

Medical Claim Form

Borang Tuntutan Perubatan

Important Note / Nota Penting:

- Unless stated otherwise, you are required to submit **ALL** the documents stated on the checklist below to the Company. / Kecuali dinyatakan sebaliknya, anda dikehendaki untuk menghantarkan **SEMUA** dokumen yang telah disenaraikan di bawah kepada Syarikat.
- If the Claimant is unable to fill up this form personally, it may be filled up on behalf of the Claimant. Kindly note that the completion of this Medical Claim Form does not guarantee the issuance of Guarantee Letter. / Jika Penuntut tidak dapat mengisi borang ini sendiri, ia boleh diisi bagi pihaknya. Anda juga diingatkan bahawa melengkapkan borang Pra-Kebenaran ini tidak semestinya menjamin pengeluaran Surat Jaminan.

CHECKLIST / SENARAI

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Duly Completed and signed Claim Form / Borang Tuntutan yang lengkap diisi dan ditandatangani <input type="checkbox"/> Original Itemised Medical Bills / Bil Rawatan yang Asal, dengan Butiran Perubatan disenaraikan <input type="checkbox"/> Duly Completed and signed Medical Report by last attending doctor which is obtainable from www.zurich.com.my / Laporan Perubatan yang diperolehi dari www.zurich.com.my, wajib lengkap diisi dan ditandatangani oleh doktor yang memberi rawatan terakhir | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Original Medical Receipts / Resit Rawatan yang Asal <p>For <u>Motor Accidents</u> only / Untuk <u>Kemalangan Motor</u> sahaja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Photocopy of Police Report / Salinan Laporan Polis <p>For <u>Fatal Cases</u> only / Untuk <u>Kes Kematian</u> sahaja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Photocopy of Death Certificate / Salinan Sijil Kematian <input type="checkbox"/> Post-Mortem Report / Laporan Bedah Siasat |
|--|---|

Part / Bahagian I		Policyholder's Details / Butiran Pemegang Polisi	
Company Name / Nama Syarikat		Policy No. / No. Polisi	
Claim Type / Jenis Tuntutan	<input type="checkbox"/> Accident Claims / Tuntutan Kemalangan <input type="checkbox"/> Illness Claims / Tuntutan Penyakit		

Part / Bahagian II		Patient's Details / Butiran Pesakit	
Name / Nama		NRIC or Passport No. / No. KP atau Pasport	
Age / Umur		Sex / Jantina	<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan

Part / Bahagian III		Treatment Details / Butiran Rawatan	
Name of the Attending Doctor and his or her Speciality / Nama Doktor yang Merawat dan Kepakarannya			
Name of the Clinic or Hospital / Nama Klinik atau Hospital			

Part / Bahagian IV		Supplementary Details for Illness Claims Only / Butiran Sampingan untuk Tuntutan Penyakit Sahaja	
The Symptom First Appear on / Tarikh Gejala Penyakit Bermula	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">d</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">d</div> / <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">m</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">m</div> / <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">y</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">y</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">y</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">y</div> </div>		
Kindly provide the details of the doctors who the patient has consulted for this illness or conditions. / Sila berikan butiran doktor-doktor yang dilawati oleh pesakit bagi penyakit atau keadaan tersebut. *			
Name of the Doctor / Nama Doktor	Telephone No. / No. Telefon	Clinic or Hospital's Address / Alamat Klinik atau Hospital	

* Use additional pages if necessary / Jika perlu, sila gunakan muka surat tambahan.

Part / Bahagian V		Supplementary Details for Accident Claims Only / Butiran Sampingan untuk Tuntutan Kemalangan Sahaja	
Date and Time of Accident / Tarikh dan Masa Kemalangan		[d] [d] / [m] [m] / [y] [y] [y] [y]	[h] [h] : [m] [m] a.m. / p.m.
Kindly state in detail how the accident occur. / <i>Sila nyatakan secara terperinci bagaimana kemalangan berlaku.</i>			

