation Was Due To Accident.</i></p> <p>a) Tarikh kemalangan. <i>Date of accident.</i></p> <p>b) Masa. <i>Time.</i></p> <p>c) Butir-butir mengenai keseluruhan kemalangan. <i>Full circumstances of the accident.</i></p> <p>d) Terangkan jenis kecederaan yang dialami. <i>Describe the type of injuries sustained.</i></p>	<p>a)</p> <p>b) Pagi AM Petang PM</p> <p>c)</p> <p>d)</p>

<p>4. Sila Lengkapkan Jika Kemasukan Hospital Disebabkan Oleh Penyakit: <i>Please Complete If Hospitalisation Was Due To Illness:</i></p> <p>a) Nama Penyakit. <i>Name of Illness.</i></p> <p>b) Terangkan simptom-simptom penyakit. <i>Describe the symptoms.</i></p> <p>c) Tarikh simptom-simptom bermula. <i>Date symptoms first began.</i></p> <p>d) Jangkamasa simptom-simptom penyakit sebelum kemasukan hospital. <i>Duration of symptoms prior hospitalization.</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>d)</p>
<p>5. Butir-butir Doktor-doktor. <i>Details Of Doctors.</i></p> <p>a) Doktor pertama yang telah dijumpa untuk penyakit / kecederaan. <i>Doctor first consulted for this illness / injury.</i></p> <p>b) Doktor yang merujuk Peserta ke hospital. <i>Doctor who referred Participant to hospital.</i></p> <p>c) Semua doktor lain yang telah dijumpa semasa penyakit / kecederaan. <i>All other doctors consulted during the illness / injury.</i></p> <p>d) Kesemua doktor yang telah dijumpa sebelumnya jika keadaan sedemikian pernah dirawat. <i>All doctors consulted previously if this condition had been treated previously.</i></p>	<p>Tarikh-tarikh perjumpaan / <i>Dates of consultations</i></p> <p>Nama dan alamat doktor-doktor / <i>Name and address of doctor(s)</i></p> <p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>d)</p>
<p>6. Butir-butir Kemasukan Hospital. <i>Details Of Hospitalisation.</i></p> <p>a) Tarikh masuk hospital. <i>Date of admission.</i></p> <p>b) Tarikh pelepasan hospital. <i>Date of discharge.</i></p> <p>c) Nama hospital yang telah dimasukkan. <i>Name of hospital admitted.</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p>

<p>7. Lain-lain. <i>Others.</i></p> <p>a) Nama dan alamat untuk <i>Name and address of</i></p> <p>i) Doktor tetap Peserta. <i>Participant's Regular doctor.</i></p> <p>ii) Kesemua doktor yang pernah dijumpai oleh Peserta bagi tiga (3) tahun yang lepas. <i>All doctors consulted by Participant in the past three (3) years.</i></p>	<p>a)</p> <p>i)</p> <p>ii)</p>
<p>8. Sila Lengkapkan Jika Peserta Adalah Seorang Wanita. <i>Please Complete If Participant Is Female.</i></p> <p>a) Adakah Peserta hamil semasa dimasukkan ke hospital: <i>Was the Participant pregnant at the time of hospitalization:</i></p> <p>b) Jika ya, berapa bulan? <i>If so, how many months?</i></p>	<p>a) Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Yes No</p> <p>b)</p>

Sila ambil perhatian bahawa Pengendali Takaful mungkin memerlukan penjelasan atau jawapan selanjutnya sebelum tuntutan dapat dipertimbangkan.

Please note that the Takaful Operator may require clarification or further answers before the claim may be considered.

**AKUAN
DECLARATION**

SAYA DENGAN INI MENGAKUI bahawa saya telah mengalami kecederaan yang telah diterangkan seperti di atas dan menjamin kebenaran butir-butir di atas dari segala aspek, dan bersetuju bahawa jika saya telah membuat, atau akan buat, sebarang pernyataan yang palsu atau tidak benar, menahan atau menyembunyi, saya akan kehilangan hak untuk mendapatkan pampasan.

I HEREBY DECLARE that I have received / suffered the injuries / illness (es) described above, and warrant the truth of the foregoing particulars in every respect, and agree that if I have made, or I shall make, any false or untrue statement, suppression or concealment, my right to compensation shall be absolutely forfeited.

