



PERSONAL ACCIDENT, MEDICAL AND CRITICAL ILLNESS CLAIM NOTIFICATION FORM

BORANG PEMBERITAHUAN TUNTUTAN KEMALANGAN PERIBADI, PERUBATAN DAN PENYAKIT KRITIKAL

INSTRUCTIONS
ARAHAN

a) Please answer all questions completely. Incomplete answers may cause delay in processing.
 b) Incomplete Claim Notification Form will be returned and not be processed. The acceptance of this form is not in itself an admission of liability on the part of AIG Malaysia Insurance Berhad (795492-W) formerly known as Chartis Malaysia Insurance Berhad (hereinafter referred to as "AMI")

(a) Sila jawab semua soalan dengan lengkap. Jawapan yang tidak lengkap mungkin melambatkan proses tuntutan.
 (b) Borang Tuntutan yang tidak lengkap akan dipulangkan dan tidak akan diproses. Penerimaan borang ini bukanlah pengakuan liabiliti dari pihak AIG Malaysia Insurance Berhad (795492-W) dahulu dikenali sebagai Chartis Malaysia Insurance Berhad (selepas ini dikenali sebagai "AMI").

TYPE OF CLAIM	Claim No <i>No. Tuntutan</i>
<input checked="" type="checkbox"/> PERSONAL ACCIDENT <input type="checkbox"/> ILLNESS	<input type="checkbox"/> Please complete Section I, II, IV & V* <input type="checkbox"/> Please Complete Section I & III, IV & V* <input type="checkbox"/> * Applicable only for Group Policies

SECTION I
POLICY HOLDER / INSURED PERSON INFORMATION
MAKLUMAT PEMEGANG POLISI/ORANG YANG DIINSURANSKAN

Product Name and Plan <i>Nama Produk & Pelan</i>		
Certificate/Policy No. <i>No. Sijil / Polisi</i>	Master Policy No. <i>No. Polisi Induk</i>	
<input type="checkbox"/> Mr. <i>Encik</i>	<input type="checkbox"/> Mrs. <i>Puan</i>	<input type="checkbox"/> Miss <i>Cik</i>
Policy Holder's / Insured's Full Name (as per Identification Card/ Certificate of Incorporation) <i>Nama Penuh Pemegang Polisi / Orang Yang Diinsuranskan (seperti dalam Kad Pengenalan / Sijil Syarikat)</i>		
NRIC No. / Passport No. <i>No. KP / No. Pasport</i>		
Are You a US Citizen (Y/N)?	If 'Yes', Please Provide Social Security Number (SSN):	
Contact No. <i>No. Telefon</i>	Fax No. <i>No. Fax</i>	
Occupation <i>Pekerjaan</i>		
E-Mail Address <i>Alamat E-mel</i>		

CLAIMANT INFORMATION (complete if different from Policy Holder / Insured)
MAKLUMAT PIHAK MENUNTUT (lengkapkan jika berlainan daripada Pemegang Polisi/Orang Yang Diinsuranskan)

<input type="checkbox"/> Mr. <i>Encik</i>	<input type="checkbox"/> Mrs. <i>Puan</i>	<input type="checkbox"/> Miss <i>Cik</i>
Claimant's Full Name (as per Identification Card) <i>Nama Penuh Pihak Menuntut (seperti dalam Kad Pengenalan)</i>		
NRIC No. / Passport No. <i>No. KP/No. Pasport</i>		
Are You a US Citizen (Y/N)?	If 'Yes', Please Provide Social Security Number (SSN):	
Contact No. <i>No. Telefon</i>	Fax No. <i>No. Fax</i>	
E-Mail Address <i>Alamat E-mel</i>		
Occupation <i>Pekerjaan</i>	Marital Status <i>Taraf Perkahwinan</i>	<input type="checkbox"/> Single / <i>Bujang</i> <input type="checkbox"/> Married / <i>Berkahwin</i>
Relation to Policy Holder <i>Hubungan dengan Pemegang Polisi</i>		

PREFERRED MAILING ADDRESS
ALAMAT SURAT-MENYURAT PILIHAN

Preferred Mailing Address <i>Alamat Surat-menyurat Pilihan</i>	
---	--

TO BE COMPLETED BY AGENT/BROKER (if applicable)
DILENGKAPKAN OLEH EJEN / BROKER (jika berkenaan)

Producer Code <i>Kod Pengeluar</i>		Branch <i>Cawangan</i>	
Contact Person <i>Nama Pegawai Bertugas</i>			
Email Address <i>Alamat Email</i>			
Telephone Number <i>Nombor Telefon</i>			
Mailing Address <i>Alamat Surat Menyurat</i>			





**SECTION II
 ACCIDENT RELATED CLAIMS ONLY**

(a) Date and Time of Accident
 Tarikh dan Masa Kemalangan

Day / Hari: [] [] - Month / Bulan: [] [] - Year / Tahun: [] [] [] []

Hour / Jam: [] [] : Minute / Minit: [] [] AM PM PG PPG

(b) Where and how did the accident occur?
 Di mana dan bagaimana kemalangan berlaku?

