

**NOTIS TUNTUTAN KEMALANGAN DIRI  
PERSONAL ACCIDENT NOTICE OF CLAIMS**

PIHAK YANG MENUNTUT DIMINTA MENGAMBIL PERHATIAN:

*THE CLAIMANT IS REQUESTED TO NOTE:*

- a) Sila berikan jawapan tepat kepada setiap soalan. Tanda atau pangkah adalah tidak memadai.  
*Please give a definite answer to each question. Ticks or dashes are not sufficient.*
- b) Borang ini dikeluarkan tanpa pransangka, dan perlu dilengkapkan dan dikembalikan dalam tempoh empat belas hari (14) selepas kemalangan. Tiada tuntutan boleh diterima kecuali sijil perubatan di belakang muka surat ini dilengkapkan di atas perbelanjaan pihak yang menuntut.  
*This form is issued without prejudice, and must be completed and returned within fourteen (14) days after the occurrence of the accident. No claim can be admitted unless the medical certificate overleaf be furnished at the expense of the Claimant.*
- c) Adalah menjadi satu syarat 'certificate' ini bahawa ia akan terbatal jika sebarang kenyataan atau pengisytiharan palsu dibuat bagi menyokong sesuatu tuntutan, justeru itu, anda perlulah berhati-hati semasa mengisi borang ini.  
*As it is a condition of the certificate that it shall be void if any false statement or declaration be made in support of a claim, care should be exercised in filling up this form.*

1. Nama Peserta : .....  
*Participant's Name*

2. Jenis Produk : ..... No Sijil : .....  
*Product Type Certificate Number*

3. Alamat : .....  
*Address*

4. No. Tel : .....(R) : .....(P) : .....(Bimbit)  
*Tel No : (H) (O) (H/P)*

5. Pekerjaan : .....  
*Occupation*

6. Tarikh Kemalangan : ..... Masa : ..... Tempat : .....  
*Date of Accident Time Place*

7. Balai Polis di mana kemalangan dilaporkan : ..... No Aduan : .....  
*Police Station at which accident was reported Report No.*

8. Sila nyatakan keadaan kemalangan :  
*Please state briefly circumstances of accident*  
.....  
.....  
.....

9. Nyatakan dengan setepat yang mungkin kecederaan yang dialami :  
*State as precisely as you can the injuries sustained*  
.....  
.....

## PENGAKUAN DECLARATION

Saya dengan ini mengaku bahawa saya telah mengalami kecederaan yang dinyatakan di atas, dan menjamin kebenaran butir-butir yang diberi dalam setiap aspek, dan bersetuju bahawa jika saya telah membuat atau akan membuat sebarang kenyataan palsu atau tidak benar, memalsukan atau melindungi kebenaran, hak saya untuk mendapat ganti rugi akan terbatal sama sekali.  
*I hereby declare that I have sustained the injuries as above described, and warrant the truth of the foregoing particulars in every respect, and agree that if I have made, or if I shall make any false or untrue statement, suppression or concealment, my right to compensation shall be absolutely forfeited.*

## PEMBERIAN KUASA AUTHORISATION

Saya dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana hospital, doktor atau pihak lain yang telah menjalankan pemeriksaan ke atas saya atau keluarga saya untuk memberi keterangan kepada Hong Leong MSIG Takaful Berhad atau pihak yang mewakili mereka segala maklumat berkenaan dengan apa-apa penyakit atau kecederaan, sejarah kesihatan, khidmat nasihat arahan doktor atau rawatan dan salinan semua laporan perubatan. Saya juga bersetuju bahawa salinan perakuan ini adalah sah/sah sebagaimana dokumen asal.

*I hereby authorize any hospital, doctor or other person who has attended me or any of my family members to furnish Hong Leong MSIG Takaful Berhad or its representative's any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment and copies of all hospital or medical records. I agree that a photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.*

Tandatangan Pihak Yang Menuntut : .....  
*Signature of Claimant*

Nama Pihak Yang Menuntut : .....  
*Name of Claimant*

Ni. K/P Baru : .....  
*New NRIC No*

Tarikh : .....  
*Date*

Sekiranya berlaku kematian ke atas Peserta, Waris Kadim Simati perlu menyediakan Pernyataan yang mengandungi butiran-butiran lengkap berkenaan Simati dan kematiannya sebagai daripada bukti kematian Simati. Saya / Kami bersetuju bahawa Pernyataan tersebut adalah sebahagian daripada tuntutan yang diserahkan oleh saya / kami.

