

**HongLeong****هوڠ ليونڠ م.س.ا.ج. تكافل  
MSIG Takaful****BORANG PERMOHONAN TUNTUTAN TAKAFUL PERJALANAN****TAKAFUL TRAVEL PA CLAIM FORM**

## Pemberitahuan:-

- Di dalam usaha untuk memproses tuntutan ini dengan segera, sila pastikan Maklumat Pemegang Sijil dan Maklumat Tuntutan dilengkapkan dan dikembalikan melalui pos bersama dengan semua invoice / dokumen asal yang menyokong tuntutan tersebut. Setiap tuntutan yang berasingan hendaklah dihantar secara berasingan.
- Sila lengkapkan borang tuntutan dengan huruf besar dan sila simpan salinan tuntutan yang dihantar untuk tujuan rekod.
- Penerimaan borang tuntutan ini TIDAK membuktikan penerimaan liabiliti dari mana-mana pihak. Setiap perbelanjaan dokumen atau bukti tuntutan hendaklah ditanggung oleh pihak peserta dan penuntut yang mana tidak dilindungi dibawah Sijil ini.

## Please note:-

- *In order for your claim to be dealt with promptly, please ensure that the General Section and the relevant section(s) to which your claim(s) relate are duly completed and returned to us by post together with all original invoices/documents in support of the claim. A separate claim form must be completed for each Participant who is claiming under the Certificate.*
- *Please use block letters and kindly retain a copy of all documents sent to us for your records.*
- *The acceptance and processing of this form is NOT an admission of liability by any Party. Any documentary proof or report required by us shall be furnished at the expense of the Participant or Claimant, which expenses are not covered under this Certificate.*

| MAKLUMAT PEMEGANG SIJIL / PARTICIPANT DETAILS  |   |   |                                 |
|--|---|---|---------------------------------|
| Nama Peserta<br><i>Participant's Name</i>  |   |   |                                 |
| No Sijil Takaful<br><i>Certificate No</i>  |   |   |                                 |
| Alamat<br><i>Address</i>   |   |   |                                 |
| No. Telefon (Rumah / Pejabat)<br><i>Contact No (House / Office)</i>  |   | No. Telefon Bimbit<br><i>HP No</i>                                  |                                 |
| No. Fax<br><i>Fax No</i>   |   | E-mel<br><i>Email</i>   |                                 |
| MAKLUMAT TUNTUTAN / TRAVEL LOSS DETAILS  |   |   |                                 |
| Tarikh Perjalanan<br><i>Travel Period</i>  | Dari<br><i>From</i>   |   | Destinasi<br><i>Destination</i> |
|  | Ke<br><i>To</i>   |   | Lokasi<br><i>Location</i>       |
| Jenis Tuntutan<br><i>Type of Loss</i>  |   |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Kemalangan Peribadi<br><i>Personal Accident</i> <input type="checkbox"/> Kelewatan Bagasi<br><i>Baggage Delay</i> <input type="checkbox"/> Kelewatan Perjalanan<br><i>Travel Delay</i> <input type="checkbox"/> Perbelanjaan Perubatan<br><i>Medical Expenses</i>               |   |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Pembatalan Perjalanan<br><i>Trip Cancellation</i> <input type="checkbox"/> Penyingkatan Perjalanan<br><i>Trip Curtailment</i> <input type="checkbox"/> Hilang Bagasi/Barang Peridadi<br><i>Loss Luggage/Personal Effect</i> <input type="checkbox"/> Lain-lain<br><i>Others</i> |   |   |                                 |
| Adakah anda mempunyai perlindungan lain untuk tuntutan in?, jika ya, sila kemukakan<br><i>Do you have other coverage for this loss? If yes, please provide</i>   | Nama syarikat perlindungan<br><i>Takaful/Insurance Company Name</i> |   |                                 |
|  | No Sijil<br><i>Certificate No</i>                                   |   |                                 |
| KEMALANGAN PERIBADI & PERBELANJAAN PERUBATAN / PERSONAL ACCIDENT & MEDICAL EXPENSES  |   |   |                                 |
| Nama Doktor<br><i>Attending Physician</i>  |   |   |                                 |
| Nama & Alamat Hospital/ Klinik<br><i>Hospital / Clinic Address</i>   |   | No Telefon Hospital / Klinik<br><i>Hospital / Clinic Contact No</i> |                                 |
| Punca Kecederaan / Sakit<br><i>Cause of Injury / Illness</i>   |   |   |                                 |
| Adakah anda pernah mengalami kecederaan / penyakit yang sama sebelum ini?<br><i>Have you suffered from similar condition before?</i>   | <input type="checkbox"/> Tidak<br><i>No</i>                         | <input type="checkbox"/> Ya, pada<br><i>Yes, on</i>                 |                                 |