(c) Injuries sustained.
 Kecederaan yang di alami.

(d) Please furnish the details of any hospitalization in connection with this injury / Sila berikan butir-butir kemasukan hospital yang berkaitan dengan kecederaan ini

Name of Hospital Nama Hospital	Admission Date (DD-MM-YYYY) Tarikh Masuk (HH-BB-TTTT)	Date Discharge (DD-MM-YYYY) Tarikh Keluar (HH-BB-TTTT)	Admission No No. Kemasukan	Type of Ward Jenis Wad

(e) Provide information on your 1st consultation. / Berikan maklumat tentang rundingan pertama anda

Date of 1st Consultation.
Tarikh rundingan pertama

Day / Hari: [] [] - Month / Bulan: [] [] - Year / Tahun: [] [] [] []

Doctor Consulted
Doktor yang dijumpa

Doctor's Address
Alamat Doktor

Doctor's Contact Number
Nombor Telefon Doktor

Doctor's File Ref No (if applicable)
No. Rujukan Fail Doktor (jika berkenaan)

**SECTION III
 ILLNESS RELATED CLAIM ONLY**

Claim Description (fill in items that apply)
 Huraian Tuntutan (isikan butiran yang berkenaan)

(a) Give a brief description of the illness suffered / Berikan huraian ringkas tentang keadaan anda

(b) Answer the questions pertaining to your condition stated above. / Jawab soalan-soalan berkenaan dengan keadaan anda yang dinyatakan di atas

i) Are there any distinct symptoms which are or were evident for this condition? If yes, please advise the date of your 1st consultation. / Adakah tanda-tanda nyata yang wujud atau pernah wujud untuk keadaan ini? Jika ya, nyatakan tarikh rundingan pertama anda.

Day / Hari: [] [] - Month / Bulan: [] [] - Year / Tahun: [] [] [] []

ii) Have you been recommended to receive treatment, advice or diagnosis for this condition? If yes, please advise the date of your 1st consultation. / Pernahkah anda dicadangkan untuk menerima rawatan, nasihat atau diagnosis untuk keadaan ini? Jika ya, sila nyatakan tarikh rundingan pertama anda.

Day / Hari: [] [] - Month / Bulan: [] [] - Year / Tahun: [] [] [] []

iii) Have you received treatment, advice or diagnosis for this condition? If yes, please advise date of your 1st consultation. / Pernahkah anda menerima rawatan, nasihat atau diagnosis untuk keadaan ini? Jika ya, sila nyatakan tarikh rundingan pertama anda.

Day / Hari: [] [] - Month / Bulan: [] [] - Year / Tahun: [] [] [] []

(c) Provide the date of onset of symptoms described above. / Berikan tarikh bermulanya tanda-tanda yang diuraikan di atas

Day / Hari: [] [] - Month / Bulan: [] [] - Year / Tahun: [] [] [] []

(d) Provide information on your 1st consultation. / Berikan maklumat tentang rundingan pertama anda

Date of 1st Consultation.
Tarikh rundingan pertama

Day / Hari: [] [] - Month / Bulan: [] [] - Year / Tahun: [] [] [] []

Doctor Consulted
Doktor yang dijumpa

Doctor's Address
Alamat Doktor

Doctor's Contact Number
Nombor Telefon Doktor

Doctor's File Ref No (if applicable)
No. Rujukan Fail Doktor (jika berkenaan)

(e) Provide information of your regular doctor. / Berikan maklumat tentang doktor biasa anda

Family Doctor
Doktor Keluarga

Family Doctor's Address
Alamat Doktor Keluarga





Family Doctor's Contact Number -

(f) Please furnish the details of any hospitalization in connection with this illness / Sila berikan butir-butir kemasukan hospital yang berkaitan dengan penyakit ini

Name of Hospital <i>Nama Hospital</i>	Admission Date (DD-MM-YYYY) <i>Tarikh Masuk (HH-BB-TTTT)</i>	Date Discharge (DD-MM-YYYY) <i>Tarikh Keluar (HH-BB-TTTT)</i>	Admission No <i>No. Kemasukan</i>	Type of Ward <i>Jenis Wad</i>

(g) Have any of your family members suffered from this similar or related illness? / Pernahkah mana-mana ahli keluarga anda menghidap penyakit yang serupa atau yang berkaitan dengan penyakit ini?