Tandatangan Saksi
Signature of Witness

Nama / Name : _____
No. K/P / I/C No.: _____

Tandatangan *Peserta / Pihak Menuntut
Signature of * Participant / Claimant

Nama / Name : _____
No. K/P / I/C No. : _____
Tarikh / Date : _____

**PEMBERIAN KUASA
AUTHORIZATION**

Saya / I, _____ No. K/P / I/C No. (Baru / New) _____
(Lama / Old) _____ Dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana majikan, doktor-doktor, hospital-hospital, klinik-klinik, Pengendali-Pengendali Takaful, pejabat-pejabat kerajaan atau sebarang pertubuhan atau perseorangan yang mempunyai apa-apa rekod, pengetahuan atau maklumat, samada perubatan atau sebaliknya, tentang / hereby authorize any employers, doctors, hospitals, clinics, Takaful Operators, government offices or any organizations or persons who have any records, knowledge or information, whether medical or otherwise, of *(saya sendiri / anak saya / myself / my child) _____ No. Sijil Beranak / Birth Certificate No. _____ atau No. K/P / I/C No. (Baru / New) _____ (Lama / Old) _____ untuk mendedahkan, melepaskan atau memindahkan kepada Hong Leong MSIG Takaful Berhad mengenai rekod-rekod, pengetahuan atau maklumat sedemikian untuk mempertimbangkan tuntutan. Salinan fotostat pemberian kuasa ini akan menjadi sah seperti yang asal / to disclose, release or transfer to Hong Leong MSIG Takaful Berhad such records, knowledge or information for claim considerations. A photostat of this authorization shall be as valid as the original.

* Sila potong perkara yang tidak berkenaan / * Please delete the inappropriate item.

Bertarikh pada / Dated this _____ haribulan / day of _____

Tandatangan Saksi
Signature of Witness

Nama / Name : _____
No. K/P / I/C No.: _____

Tandatangan * Peserta / Pihak Menuntut / Iubapa kepada
Peserta yang di bawah umur 16
Signature of * Participant / Claimant / Parent of Participant
below age 16

Nama / Name : _____
No. K/P / I/C No. : _____
Tarikh / Date : _____

**KEPERLUAN DAN PROSEDUR TUNTUTAN KEMASUKAN HOSPITAL
HOSPITALISATION CLAIM REQUIREMENTS AND PROCEDURES**

A. Keperluan-keperluan / Requirements:

1. Borang Tuntutan Kemasukan Hospital.
Hospitalisation Claim Form.

Harus dilengkapi oleh Peserta / Pihak Menuntut.
To be completed by Participant / Claimant.

2. Laporan Doktor Yang Merawat Mengenai Kemasukan Hospital.
Medical Attendant's Report For Hospitalisation .

Harus dilengkapi oleh Pakar Perubatan berdaftar di atas perbelanjaan Peserta / Pihak Menuntut.
To be completed by the registered Medical Practitioner at the own expense of Participant / Claimant.

3. Salinan Fotostat Bil Hospital yang menunjukkan Tempoh Kemasukan Hospital
Photocopy of Hospital Bill Showing No. of Days Hospitalised

Keperluan pilihan untuk Faedah Kemasukkan Hospital Takaful / Hospital Income Benefit Takaful. Tanpa ini, pembayaran bagi tempoh Faedah Kemasukkan Hospital (apabila tuntutan diluluskan) akan dikira berdasarkan: Tarikh Pelepasan Hospital tolak Tarikh Kemasukkan.
Optional requirement for Hospitalisation Benefit Takaful / Hospital Income Benefit Takaful. Without this, the no. of days payable for hospitalization Benefit (upon approval of the claim) will be calculated based on : Date of discharge minus date of admission.

4. Kad Pengenalan / Kad Pesakit / Sijil Kelahiran
Identity Card / Patient Card / Birth Certificate

Salinan fotostat kad pengenalan, kad pesakit atau sijil kelahiran Peserta jika Peserta di bawah umur enam belas (16) tahun adalah diperlukan untuk membolehkan Pengendali Takaful mengambil laporan perubatan daripada hospital-hospital / klinik-klinik.
Photocopy of Participant's identity card, patient card or birth certificate if Participant below age sixteen (16) is required to enable the Takaful Operator to collect medical report from hospital(s) / clinic(s).

B. Prosedur Tuntutan / Claim Procedures:

Borang telah dilengkapi mesti dikembalikan bersama-sama dengan keperluan-keperluan seperti di atas dalam jangkamasa sembilan puluh (90) hari daripada tarikh perlepasan dari hospital kepada Agen Perkhidmatan / Pejabat Cawangan / Bahagian Tuntutan HLMT.
The complete claim form must be returned together with the requirements as stated above within ninety (90) days from date of discharged from the hospital to Servicing Agent / Branch Office / Claims Dept of HLMT.

"Sekiranya terdapat apa-apa percanggahan atau ketidakselarisan di antara sebarang kandungan dokumen ini dengan kandungan suatu versi dokumen ini yang dikeluarkan atau dicetak dalam Bahasa Inggeris, kandungan dokumen yang telah dikeluarkan atau dicetak dalam Bahasa Inggeris akan diberi keutamaan."
"If there is any conflict or inconsistency between any of the contents of this document and the contents of a version of this same document issued or printed in any other language, the contents of this document issued and printed in the English Language shall prevail."

Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja / For Office Use Only

Diperiksa oleh _____ Tarikh: _____ Cawangan: _____
Checked and Verified By: (Nama Staf / Name of Staff) Date: _____ Branch: _____