

KETERANGAN TUNTUTAN LIABILITI PERIBADI

STATEMENT OF CLAIM FOR PERSONAL LIABILITY

Sila simpan borang tuntutan ini bersama-sama Sijil anda di satu tempat. Borang ini hendaklah dilengkapkan dan dikembalikan kepada kami **HANYA** apabila anda membuat tuntutan di bawah Sijil anda untuk kehilangan atau kerosakan dan / atau kecederaan.

*Please keep this claim form together with your Certificate in a place. It should be completed and returned to us **ONLY** when you are making a claim under your Certificate following a Loss or Damage and / or Injury.*

1 MAKLUMAT PERIBADI ANDA / YOUR PERSONAL INFORMATION

(a) Nama Penuh Peserta / Full Name of Participant

(b) No. Kad Pengenalan / NRIC :

Lama / Old

Baru / New

(c) Alamat / Address

Poskod / Postcode

(d) No. Tel / Tel Number

Rumah / Home

Pejabat / Office

Bimbit / Mobile

(e) Nombor Sijil / Certificate Number

2 MAKLUMAT KEJADIAN BERKAITAN TUNTUTAN / CLAIM INCIDENT INFORMATION

(a) Dimana kejadian tersebut berlaku? *Where it occurred?*

(b) Tarikh / Date

(c) Jelaskan secara terperinci bagaimana ia berlaku / *Describe in detail how it happen*

(d) **Nama dan Alamat Saksi / Name and address of Witnesse.**

(Adalah penting untuk menyatakan nama setiap saksi / Important that name of every witness should be furnished.

1	Nama / Name	_____	Alamat / Address :	_____
		_____		_____
2	Nama / Name	_____	Alamat / Address :	_____
		_____		_____
3	Nama / Name	_____	Alamat / Address :	_____
		_____		_____
4	Nama / Name	_____	Alamat / Address :	_____
		_____		_____
5	Nama / Name	_____	Alamat / Address :	_____
		_____		_____

3 ADAKAH BERLAKU SEBARANG KECUAIAN / WAS THERE NEGLIGENCE?

Jika kejadian berlaku akibat kecuaiian anda dan mana-mana anggota keluarga yang tinggal bersama and

If incident arose from your negligence and anyone family members residing with

(a) **Nyatakan Nama / State Name:** _____

Alamat / Address : _____

Pekerjaan / Occutapion : _____ **Relationship / Hubungan :** _____

(b) **Apakah perbuatan cuai yang dikatakan telah anda / anggota keluarga anda lakukan?**

What act of negligence is alleged against you / your family members:

(c) Adakah anda menganggap diri anda / anggota keluarga anda cuai? Jika ya, dari segi apa?
Do you consider yourself / your family members negligent? If so, in what aspect

Ya / Yes

☐

Tidak / No

☐

(d) Adakah anda / anggota keluarga mengaku salah? *Did you / your family members admit to be at fault*

Ya / Yes

☐

Tidak / No

☐

4 SIAPAKAH YANG TERCEDERA? APAKAH YANG ROSAK? / WHO WAS HURT? WHAT WAS DAMAGED?

(a) Nama Penuh Orang Yang Tercedera/ Pemilik Harta _____

Name of injured person / Owner of Property

(b) Alamat / Address _____

(c) Jenis dan Tahap Kecederaan / Kerosakan / Kehilangan / *Nature and extend of Injury/ Damage/ Loss*

(d) Adakah tuntutan dibuat ke atas anda berikutan kejadian ini? Jika ya, berapa jumlahnya?

Has a claim been made upon you in respect of this incident? If so, what is the amount?

Notis Penting / Important Notice

1 Dengan melengkapkan borang ini tidak bermakna Syarikat / Pengendali menerima tanggungan liabiliti. Tuntutan bergantung pada terma dan syarat Sijil anda.

Completion of this form shall not be construed as acceptance of Liability by the Company / Operator. The claim will be subjected to the terms and conditions of your Certificate.

2 Sila ambil perhatian bahawa sebagai prasyarat liabiliti : / *Please note that as a Condition Precedent to Liability*

(a) Anda hendaklah memaklumkan tentang kejadian tersebut yang boleh menyebabkan tuntutan dibuat di bawah sijil ini.

You are required to give immediate notice of the incident that would give rise to a claim under the Certifica

- (b) **Mengemukakan kepada Syarikat setiap surat, writ, saman dan proses serta memberikan segala bantuan yang mungkin diperlukan oleh Syarikat.**

To forward to the Company every letter, writ, summons and process as well as provide all assistance the Company may req

- (c) **Tidak membuat apa-apa pengakuan liabiliti, mengambil apa-apa tindakan yang boleh dianggap sebagai pengakuan liability atau penafian atau menyelesaikan tuntutan tanpa persetujuan bertulis daripada syarikat.**

Not to make any admission of liability, take any action which may be cosidered to be admission of liability or repudiate or settle without the written consent of the Company.