*If in the case of death of the Participant, the Next of Kin of the deceased should provide Statement giving further and more complete details of the deceased and his/her death as part of the proof of death of the deceased. I / We agree that such Statement shall form part of the claim being submitted by me / us.*

Bertarikh pada / *Dated this* \_\_\_\_\_ *haribulan / day of* \_\_\_\_\_

Ditandatangani oleh / *Signed by* : .....

Nama / *Name* : .....

No Kad Pengenalan / *NRIC No* : .....

Tarikh Pelantikan / *Designation Date* : .....

Untuk dan bagi pihak / *for and on behalf of* : .....

**Notis Penting / Important Notice**

Sila kembalikan borang ini yang telah dilengkapkan sepenuhnya bersama dokumen-dokumen berikut:  
*Please return this form fully completed together with the following documents:*

- 1) Salinan Laporan Polis / *Copy of Police Report*
- 2) Laporan Perubatan / *Medical Report*
- 3) Salinan Sijil Cuti Sakit / *Copy of Medical Leave Certificate*
- 4) Salinan surat lantikan jawatan daripada majikan, sekiranya berkenaan / *Copy of employment letter, if applicable*
- 5) Salinan asal bil-bil perubatan / *Original Medical bills*
- 6) Salinan slip gaji selama enam bulan, sekiranya berkenaan / *Copy of six month salary slip, if applicable*
- 7) Salinan Sijil Kematian, sekiranya berkenaan / *Copy of Death Certificate, if applicable*
- 8) Salinan Sijil Pengkebumian, sekiranya berkenaan / *Copy of Burial Permit, if applicable*
- 9) Salinan Bedah Siasat, sekiranya berkenaan / *Copy of Post Mortem, if applicable*
- 10) Gambaran Kecederaan Anggota, sekiranya berkenaan / *Photograph(s) on the extent of the injured parts, if applicable*

Sila ambil makluman bahawa Hong Leong MSIG Takaful Berhad mungkin memerlukan dokumen-dokumen tambahan lain disertakan setelah tuntutan ini didaftarkan.

*Please note that Hong Leong MSIG Takaful Berhad may require additional documents to be submitted after claim has been registered.*

Dalam hal kemalangan maut dan pihak yang menuntut adalah orang perseorangan, tuntutan ini perlu dilengkapkan dan ditandatangani oleh pentadbir harta simati.

*In the event of a fatal accident and the Participant is an individual, this claim form must be completed and signed by the administrator of the deceased's estate.*

**SILA LENGKAPKAN BUTIR-BUTIR PADA BORANG YANG DISEDIAKAN  
PLEASE COMPLETE DETAILS ON THE FORM PROVIDED ON THE NEXT PAGE**

## SIJIL PERUBATAN MEDICAL CERTIFICATE

Nota : Sila berikan jawapan yang tepat kepada setiap soalan. Tanda atau pangkah adalah tidak memadai.  
Sijil ini perlu dilengkapkan sepenuhnya oleh seorang pengamal perubatan yang berkelayakan dan berdaftar.  
Note : Please give a definite answer to each question. Ticks or dashes are not sufficient.  
This certificate is to be completed in full by a duly qualified and registered medical practitioner.

Nama Peserta / Participant Name: .....

Nombor K/P / NRIC No: .....

**DEFINISI KETIDAKUPAYAAN MENYELURUH:**

Jika kecederaan yang dialami menyebabkan Peserta tidak berupaya sepenuhnya untuk melaksanakan pekerjaan biasa beliau atau menjalankan sebarang urusan yang seumpamanya.

**DEFINATION TOTAL DISABLEMENT:**

*If the injury shall independently of all other causes necessarily, continuously and total disable the Participant and render him completely unable to pursue his ordinary occupation or attend to any business affairs whatsoever.*

**DEFINASI KETIDAKUPAYAAN SEBAHAGIAN:**

Jika kecederaan yang dialami menghalang Peserta melaksanakan sebahagian besar tugas harian yang berkaitan dengan pekerjaan beliau.