**KELEWATAN PERJALANAN ATAU BAGASI / TRAVEL OR BAGGAGE DELAY**

|  |                       |  |  |                       |  |
|--|-----------------------|--|--|-----------------------|--|
| Punca Kelewatan<br><i>Reason of Delay</i>        |                       |  |  |                       |  |
| Perjalanan Asal<br><i>Original<br/>Departure</i> | Tarikh<br><i>Date</i> |  | Kelewatan<br><i>Delayed Departure</i>  | Tarikh<br><i>Date</i> |  |
|  | Masa<br><i>Time</i>   |  |  | Masa<br><i>Time</i>   |  |
| Nama Syarikat Penerbangan<br><i>Airline Name</i> |                       |  | Nombor Penerbangan<br><i>Flight No</i> |                       |  |

**PEMBATALAN & PENYINGKATAN PERJALANAN / TRIP CANCELLATION & CURTAILMENT**

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| Punca & Alasan<br><i>Reason</i>  |  |  |  |  |  |
| Tarikh Tempahan<br><i>Booking Date</i>                                     |  | Tarikh Perjalanan Asal<br><i>Intended Flight Date</i>          |  |  |  |
| Tarikh Pembatalan / Penyingkatan<br><i>Cancellation / Curtailment Date</i> |  | Jumlah Wang Dikembalikan<br><i>Amount refunded / recovered</i> |  |  |  |

**KEHILANGAN BAGASI, BARANG PERIBADI, DOKUMEN PERJALANAN / BAGGAGE, PERSONAL EFFECT, TRAVEL DOCUMENT**

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| Keterangan Insiden<br><i>Circumstances of Incident</i>  |  |  |  |  |  |
| Jika kehilangan berlaku dibawah kawalan pihak ketiga, nyatakan tindakan yang diambil terhadap pihak ketiga<br><i>If loss occured under control of third party(s), please state your action towards them</i> |  |  |  |  |  |
| Barang yang Dituntut<br><i>List of Item Claim</i>   |  |  |  |  |  |

**BAHAGIAN 6 – PENGAKUAN PENUNTUT TAKAFUL**

Saya/Kami mengaku bahawa keterangan dan dokumen sokongan yang diberikan adalah benar dan sekiranya didapati tidak benar, penindasan atau peyembunyian, hak saya untuk mendapat pampasan akan ditarik balik secara mutlak.

Saya / Kami juga memberi kuasa kepada mana-mana majikan, doktor-doktor, hospital-hospital, klinik-klinik, pengendali-pengendali Takaful, pejabat-pejabat kerajaan, sebarang pertubuhan atau perseorangan yang mempunyai apa-apa rekod, pengetahuan atau maklumat, samada perubatan atau sebaliknya tentang diri saya sendiri/ peserta untuk memdedahkan, melepaskan atau memindahkan kepada Hong Leong MSIG Takaful Berhad mengenai rekod-rekod, pengetahuan atau maklumat sedemikian untuk mempertimbangkan tuntutan.

*I/ We hereby declare that all statements contained on this claim form are true and correct, and if I shall make any untrue statement, suppression or concealment, my right to compensation shall be absolutely forfeited.*

*I / We authorize to any employer, doctors, hospitals, clinics, Takaful operators, government offices, any organization, or individuals whose hold records, information and knowledge on medical or instead of myself / participant to disclose, release and transfer to Hong Leong MSIG Takaful pertaining the records, knowledge or information to consider the claim.*

Nama :  
*Name*

No I.C :  
*I.C No*

Tarikh :  
*Date*

\_\_\_\_\_  
Tandatangan / *Signature*

**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.hlmsigtakaful.com.my](http://www.hlmsigtakaful.com.my)