Akuan / Declaration:

Saya / Kami mengaku bahawa saya / Kami tidak menyembunyikan sebarang maklumat penting dan bahawa semua maklumat yang dibuat dalam borang ini adalah benar sepanjang pengetahuan dan ke[ercayaan saya /kami.

I / We declare that I / We have not withheld any material information and that all statements made on this form are true to the best of my / our knowledge and belief.

Nota : Pengakuan yang palsu adalah satu kesalahan / Note: False declaration is an offence

Tarikh / Date: _____

Tandatangan Peserta / Signature of Participant : _____

No. Kad Pengenalan / NRIC : _____



BORANG TUNTUTAN PELAN SENIORKASIH SENIOR KASIH CLAIM FORM

Nota : Hanya perlu dilengkapkan apabila menghantar tuntutan

Note : Only to be completed when you need to make claim

Borang ini harus dilengkapkan dan dikembalikan ke Hong Leong MSIG Takaful (HLMT) apabila membuat tuntutan ke atas Sijil Takaful Senior Kasih anda.

Prosedur Tuntutan

- 1) Sekiranya berlaku kemalangan yang melayakkan anda menerima pampasan di bawah Sijil ini, sila maklumkan pihak HLMT dalam tempoh 30 hari dari tarikh kemalangan.
- 2) Lenkapkan borang bahagian A (oleh Pemilik Sijil) dan Bahagian B (oleh doktor yang merawat)
- 3) Borang tuntutan ini hendaklah dikemukakan bersama-sama dokumen yang menyokong tuntutan anda.

Kematian

- Sijil Kematian
- Permit Kubur
- Laporan Bedah Siasat
- Laporan Polis
- Salinan Kad Pengenalan peserta
- Surat mentadbir harta pusaka

Hilang Upaya Kekal

- Laporan dari doktor pakar
- Laporan Polis
- Gambar penuh orang cedera dan gambar anggota yang cedera
- Salinan Kad Pengenalan Orang yang Terceda

Penghospitalan

- Slip kemasukan wad / discaj atau bil-bil hospital
- Bil Perubatan (bayaran pesakit luar / resit yuran ambulan)
- Laporan Polis (jika berkenaan)

Nota:

- Sijil nikah diperlukan untuk tuntutan melibatkan pasangan yang dilindungi
- **Sijil kelahiran anak diperlukan untuk tuntutan melibatkan ibu bapa yang dilindungi.**
- Lain-lain dokumen berkenaan

This form should be completed and returned to Hong Leong MSIG Takaful (HLMT) to claim the benefit under your SeniorKasih Certificate

Claims Procedure

- 1) *If in the event of an accident which may mean you will be entitled to receive benefits under the Certificate, please notify HLMT within 30 days from the date of accident.*
- 2) *To complete Part A (by the Certificate Holder) and Part B (by the attending doctor) of the Claim Form*
- 3) *This claim form must be submitted together with any relevant documents to support your claims.*

Death Claim

- Death Certificate
- Burial Certificate
- Post Mortem Report
- Police Report (if applicable)
- Copy of IC of deceased / spouse
- Letter of Administration

Permanent Disability

- Report from Specialist
- Police Report, if applicable
- Full view photograph of injured person and the affected limb
- Copy of IC of injured person

Hospitalisation

- Admission / discharge note or hospital bills
- Medical bills (outpatient charge / ambulance fee / receipt)
- Police Report (if applicable)

Nota:

- Marriage Certificate is required for claim involving
- **Birth Certificate for child is required for claim involving covered parent.s.**
- Any other supporting documents

full view photograph of injured person and the affected limb

Gambar penuh orang
cedera dan gambar anggota
yang cedera

A DILENGKAPKAN OLEH PEMEGANG SIJIL / TO BE COMPLETED BY THE CERTIFICATE HOLDER

1. Maklumat Pemegang Sijil / Information on Certificate Holder

(a) **Nama Penuh Peserta / Full Name of Participant**

(b) **No. Kad Pengenalan / NRIC :**

Lama / Old

Baru / New

(c) **Alamat / Address**

(d) **No. Tel / Tel Number**

Rumah / Home

Poskod / Postcode

Pejabat / Office

Bimbit / Mobile

(e) Nombor Sijil / Certificate Number

(f) Tarikh Lahir /
Date of Birth

-

(g) Alamat Emel / Email Address

(h) Pekerjaan / Occupation

2. Butir-butir Orang Yang Cedera / Details of Injured Person

(a) Nama Penuh Peserta / Full Name of Participant

(b) No. Kad Pengenalan / NRIC :

