

**ZURICH**[®]

Personal Accident Claim Form

Borang Tuntutan Kemalangan Peribadi

Important Note / Nota Penting:

1. Unless stated otherwise, you are required to submit **ALL** the documents stated on the checklist below to the Company. Kindly note that the Company does not admit liability by issuing this form. / *Kecuali dinyatakan sebaliknya, anda dikehendaki untuk menghantarkan **SEMUA** dokumen yang telah disenaraikan di bawah kepada Syarikat. Anda juga diingatkan bahawa Syarikat tidak mengakui sebarang tanggungan dengan mengeluarkan borang ini.*
2. This form must be completed giving full particulars of any event in respect of which a claim is to be made and return to the Company at which the Policy is issued as soon as possible, but in any case within fourteen (14) days after the occurrence of the accident. / *Borang ini mesti diisi dengan memberikan butiran penuh sebarang kejadian berkaitan dengan tuntutan yang akan dibuat dan dipulangkan kepada Syarikat di mana Polisi dikeluarkan secepat mungkin, tetapi dalam apa jua dalam masa empat belas (14) hari selepas berlaku kemalangan.*

CHECKLIST / SENARAI

- Duly Completed and signed Claim Form / *Borang Tuntutan yang lengkap diisi dan ditandatangani*
- Salary slips for the past 3 months prior to accident (For Group PA, if unnamed basis only) / *Slip Gaji selama 3 bulan sebelum kemalangan (Untuk Polisi Kemalangan Peribadi Kumpulan, jika ia tidak bernama sahaja)*
- Duly Completed and signed [Medical Report](#) by last attending doctor which is obtainable from www.zurich.com.my (for claims exceeding RM500) or post-mortem report / [Laporan Perubatan](#) yang diperolehi dari www.zurich.com.my, wajib lengkap diisi dan ditandatangani oleh doktor yang memberi rawatan terakhir (untuk tuntutan melebihi RM500) atau Laporan Bedah Siasat

For Motor Accidents only / Untuk Kemalangan Motor sahaja:

- Photocopy of Police Report / *Salinan Laporan Polis*
- Photocopy of the Insured Person's Driving License / *Salinan Lesen Memandu Orang yang Diinsuranskan*

For Accidental Permanent Disablement only / Untuk Kecacatan Berkekalan Akibat Kemalangan sahaja:

- MRI, CT or X-Ray Report / *Laporan MRI, CT atau Sinaran X*
- Photographs of injured parts on the Insured Person / *Foto Kecederaan pada Orang yang Diinsuranskan*

For Accidental Medical Expenses Reimbursement or Accidental Hospital Income only / Untuk Pembayaranbalikan Kos Rawatan akibat Kemalangan atau Pendapatan Hospital akibat Kemalangan sahaja:

- Original Medical Receipt or Bill, with circumstances of accident be written by the attending physician (for claims less than RM 500 only) / *Resit atau Bil Rawatan yang asal, dengan keadaan kemalangan dituliskan oleh doktor yang memberi rawatan berkenaan (Untuk tuntutan kurang daripada RM 500 sahaja)*
- Inpatient Hospital Bill / *Bil Hospital*

For Accidental Death or Bereavement Benefits only / Untuk Kematian akibat Kemalangan atau Khairat Kematian sahaja:

- Photocopy of Death Certificate / *Salinan Sijil Kematian*
- Newspaper Cuttings, if any / *Keratan Akhbar, jika ada*
- