

Kenyataan Pihak Menuntut

Claimant's Statement

Arahan & Nota Penting / Instructions & Important Note :

- Sila tandakan (✓) & lengkapkan bahagian yang berkaitan di bawah./ Please tick (✓) & complete the relevant part(s) below.
- Untuk Tuntutan Kematian, jika terdapat lebih daripada satu (1) pihak menuntut, setiap pihak menuntut MESTI melengkapkan Kenyataan Pihak Menuntut yang berasingan./ For Death Claim, if there is more than one (1) claimant, each claimant MUST complete a separate Claimant's Statement.
- Sekiranya terdapat lebih daripada sembilan (9) sijil yang berkaitan untuk tuntutan, sila lengkapkan Kenyataan Pihak Menuntut yang berasingan dengan no. sijil dinyatakan./ If there is more than nine (9) relevant certificates for claim, please complete a separate Claimant's Statement to indicate the certificate no.
- Untuk membolehkan tuntutan anda diproses dengan segera, sila lengkapkan semua soalan yang berkenaan di dalam borang ini dan pastikan dokumen yang diperlukan dilampirkan./ To enable us to process your claim promptly, please complete all relevant questions in this form and ensure the required documents are attached.
- Adalah dimaklumkan bahawa bayaran di bawah tuntutan ini mungkin tertakluk kepada cukai pendapatan di negara tempat tinggal anda atau mempunyai liabiliti cukai atau laporan kewajipan lain. Kami ingin menasihatkan anda untuk berunding dengan penasihat cukai anda untuk mendapatkan nasihat tentang laporan cukai dan pembayaran obligasi bagi dana yang diterima daripada Syarikat dan akaun bank yang sedia ada./ Please note that the payment under this claim may be subject to income tax in your country of residence or have other tax liability or reporting obligations. We would like to advise you to consult your own tax advisor for advice on tax reporting and payment obligations for funds received from the Company and bank accounts you maintain.

Bahagian 1 - Butiran Sijil dan Jenis Tuntutan / Part 1 - Details of Certificate and Claim Type

Jenis Sijil Certificate Type	Jenis Tuntutan Claim Type	No. Sijil (Takaful Individu) Certificate No. (Individual Takaful)	No. Tuntutan (Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja) Claim No. (For Office Use Only)
<input type="checkbox"/> Takaful Individu / Individual Takaful <input type="checkbox"/> Takaful Berkelompok / Group Takaful	<input type="checkbox"/> Kemalangan / Accident ¹ <input type="checkbox"/> Kemasukan Hospital / Hospitalisation ² <input type="checkbox"/> Kematian / Death ³ <input type="checkbox"/> Penyakit Kritikal atau Merbahaya / Critical Illness ⁴ <input type="checkbox"/> Hilang Upaya Kekal & Menyeluruh / Total & Permanent Disability <input type="checkbox"/> Pengecualian Caruman / Waiver of Contribution	1.	1.
		2.	2.
		3.	3.
		4.	4.
		5.	5.
		6.	6.
		7.	7.
		8.	8.
		9.	9.
¹ Ini termasuk tuntutan Manfaat Hilang Upaya Separa Kekal/Manfaat Kematian Kemalangan Tambahan / This includes Temporary Disablement Benefit/Partial Permanent Disability Benefit/Additional Accidental Death Benefit ² Ini termasuk tuntutan Perlindungan Penyakit Wanita atau Bersalin / This includes Female Illnesses or Maternity Protection claim ³ Ini termasuk Perbelanjaan Pengebumian/Khairat Kematian/Kematian Dependand/Ahli Tambahan / This includes Funeral Expenses/Compassionate Allowance/Death of Dependand/Supplementary Members ⁴ Ini termasuk tuntutan Penyakit Berjangkit/ This includes Infectious Disease		No. Sijil (Takaful Berkelompok) / Certificate No. (Group Takaful)	

Bahagian 2 - Butiran Orang Dilindungi / Part 2 - Details of Person Covered

1. Nama Name			
2. No. KP. / Pasport NRIC / Passport No	3. Ketinggian & Berat Height & Weight	(kg)	(sm)
4. No. Telefon Telephone No.	5. Alamat E-mel E-mail Address	(kg)	(cm)
6. Alamat Surat Menyurat Correspondence Address			
7. Pekerjaan Semasa Kejadian Occupation at Point of Event	8. Jenis Tugas Nature of Duties		
9. Butiran Majikan / Details of Employer			
Nama / Name	No. Tel / Tel No.	Alamat Lengkap / Full Address	
10. Butiran Doktor Yang Biasa Merawat / Details of Regular Doctor			
Nama / Name	No. Tel / Tel No.	Alamat Lengkap / Full Address	