Lama / Old

Baru / New

(c) Alamat / Address

(d) No. Tel / Tel Number

Rumah / Home

Pejabat / Office

Bimbit / Mobile

Poskod / Postcode

(e) Nombor Sijil / Certificate Number

(f) Tarikh Lahir /
Date of Birth

-

(g) Hubungan antara pemegang sijil dan orang yang cedera? / Relationship between Certificateholder and Injured Person

☐ Diri sendiri / Myself

☐ Pasangan / Spouse

☐ Ayah / Father

☐ Ibu / Mother

B DILENGKAPKAN OLEH DOKTOR YANG MERAWAT ORANG YANG CEDERA TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING DOCTOR

Saya mengesahkan bahawa saya telah memeriksa orang yang cedera seperti tersebut di muka sebelah dan kecederaan yang dialami oleh beliau adalah seperti berikut / I hereby certify that I have examined the injured person described overleaf and the injuries sustained were as follows:

3. Butir-butir Pesakit dan Kecederaan / Details of Patient and Injury

(a) Nama Pesakit / Name of Patient:

(b) No. Kad Pengenalan / NRIC :

(c) Penjelasan ringkas mengenai kecederaan yang dialami: / Brief description on the injuries sustained

(d) Adakah kecederaan yang dialami konsisten dengan kemalangan / Are the injuries sustained consistent with the nature of accident?

☐ Ya / Yes

☐ Tidak / No

(e) Jika tidak, sila jelaskan beserta tempoh masa pesakit telah menghadapinya / If no, please explain as well as the period the patient has been suffering from

(f) Adakah pesakit menggunakan perkhidmatan ambulan / Did the patience use the service of ambulan ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No

(g) Bagaimana pesakit dirawat / ☐ Pesakit luar / Outpatient ☐ Pesakit dalam (Penghospitalan) / Inpatient (hospitalised)
How was the patient treated?

(h) Adakah pesakit dipengaruhi oleh alkohol atau dadah semasa kemalangan berlaku
Do you think that the patient was intoxicated by alchohol or drug at the time of acci

4. Butir-butir rawatan sebagai pesakit luar / Details of Outpatient Treatmen

- (a) Nama Hospital / Klinik
- (b) Nama Doktor / Name of Doctor:
- (c) Tarikh dirawat / Date of treatment:

Nota : Sekiranya menerima lebih daripada satu rawatan, sila nyatakan butir-butir pada lampiran yang berasingan.
Note : If there is more than one treatment, please provide details on a separate s

5. Butir-butir penghospitalan / Details of hospitalization

- (a) Nama Hospital / Name of Hospital
- (b) Tempoh penghospitalan / Hospitalization Period
Tarikh Masuk / - - Masa / am / pm
Date of Admission: Time
Tarikh Discaj / - - Masa / am / pm
Date of Discharge: Time
- (c) Adakah surgery dilakukan le atas pesakit ketika di hospital akibat kecederaan itu ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No
As a result of the injuries, was there a surgery performed on the patient during hospitalizatio

(d) Jika Ya, sila jelaskan jenis pembedahan / rawatan yang dilakukan / If Yes, please indicate the nature of operation / procedure perfor

(e) Tarikh Pembedahan dilakukan/ - - Nama pakar bedah /
Date of surgery performed: Name of surgeon:

6. Butir-butir kemasukan Unit Rawatan Rapi / Details of admission to Intensive Care Unit (ICU)

(a) **Nama Hospital / Name of Hospital:**

(b) **Tempoh berada di ICU / Period of stay in ICU** **Tarikh Masuk /** - - **Masa /** am / pm
Date of Admission: *Time*

Tarikh Discaj / - - **Masa /** am / pm
Date of Discharge: *Time*

(c) **Adakah surgery dilakukan le atas pesakit ketika di hospital akibat kecederaan itu** ☐ **Ya / Yes** ☐ **Tidak / No**
As a result of the injuries, was there a surgery performed on the patient during hospitalizatio

(d) **Jika Ya, sila jelaskan jenis pembedahan / rawatan yang dilakukan / If Yes, please indicate the nature of operation / procedure performed:**

(e) **Tarikh Pembedahan dilakukan/** - - **Nama pakar bedah /**
Date of surgery performed: *Name of surgeon:*

7. Butir-butir Kemalangan / Details of Accident

(a) **Tarikh Kemalangan** - - **Masa** am / pm
Date of Acciden *Time*

(b) **Tempat kemalangan / Place of Accident** _____

(c) **Sila beri keterangan dengan lengkap bagaimana kemalangan tersebut berlaku / Describe in full on how the accident happened:**

(e) **Adakah anda menaiki pengangkutan awam seperti Bas / Teksi / Keretapi / LRT / Kapal terbang / Bot dll, semasa kemalangan berlaku**
Were you in a public transportation e.g Bus / Taxi / Train / LRT / Airplane / Ship / Boat, etc at the time of accident?