Relationship of Family Member <i>Hubungan dengan Ahli Keluarga</i>	Nature of Illness <i>Jenis Penyakit</i>	Date Diagnosed (DD-MM-YYYY) <i>Tarikh Diagnosis (HH-BB-TTTT)</i>	If Deceased, Date (DD-MM-YYYY) <i>Jika Telah Meninggal Dunia, Tarikh (HH-BB-TTTT)</i>	Age <i>Umur</i>

(h) Are there any other illness/complaints suffered by you prior to this event? If yes, please provide details. / Adakah penyakit/sakit lain yang anda diderita sebelum kejadian ini? Jika ya, sila berikan butir-butir.

--

SECTION IV

Details of Other Insurance Policies (SOCSCO, Workmen's Compensation, and others) / Butir-butir Polisi Insurans Lain (SOCSCO, Pampasan Pekerja, dan lain-lain)

Insurer <i>Penanggung Insurans</i>	Policy Number <i>Nombor Polisi</i>	Type of Benefit <i>Jenis Manfaat</i>	Have you filed a claim? <i>Pernakah anda membuat tuntutan?</i>

NOTE: If the space provided is insufficient for your answer, please continue on a separate sheet. / NOTA: Jika ruang yang disediakan tidak mencukupi untuk jawapan anda, sila sambung pada kertas yang berasingan

DECLARATION AND AUTHORIZATION / PENGAKUAN DAN PEMBERKUASAAN

I/We do solemnly declare that the forgoing particulars are true and correct in every detail. I agree that if I have made, or, in any further declaration in respect of the said claim, if I shall make any false or fraudulent statements or suppress, omit to disclose, or falsely state any material fact whatsoever, this claim shall be voided and all rights of recovery in connection with this claim shall be forfeited. / Saya/Kami dengan sungguh-sungguhnya mengakui bahawa setiap butir-butir yang diberikan disini adalah benar dan betul. Saya bersetuju bahawa jika saya telah membuat, atau, dalam apa-apa pengakuan selanjutnya berkenaan dengan tuntutan sedemikian, membuat apa-apa pernyataan palsu atau penipuan atau menyekak, tidak mendedahkan, atau menyatakan walau apapun fakta materail dengan palsu, tuntutan ini adalah terbatla dan segala hak berkaitan dengan tuntutan ini akan dilucutkan.

I hereby authorize any physician, medical practitioner, hospital or clinic by whom or where I/my ward has been observed or treated, to give full particulars about I/my ward's health including I/my ward's whole medical history in respect of this hospitalization/surgery to AMI. / Saya dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana pakar perubatan, pengamal perubatan, hospital atau klinik yang telah memperhatikan atau merawat saya/anak jagaan saya, untuk memberikan butiran penuh tentang kesihatan saya / anak jagaan saya termasuk sejarah perubatan penuh saya/anak jagaan saya berkenaan dengan penginapan hospital/pembedahan ini kepada AMI.

Signature of Claimant
Tandatangan Pihak Memuntut

Signature of Policy Holder / Insured and Company's
Rubber Stamp
Tandatangan Pemegang Polisi / Orang Yang Diinsuranskan dan Chop Syarikat

Date Signed
Tarikh Tandatangan

- -
Day / Hari - Month / Bulan - Year / Tahun

SECTION V

For Company / School / Kindergarten use only

Untuk kegunaan Syarikat / Sekolah / Tadika sahaja

COMPANY DECLARATION (for Group Policy only) / PENGAKUAN SYARIKAT (untuk Polisi Kumpulan sahaja)	
I/We hereby certify that Saya/Kami dengan ini mengesahkan bahawa position of <i>Jawatan</i>	is my / our employee effective from <i>adalah kakitangan saya/kami efektif dari</i>
_____	_____ and is currently holding the <i>dan sekarang ini memegang</i>
_____	_____
SCHOOL / KINDERGARTEN DECLARATION / PENGAKUAN SEKOLAH/TADIKA	
I/We hereby certify that Saya/Kami dengan ini mengesahkan bahawa	is currently a student of my/our school/kindergarten. <i>adalah pelajar di sekolah/tadika saya/kami pada masa ini.</i>
_____	_____
Authorized signature of company/school/kindergarten (Please also affix company/school/kindergarten rubber stamp) <i>Tandatangan syarikat/sekolah/tadika yang disahkan (Sila letakkan cop syarikat/sekolah/tadika)</i>	Date Signed <i>Tarikh Tandatangan</i>
_____	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <i>Day / Hari - Month / Bulan - Year / Tahun</i>
Name/Designation <i>Nama/Gelaran</i>	_____

For all intents and purposes where there is a conflict or ambiguity as to the meaning in the English provisions or the Bahasa Malaysia provisions, it is hereby agreed that the English version will prevail. / Di mana terdapat konflik atau keaburan berkenaan makna dalam peruntukan Bahasa Inggeris atau peruntukan Bahasa Malaysia, adalah dipersetujui bahawa versi Bahasa Inggeris akan mengatasi dan diikuti.