11. Butiran Lain-lain Perlindungan atau Insurans/Takaful / Details of Other Insurance/Takaful or Coverage			
Nama Syarikat / Name of Company	No. Polisi/Sijil / Policy/Certificate No.	Jumlah Perlindungan / Covered Amount	
12. Adakah Orang Dilindungi merupakan kakitangan atau ahli keluarga kepada kakitangan Kumpulan Zurich Insurance? / Is the Person Covered a staff or a family member of a staff in Zurich Insurance Group?			<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
Bahagian 3 - Butiran Pihak Menuntut (perlu dilengkapkan jika berlainan daripada Bahagian 2) / Part 3 - Details of Claimant (to be completed if different from Part 2)			
1. Nama Name		2. No. KP. / Pasport NRIC / Pasport No	
3. No. Telefon Telephone No.		4. Alamat E-mel Email Address	
5. Hubungan dengan Orang Dilindungi Relationship with Person Covered		6. Warganegara Nationality	
7. Butiran Majikan / Syarikat Details of Employer		8. Pekerjaan Occupation	
9. Alamat Rumah Residential address			
10. Alamat Surat Menyurat Correspondence Address			
11. Adakah anda merupakan kakitangan atau ahli keluarga kepada kakitangan Kumpulan Zurich Insurance? Are you a staff or a family member of a staff in Zurich Insurance Group?			<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No

Bahagian 4 - Butiran Tuntutan / Part 4 - Details of Claim															
1. Punca Kejadian Cause of Event	<input type="checkbox"/> Kemalangan / Accident	<input type="checkbox"/> Penyakit / Illness	<input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan) / Others (please specify): _____												
2. Jika disebabkan oleh Kemalangan / If caused by Accident		3. Jika disebabkan oleh Penyakit / If caused by Illness													
a. Tarikh & Masa Kemalangan Date & Time of Accident	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>AM</td><td></td><td>PM</td><td></td> </tr> </table>	D	D	M	M	Y	Y			AM		PM		a. Jenis Penyakit Nature of Illness	
D	D	M	M	Y	Y										
		AM		PM											
b. Tempat Kemalangan Place of Accident		b. Simptom Symptoms													
c. Bagaimana ia berlaku? State how it happened?		c. Tarikh Bermula Simptom Date First Symptoms Began	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>	D	D	M	M	Y	Y						
D	D	M	M	Y	Y										
d. Jenis & Tahap Kecederaan Nature & Extent of Injury		d. Tempoh Simptom Duration of Symptoms													
e. Adakah Laporan Polis dibuat? Any Police Report made?	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No	e. Diagnosis Diagnosis													
f. Untuk Tuntutan Indemniti Mingguan sahaja: For Weekly Indemnity Claim only	a. Tarikh mula tidak hadir ke tempat kerja: Date first absent from work: <table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table> b. Tarikh kembali kerja: Date return to work: <table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>			D	D	M	M	Y	Y	D	D	M	M	Y	Y
D	D	M	M	Y	Y										
D	D	M	M	Y	Y										
4. Maklumat Rawatan & Kemasukan Hospital untuk Kecederaan atau Penyakit ini / Details of Treatment & Hospitalisation for this Injury or Illness.															
Tarikh Rawatan / Date of Consultation	Jenis & Keputusan Penyiasatan (cth: X-ray, Ujian Darah) / Type & Result of Investigation (i.e X-ray, Blood Test)	Prosedur/Pembedahan/ Rawatan Diberi / Procedure/Surgery/ Treatment Given	Tarikh Kemasukan & Keluar Hospital (jika ada) / Date of Admission & Discharge (if any)												
			Nama Doktor & Hospital / Name of Doctor & Hospital												