☐ **Ya / Yes** ☐ **Tidak / No**

Jika Ya, sila nyatakan jenis pengangkutan awam / If Yes, please specify the type of public transport: _____

(f) **Nyatakan kecederaan yang dialami / Describe the injuries sustained.**

(g) **Saksi kemalangan tersebut, jika ada / Witness of the accident, if any**

Nama/ Name : _____

(b) No. Kad Pengenalan / NRIC : _____

Alamat / Address _____
_____ **Poskod / Postcode** _____

No. Tel / Tel Number

Rumah / Home _____

Pejabat / Office _____

Bimbit / Mobile _____

(h) **Doktor yang merawat orang yang cedera / Doctor who attended to injured person**

(h) **Doktor keluarga, jika ada / Family Doctor, if any**

Nama/ Name : _____

Nama/ Name : _____

Alamat / Address _____

Alamat / Address _____

No. Tel / Tel Number _____

No. Tel / Tel Number _____

8. **Butir-butir Hilang Keupayaan / Details of disability**

Komen berhubung hilang upaya pesakit adalah seperti berikut / Comments on disability of the patient are as follows

- ☐ **Tiada hilang upaya / No disability**
- ☐ **Kemungkinan ada hilang upaya di masa akan datang / Disability is possible in future**
- ☐ **Hilang upaya adalah ketara. Sila beri maklumat dan langkah yang mungkin dapat mengurangkan hilang upaya tersebut**
Disability is apparent. Please provide details & possible remedies in reducing the disability

Nota : Tuntutan mestilah lengkap beserta sokongan daripada Laporan Pakar Perubatan di mana perbelanjaan ditanggung oleh Pemegang Sijil sendiri atau harus dikemukakan dalam tempoh 1 tahun dari tarikh kemalangan.

Note: Claims must be supported with Medical Specialist Report at the expense of the Certificate Holder and to be submitted within 1 year from the date of accident

9. Butir-butir Kematian / Details of Death

Tarikh Kematian - -
Date of Death

Kematian disebabkan oleh: ☐
Death was due to

kecederaan penyakit / accidental injurie

☐

penyakit / illness

Sila berikan butir-butir mengenai sebab kematian / Please provide details on the cause of death:

Akuan

Saya dengan ini mengaku bahawa kenyataan di atas adalah benar dari setiap aspek dan dibuat tanpa was-was dan saya, pemegang Sijil menuntut dibayar pampasan di bawah Sijil ini.

Saya dengan ini membenarkan mana-mana doktor hospital atau klinik atau sesiapa sahaja yang telah merawat dan memeriksa saya, memberitahu Hong Leong MSIG Takaful Berhad apabila dikehendaki berbuat demikian mengenai sebarang atau semua maklumat yang berkaitan dengan sebarang penyakit atau kecederaan. Salinan surat pemberian kuasa ini hendaklah dianggap berkuatkuasa dan sah seperti surat asal.

Declaration

I hereby declare that the above information and statements are true in every aspect and made without reservation and I, the Certificate Holder claim to be paid the benefits due under the Certificate.

I hereby authorise any hospital or clinic doctor or other person who has attended or examined me to disclose to Hong Leong MSIG Takaful Berhad when requested to do so, any and all information with respect to any illegal and injury, medical history, consultation, prescription or treatment. A copy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

Nota : Pengakuan yang palsu adalah satu kesalahan / Note : False declaration is an offence

Tandatangan Orang Yang Cedera / Signature of Injured Person

Tarikh / Date - -

Tandatangan Pemilik Sijil / Signature of Certificate Hold.

Tarikh / Date - -

Nota : Bagi tuntutan kematian, ditandatangani oleh waris / Note : For Death claim, next of kin is to sign.

Saya mengesahkan bahawa maklumat yang tersebut di atas adalah betul pada pengetahuan dan kepercayaan saya.

I further certify that the above information is correct to the best of my knowledge and be.

Nama Doktor / Name of Doctor _____

Tarikh / Date - -

Tandatangan Doktor & Kelayakan (Cop Rasmi)

Doctor's Signature & Qualification (Official Stan.

No 15A, Jalan 219, Seksyen 51A

46100 Petaling Jaya, Selangor.

Tel : (603) 7650 1800 Fax : (603) 7620 6730 Website : www.hlmsigtakaful.com.my

Certificate Holder