Part / Bahagian VI		Payment Details / Butiran Pembayaran	
Beneficiary Name / Nama Benefisiari		NRIC, Passport or Company Reg. No. / No. KP, Pasport atau Pendaftaran Syarikat	
Email Address / Alamat Emel		Tel. No. / No. Tel.	
Account Holder's Name / Nama Pemegang Akaun		NRIC, Passport or Company Reg. No. / No. KP, Pasport atau Pendaftaran Syarikat	
Bank Account No. No. Akaun Bank		Name of the Bank / Nama Bank	
Type of Bank Account / Jenis Akaun Bank	<input type="checkbox"/> Savings Account / Akaun Simpanan <input type="checkbox"/> Joint Account / Akaun Bersama <input type="checkbox"/> Current Account / Akaun Semasa		

Part / Bahagian VII		Declaration and Authorisation / Pengisytiharan dan Kebenaran	
<p>a) I / We hereby declare that the answers given above are true and complete to the best of my / our knowledge and belief. <i>Saya / Kami mengisytiharkan bahawa jawapan yang diberikan di atas adalah benar dan lengkap setakat pengetahuan dan kepercayaan saya / kami.</i></p> <p>b) I / We understand the delivery of this form is no way an admission of Zurich General Insurance Malaysia Berhad's liability and payment to the hospital by Zurich General Insurance Malaysia Berhad or its representative shall not be construed as final admission of Zurich General Insurance Malaysia Berhad's liability and for this and any further claims arising, Zurich General Insurance Malaysia Berhad <i>Saya / Kami memahami bahawa penyerahan boring ini, tidak sama sekali boleh dianggap sebagai pengakuan liabiliti Zurich General Insurance Malaysia Berhad ini ke atas tuntutan saya / kami / Orang yang Diinsuranskan / Pemegang Polisi dan saya / kami bersetuju bahawa bayaran kepada hospital oleh Zurich General Insurance Malaysia Berhad atau wakilnya tidak akan ditafsirkan sebagai pengakuan muktamad liabiliti Zurich General Insurance Malaysia Berhad dan Zurich General Insurance Malaysia Berhad berhak menjalankan penilaian sewajarnya berhubung tuntutan ini atau apa-apa tuntutan yang timbul selanjutnya.</i></p> <p>c) I am / We are fully aware of the limits as to my / our / Insured Person's / Insured's medical insurance under the above-mentioned policy. I / We hereby undertake to settle / reimburse any medical expenses exceeding my / our entitlement under the said policy contract, or that is not covered by the same. <i>Saya / Kami memahami sepenuhnya had-had insurans perubatan saya / kami / Orang yang Diinsuranskan / Pemegang Polisi di bawah Polisi yang tersebut di atas. Saya / Kami dengan ini berjanji akan menyelesaikan sebarang amaun yang melebihi had kelayakan saya / kami, yang tidak dilindungi oleh insurans berkenaan.</i></p> <p>d) I / We hereby irrevocably authorise any organisation, institution, or individual that has any record or knowledge of my / our / Insured's / Insured Person's health and medical history or treatment or advice that has been or may hereafter be consulted, other personal information or details of related accident / injury, to disclose to Zurich General Insurance Malaysia Berhad or its representative such information. I / We agree that Zurich General Insurance Malaysia Berhad or its representatives may use or disclose any of the information collected or held to third parties (within or outside Malaysia, including Zurich General Insurance Malaysia Berhad's parent company, subsidiaries or any other associated companies within Zurich General Insurance Malaysia Berhad's Group, reinsurers, medical examiners, claims investigators and industry associations / federations etc.) in relation to this claim. This authorisation shall bind my / our / Insured Person's / Insured's successors and assigns and remains valid notwithstanding my / our / Insured Person's / Insured's incapacity in so far as legally possible. A photocopy of this authorisation shall be valid as the original. I / We agree that in the event I / we make, or in the past made, any false or untrue statement and / or suppressed and / or concealed any material facts in respect of my / our / the Insured Person's / Insured's condition, Zurich General Insurance Malaysia Berhad shall absolutely forfeit my / our / the Insured Person's / Insured's right to compensation and</p>			

reserves the right to recover any amount paid earlier as a result thereof.