5. Adakah Orang Dilindungi pernah mengalami kecederaan atau penyakit-penyakit lain pada masa lalu? / Have the Person Covered suffered from other injuries or illnesses in the past? Jika Ya, sila berikan butiran penuh di bawah. / If Yes, please give all details below.				<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No						
Tarikh Rawatan / Date of Consultation	Jenis Kecederaan atau Penyakit / Nature of Injury or Illness	Diagnosis / Diagnosis	Tarikh Kemasukan & Keluar Hospital (jika ada) / Date of Admission & Discharge (if any)	Nama, Alamat & No. Tel Doktor / Name, Address & Tel No. of Doctor							
6. Untuk Tuntutan Hilang Upaya Kekal & Menyeluruh / Pengecualian Caruman disebabkan Hilang Upaya Kekal & Menyeluruh , sila lengkapkan maklumat di bawah. / For Total & Permanent Disability / Waiver of Contribution on Total & Permanent Disability claim , the following must be completed.											
a. Tarikh Orang Dilindungi berhenti bekerja / Person Covered's Last Employment Date			<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>			D	D	M	M	Y	Y
D	D	M	M	Y	Y						
b. Adakah Orang Dilindungi menjalani sebarang pekerjaan lain untuk memperoleh upah, pampasan atau keuntungan pada ketika ini? Does the Person Covered currently performing any other kind of work that gain wages, compensation or profit?			<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No i. Nama Tempat Bekerja / Place of Work : ii. Jenis Tugas / Nature of Duties :								
7. Untuk Tuntutan Kematian / Pengecualian Caruman disebabkan Kematian , sila lengkapkan maklumat di bawah. / For Death / Waiver of Contribution on Death claim , the following must be completed.											
a. Adakah siasatan atau pemeriksaan bedah siasat dijalankan ke atas mayat? / Was an inquest or post-mortem examination held on the body?				<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No							
8. Untuk Tuntutan Manfaat Perlindungan Wanita , sila lengkapkan maklumat di bawah. / For Female Protection Benefit , the following must be completed.											
<input type="checkbox"/> Pemeriksaan Kesihatan Wanita Tahunan / Annual Female Medical Check Up Allowance claim <input type="checkbox"/> Penyakit Wanita / Female Illness <input type="checkbox"/> Komplikasi Berpunca daripada Kehamilan / Complication Arising from Pregnancy <input type="checkbox"/> Eritematosus Lupus Sistemik (SLE) dengan Lupus Nefritis / Systemic Lupus Erythematosus (SLE) with Lupus Nephritis <input type="checkbox"/> Penyakit Kongenital Bayi / Infant Congenital Illness <input type="checkbox"/> Lain-lain penyakit kecuali yang di senarai di atas/ Other illness except those listed above											
<input type="checkbox"/> Tuntutan Elaun Kelahiran / New Born Allowance. Tarikh Lahir Anak / Date of Child Birth			<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>			D	D	M	M	Y	Y
D	D	M	M	Y	Y						

Bahagian 5 – Pembayaran Tuntutan melalui Pemindahan Dana Elektronik / Part 5 – Claim Payment via Electronic Fund Transfer

Nota Penting / Important Notes :-

- (i) Kemudahan Pemindahan Dana Elektronik ini hanya membenarkan bayaran ke dalam akaun bank anda sendiri sahaja. *This Electronic Fund Transfer (EFT) facility allows payment into your own bank account only.*
- (ii) **Akaun Bersama tidak dibenarkan** kecuali kes perintah mahkamah. / **Joint Account is not allowed** except for court order case.

Pilihan I / Option I:

- Mengkreditkan pembayaran tuntutan ini ke dalam akaun bank saya seperti dinyatakan di dalam portal Zurich e-Notifikasi Tuntutan. / To credit this claim payment into my bank account as updated in the Zurich Claim e-Notification portal.

Pilihan II / Option II:

- Mengkreditkan pembayaran tuntutan ini ke dalam akaun bank saya yang berdaftar untuk **AUTO KREDIT** yang sedia ada dalam rekod ZTMB. / To credit this claim payment into my existing registered bank account for **AUTO CREDIT** which is in ZTMB record.

Pilihan III / Option III:

- Mengkreditkan pembayaran tuntutan ini ke dalam akaun bank saya seperti dinyatakan di bawah (NOTA: Nombor akaun ini mungkin digunakan untuk pembayaran yang akan datang kepada anda oleh ZTMB). / To credit this claim payment into my bank account as set out below (NOTE: This account number may be used for future payments to you by ZTMB):-

1. Nama Pemegang Akaun Bank / Bank Account Holder Name	
2. No. KP. / No. Perniagaan / No. Pasport / NRIC / Company No. / Passport No.	
3. Nama Bank / Name of Bank	
4. No. Akaun Bank / Bank Account No.	
5. Jenis Akaun Bank (Akaun Sendiri Sahaja) / Type of Bank Account (Own Account Only)	<input type="checkbox"/> Akaun Simpanan / Saving Account <input type="checkbox"/> Akaun Semasa / Current Account