**DEFINATION PARTIAL DISABLEMENT:**

*If the injury shall independently of all other causes partially disable the Participant and prevent him from attending to a material portion of the daily duties pertaining to his occupation.*

1	Bilakah kali pertama anda merawat Pihak yang tercedera berikutan kecederaan yang dialami oleh beliau <i>When did you first attend the injured person in consequence of the injuries sustained?</i>	
2	Adakah anda masih merawat Pihak yang tercedera? <i>Are you still attending the injured person?</i>	
3	Adakah anda doctor yang biasa ditemuinya? Jika benar, berapa lamakah anda telah mengenali beliau, dan apakah penyakit lain beliau yang telah anda rawati? <i>Are you his usual medical attendant? If so, how long have you known him, and for what other ailments have you treated him?</i>	
4	Keadaan kemalangan yang menyebabkan kecederaan seperti yang dinyatakan oleh pesakit <i>Circumstances of accident leading to injuries are related by the patient</i>	
5	Keterangan lengkap mengenai kecederaan atau penyakit akibat daripada kemalangan tersebut Full particulars of injuries or illness due to the accident	
6	a) Adakah simptom-simptom beliau i) Semata-mata disebabkan oleh kemalangan tersebut, atau ii) Berpanjangan berpunca daripada penyakit, kekurangan atau sebarang sebab lain? b) Pernahkan beliau mengalami sebarang bentuk penyakit sawan? c) Adakah terdapat apa-apa perkara di dalam sejarah perubatan beliau yang boleh mendorong, secara langsung atau tidak langsung kepada kemalangan, atau yang mungkin menghalang pemulihan beliau? Adakah anda mempunyai sebab untuk membuat jangkaan bahwa	i)..... ..... ii) ..... ..... ..... ..... .....

	<p>beliau berada di bawah pengaruh yang memabukkan semasa kemalangan?</p> <p>a) <i>Are his symptoms</i></p> <p>i) <i>due to exclusively to the accident, or</i></p> <p>ii) <i>Traceable to disease, infirmity or any other cause?</i></p> <p>b) <i>Has he ever suffered from a fit of any kind?</i></p> <p>c) <i>Is there anything in his medical history which may have contributed, directly or indirectly, to the accident, or which may likely to retard his recovery?</i></p> <p><i>Have you any reason to suppose that he was under the influence of intoxicants at the time of the accident?</i></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>i).....</p> <p>.....</p> <p>ii).....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
7	<p>Berapa lamakah Pihak yang tercedera ini tidak berupaya sepenuhnya untuk menjalankan kerja biasa beliau (semasa cuti sakit)?</p> <p>Tarikh permulaan</p> <p>Jika jangkamasa ketidakupayaan telah tamat, tarikh tamat</p> <p><i>How long will the injured are totally incapacitated from attending his / her normal occupation (on medical leave)?</i></p> <p><i>Date of commencement</i></p> <p><i>If totally incapacity has cessation, date of cessation</i></p>	
8	<p>Berapa lamakah Pihak yang tercedera ini tidak berupaya separa untuk menjalankan kerja biasa beliau (semasa cuti sakit)?</p> <p>Tarikh permulaan</p> <p>Jika jangkamasa ketidakupayaan sepaar telah tamat, tarikh tamat</p> <p><i>How long will the injured be partially incapacitated i.e prevented from attending to a substantial and essential part of his / her normal occupation?</i></p> <p><i>Date of commencement</i></p> <p><i>If partial incapacity has cessation, date of cessation</i></p>	
9	<p>Adakah terdapat sebarang ketidakupayaan? Jika tidak, sila berikan tarikh pulih.</p> <p>Sila nyatakan, tahap dan bentuk ketidakupayaan, beliau dan bagaimanakah is menjejaskan pesakit dalam menjalankan pekerjaan beliau?</p> <p><i>Is there now any disability? If no, please provide date of recovery.</i></p> <p><i>Please state the extent and nature of his disabilities and how does it affect the patient in carrying out his occupation?</i></p>	
10	<p>Sebarang catatan lain</p> <p><i>Any further remarks</i></p>	

--	--	--

Saya dengan ini mengesahkan bahawa kecederaan di atas adalah selaras dengan kemalangan yang dirujuk dan bahawa kenyataan yang saya berikan ini adalah benar sebaik-baik pengetahuan dan kepercayaan saya.  
*I hereby certify that the above injuries are consistent with the accident referred to and that my foregoing statement is correct to the best of my knowledge and belief*

Bertarikh / *Dated this* .....haribulan / *day of* .....

.....  
Tandatangan / *Signature*

.....  
Kelayakan / *Qualification*

Nama Penuh / *Full Name* : .....

.....  
Sila sertakan cop klinik/hospital/pusat perubatan  
*Please affix clinic/hospital/medical centre chop*

Alamat / *Address* : .....

.....

.....