Saya / Kami yang bertandatangan di bawah, dengan ini membenarkan pada setiap masa, mana-mana organisasi, institusi atau individu yang mempunyai apa-apa rekod atau pengetahuan tentang kesihatan dan latar belakang atau nasihat perubatan saya / kami / Orang yang Diinsuranskan / Pemegang Polisi, yang telah atau mungkin kemudian dari ini dirujuk untuk mendedahkan kepada Zurich General Insurance Malaysia atau wakilnya segala maklumat tersebut. Saya / Kami bersetuju membenarkan Zurich General Insurance Malaysia Berhad atau wakilnya untuk mengguna dan mendedahkan apa-apa maklumat yang dikumpul atau dipegang kepada pihak ketiga (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk syarikat induk, anak syarikat atau syarikat berkait dalam Zurich General Insurance Malaysia Berhad, penanggung insurans semula, pemeriksa perubatan, penyiasat tuntutan dan pertubuhan / persekutuan industry dan lain-lain.) berkaitan dengan tuntutan ini. Pengesahan ini hendaklah mengikat waris-waris dan penama saya / kami / Orang yang Diinsuranskan / Pemegang Polisi dan kekal sah meskipun kematian saya / kami / Orang yang Diinsuranskan / Pemegang Polisi setakat yang dibenarkan di sisi undang-undang. Salinan pengesahan ini adalah sah. Saya / Kami bersetuju sekiranya saya / kami membuat pengakuan palsu atau tidak mendedahkan maklumat yang berkaitan, Zurich General Insurance Malaysia Berhad berhak membatalkan tuntutan saya / kami / Orang yang Diinsuranskan / Pemegang Polisi dan menarik balik sebarang tuntutan awal yang telah dibayar.

- e) I / We hereby give my / our unconditional and unequivocal consent to you and all your related companies to process my / our personal data revealed hereto. You are at liberty to process the data and share the information thereto with any of your service providers and your other related companies provided that the revelation of my / our personal data strictly for the purposes in relation to the insurance which I / we have applied hereto. The consent given hereto is in line with the requirement set forth in the Personal Data Protection Act 2010.

Saya / Kami dengan ini memberi kebenaran tanpa syarat dan tanpa keraguan kepada pihak syarikat dan syarikat-syarikat bersekutunya untuk memproses data peribadi saya / kami yang didedahkan di sini. Pihak syarikat adalah bebas untuk memproses data berkenaan dan berkongsi maklumat yang didedahkan di sini kepada mana-mana penyedia perkhidmatan dan mana-mana syarikat bersekutunya dengan syarat bahawa pendedahan maklumat peribadi berkenaan adalah bertujuan dan berkaitan dengan insurans yang saya / kami pohon di sini. Kebenaran yang diberikan adalah selaras dengan peruntukan di bawah Akta Perlindungan Data Peribadi 2010.

NOTE: The processing of your personal data is subject to Zurich General Insurance Malaysia Berhad's Personal Data Protection Notice, as published on <https://www.zurich.com.my/en/customer-hub/show-me-more-info/personal-data-protection-notice>

NOTA: Pemprosesan data peribadi anda adalah tertakluk kepada Notis Perlindungan Data Peribadi Zurich General Insurance Malaysia Berhad seperti yang disiarkan dalam <https://www.zurich.com.my/en/customer-hub/show-me-more-info/personal-data-protection-notice>

Patient's Signature and Date / Tandatangan Pesakit dan Tarikh:	Full Name / Nama Penuh	
	NRIC No. / No. KP	
	Tel. No. / No. Tel.	
d d / m m / y y y y	Email Address / Alamat Emel	

Insured's or Claimant's Signature and Date / Tandatangan Pemegang Polisi atau Penuntut dan Tarikh:	Full Name / Nama Penuh	
	NRIC No. / No. KP	
	Tel. No. / No. Tel.	
	Relationship to Patient / Hubungan dengan Pesakit	
d d / m m / y y y y		

Witness's Signature and Date / Tandatangan Saksi dan Tarikh:	Full Name / Nama Penuh	
	NRIC No. / No. KP	
	Tel. No. / No. Tel.	
d d / m m / y y y y	Email Address / Alamat Emel	

Zurich General Insurance Malaysia Berhad

Registration No. 201701035345 (1249516-V)
Level 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia
Tel: 03-2109 6000 Fax: 03-2109 6888 Call Centre: 1-300-888-622