Bahagian 6 - Pengakuan & Pemberian Kuasa / Part 6 - Declaration & Authorisation

Saya/Kami dengan ini mengakui bahawa maklumat di atas adalah benar dan lengkap setakat yang saya ketahui dan percaya. Saya/Kami faham sepenuhnya bahawa Zurich Takaful Malaysia Berhad ("**Syarikat**"), berasaskan kepercayaan bahawa maklumat yang saya/kami sertakan adalah tepat dan benar, akan bergantung dan bertindak berasaskan maklumat tersebut. Saya/Kami bersetuju jika saya/kami telah atau akan membuat sebarang kenyataan yang tidak tepat atau menahan atau menyembunyikan sebarang fakta material; hak saya/kami untuk menerima pampasan akan dilucutkan dengan mutlak. Saya/Kami bersetuju bahawa pihak Syarikat untuk menafikan liabiliti tuntutan atau meminta kembali amaun yang sudah dibayar jikalau terdapat sebarang maklumat yang tidak lengkap, tidak betul atau tidak benar. *I/We hereby declare that the above information is true and complete to the best of my/our knowledge and belief. I/We fully understand that Zurich Takaful Malaysia Berhad ("**Company**") upon believing the information provided by me/us to be accurate and correct, will rely and act on the information given. I/We agree that if I/we have made, or shall make any untrue statement, or suppressed or concealed any material fact; my/our right to be compensated shall be absolutely forfeited. I/We hereby agree that the Company shall be at the liberty to deny claim liability or recover any amount paid, if any part of the information is incomplete, untrue or incorrect.*

Bagi penyerahan tuntutan dalam talian : Pihak Syarikat berhak untuk menyemak dan menilai tuntutan pada bila-bila masa dengan meminta saya/kami untuk mengemukakan dokumen asal atau salinan dokumen yang telah disahkan untuk tujuan penilaian pengesahan tuntutan. *For online claim submission : The Company reserves the right to review and assess the claim at any time by requesting me/us to produce the original or certificate true copy document submitted for post claim assessment verification purpose.*

Saya/Kami dengan ini memberikan kebenaran tanpa syarat dan tanpa keraguan kepada pihak Syarikat dan syarikat-syarikat bersekutunya untuk memproses data peribadi saya/kami yang didedahkan di sini untuk tujuan berikutnya (tetapi tidak terhad kepada) : pengesahan maklumat yang diberikan menurut tuntutan ini, pemeriksaan latar belakang, penilaian kredit, penyelesaian skor, pelaporan peraturan, pentadbiran, analisis atau pemantapan polisi/sijil dengan Syarikat atau proses tuntutan. Pihak Syarikat bebas untuk memproses data berkenaan, mengutip dan berkongsi maklumat yang didedahkan di sini termasuk apa-apa maklumat/dokumen yang berkaitan kepada mana-mana penyedia perkhidmatan Syarikat dan mana-mana syarikat bersekutunya dengan syarat bahawa pendedahan maklumat peribadi berkenaan adalah berkaitan dengan tuntutan insurans/takaful yang dibuat di sini. Kebenaran ini diberikan selaras dengan peruntukan di bawah Akta Perlindungan Data Peribadi 2010. *I/We hereby give my/our unconditional and unequivocal consent to the Company and all the Company's related companies to process, collect and release my/our's personal data revealed hereto for the purposes (including and not limited to) verifying information given pursuant to this claim, background screening, credit evaluation, scoring solutions, regulatory reporting, administration, analysis or monitoring of policy/certificate with the Company or processing of claim. The Company is at liberty to process the data and share the information revealed hereto including any related information/documents with any of the Company's service providers and other related companies provided that the revelation of my/our's personal data is strictly for the purposes in relation to the insurance/takaful claim made hereto. The consent given hereto is in line with the requirement set forth in the Personal Data Protection Act 2010.*

Saya/Kami dengan ini membenarkan mana-mana doktor, kakitangan perubatan, hospital, klinik, syarikat insurans/takaful atau organisasi, institusi atau orang lain, yang memiliki sebarang rekod atau pengetahuan tentang saya/kami/orang dilindungi atau kesihatan saya/kami/orang dilindungi, untuk mengemukakan kepada Syarikat atau wakilnya, sebarang maklumat mengenai saya/kami/orang dilindungi yang berkenaan dengan kesihatan dan sejarah perubatan saya/kami/orang dilindungi dan sebarang kemasukan hospital, nasihat, rawatan atau penyakit. Salinan fotostat pengesahan ini adalah berkesan dan sah sebagaimana salinan asal. *I/We hereby authorize any doctor, medical staff, hospital, clinic, insurance/takaful company or other organisation, institution or person, that has any records or knowledge of me/us/person covered or my/our's/person covered's health, to disclose to the Company or its representative any and all information about me/us/person covered with reference to my/our's/person covered's health and medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment. A photostat copy of this authorisation shall be as effective and is valid as true original.*

Saya/Kami dengan ini membenarkan pihak Syarikat untuk mengkreditkan pembayaran tuntutan ini mengikut Bahagian 5 di atas, jika berkenaan. Saya dengan ini memberi kebenaran dan keizinan untuk menolak wang yang perlu dibayar kepada Syarikat daripada jumlah tuntutan yang boleh dibayar menurut sebarang sijil di bawah ini, termasuk tetapi tidak terhad kepada sebarang caruman yang perlu dibayar, manfaat yang telah didahulukan dan/atau pembayaran salah yang dibuat melebihi sebarang amaun tuntutan. *I/We hereby authorize you to credit the claim payment in accordance with Part 5 above, if applicable. I/We hereby authorize and give consent, to the deduction of monies due to the Company from the claim benefit payable pursuant to any certificate(s) hereunder, including but not limited to any contribution due, advance benefit paid, erroneous and/or payment made in excess of any claim amount.*

Saya/Kami, memberi kebenaran dan keizinan kepada Syarikat untuk membuat pindaan maklumat terhadap alamat-alamat saya/kami dan akaun bank saya/kami yang dinyatakan dalam borang tuntutan ini. Kebenaran ini akan terikat tanpa boleh ditarik balik kepada pengganti hak milik dan penerima serah hak serta kekal sah walaupun selepas saya/kami meninggalkan dunia atau hilang upaya serta salinan borang ini adalah berkuat kuasa dan sah seperti asal. *I/We hereby authorize and give consent to the Company to amend my/our contact information and bank account information as provided in this claim form. This authorisation shall be irrevocably binding on successors and assignees and shall remain valid notwithstanding my/our death or disablement, and a copy of this form shall be effective and valid as the original.*

PENTING : Sila rujuk kepada laman web Zurich Malaysia untuk Notis Perlindungan Data Peribadi mengenai butiran hak dan tanggungjawab Syarikat untuk mengumpul, mengendalikan, melindungi, menyimpan dan berkongsi data peribadi anda. Notis ini juga memberikan maklumat bagaimana anda boleh mengakses data peribadi anda dan mengawal pendedahan data peribadi oleh Syarikat.

IMPORTANT : Please refer to Zurich Malaysia's website for Personal Data Protection Notice on the details of the Company's right and responsibility to collect, handle, safeguard, retain and share your personal data. This notice will also provide information on how you could access your personal data and control the Company's disclosure of such data.

Untuk Individu, sila tandakan di kotak yang berkenaan di bawah./ For Individual person, please tick the relevant boxes below:

(i) Adakah anda seorang Pemastautin Malaysia untuk Tujuan Cukai?/ Are you a Malaysian Resident for Tax Purpose?	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
(ii) Adakah anda seorang warganegara Amerika Syarikat atau Pemastautin/Pembayar Cukai di Amerika Syarikat?/ Are you a United States Citizen or United States Resident/Taxpayer?	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
(iii) Adakah anda seorang Pemastautin untuk Tujuan Cukai / Pembayar Cukai mana-mana negara selain daripada Malaysia dan Amerika Syarikat?/ Are you a Resident for Tax Purpose / Taxpayer of any country other than Malaysia and United States?	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No

Untuk Syarikat/Entiti, sila tandakan di kotak yang berkenaan di bawah./ For Company/Entity, please tick the relevant boxes below:	
(i) Adakah Syarikat / Entiti diperbadankan di luar Malaysia?/ Is the Company/Entity incorporated outside Malaysia?	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
(ii) Adakah terdapat satu atau lebih individu yang mengawal Syarikat/Entiti tersebut di mana beliau adalah pemaustautin cukai selain daripada Malaysia?/ Is the controlling person(s) a tax resident anywhere other than Malaysia?	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
Alamat Tetap Luar Negara / Foreign Residence Address:	
Nombor Pengenalan Cukai / Tax Identification Number (TIN)	
<p>Saya mengakui bahawa pada masa ini, saya bukanlah warganegara, pemastautin atau orang yang tertakluk kepada undang-undang cukai negara-negara lain kecuali negara atau bidangkuasa yang saya telah isytiharkan melainkan dan kecuali untuk negara yang saya telah isytiharkan. Saya dengan ini bersetuju untuk memaklumkan kepada pihak syarikat secara bertulis sekiranya berlaku perubahan status saya di masa depan, untuk apa jua sebab, menjadikan saya tertakluk kepada mana-mana undang-undang percukaian atau perundangan mana-mana negara lain. Saya dengan ini memberikan kebenaran tidak bersyarat untuk memaklumkan mana-mana pihak berkuasa cukai asing yang berkaitan, di mana menjadikan pihak syarikat atau saya tertakluk kepada apa-apa perubahan pada status cukai saya pada masa depan tanpa perlu memberikan notis terlebih dahulu kepada saya untuk apa-apa tindakan yang berkaitan. / I declare that at this time, I am not a citizen, resident or person subject to the taxation laws of any other country except for the country or jurisdiction which I have declared hereto. I hereby undertake to notify you in writing in the event that my status changes in the future, for any reason, causing me to become subject to any taxation law or legislation of any other country. I hereby grant you my full and unconditional authority to notify any relevant foreign tax authority, which would subject the company or me to any change in my taxation status in the future without giving me prior notice for such actions.</p>	

PENGISYTIHARAN & KEBENARAN / DECLARATION & AUTHORISATION

Nama / Name
No. Kad Pengenalan/Pasport/Lain-lain / NRIC/Passport/Other
Tarikh / Date

Tandatangan Peserta/Pihak Menuntut^{Nota 1}
Signature of **Participant/Claimant**^{Nota 1}

Nama / Name
No. Kad Pengenalan/Pasport/Lain-lain / NRIC/Passport/Other
Tarikh / Date

Tandatangan **Orang Dilindungi**^{Nota 2}
Signature of **Person Covered**^{Nota 2}

Nama / Name
No. Kad Pengenalan/Pasport/Lain-lain / NRIC/Passport/Other
Tarikh / Date

Cop & Tandatangan Saksi
Chop & Signature of **Witness**

Nota 1 : Jika Peserta/Pihak Menuntut adalah syarikat/perniagaan, Orang yang diberi kuasa untuk mewakili syarikat atau perniagaan perlu menyerahkan borang tuntutan dengan cop rasmi syarikat. *Note 1 : If the Participant/Claimant is a company/business, Authorised Person to represent the company or business to submit the claim form with the company official stamp.*

Nota 2 : Sekiranya Orang Dilindungi tidak dapat menandatangani, sila letak cap jari dan perlu disaksikan oleh doktor atau pegawai kami yang diberi kuasa di mana-mana cawangan berdekatan. *Note 2 : If Person Covered is unable to sign, please thumbprint and it has to be witnessed by the attending doctor or our authorised officers at any nearest office.*

Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja / For Office Use Only		
1. Tuntutan dikemukakan oleh & No. Telefon/ Claim submitted by & Telephone No.	<input type="checkbox"/> Orang Dilindungi / Person Covered	<input type="checkbox"/> Penama / Nominee
	<input type="checkbox"/> Peserta / Participant	<input type="checkbox"/> Ahli Keluarga / Family Member
	<input type="checkbox"/> Penasihat Jualan / Sales Advisor	<input type="checkbox"/> Lain-lain (Sila nyatakan) / Others (Please specify):
No. Tel / Tel. No: _____		
2. Jenis Permintaan/ Request Type	<input type="checkbox"/> Tuntutan Baru / New Claim	<input type="checkbox"/> Tuntutan Seterusnya / Subsequent Claim
		<input type="checkbox"/> Penyerahan Dokumentasi Diperlukan / Outstanding Requirement Submission
Nama Pegawai ZTMB Name of ZTMB Officer		Tandatangan & Tarikh Signature & Date



Zurich Takaful Malaysia Berhad
Registration No. 200601012246 (731996-H)

Customer Service Center
Ground Floor, Block B, Plaza Zurich, 12, Jalan Gelenggang, Bukit Damansara, 50490 Kuala Lumpur.
(for other branches, please refer to company website)

☎ 1300-888-622 ✉ callcentre@zurich.com.my 🌐 www.zurich.com.my Customer portal : www.myzurichlife.com.my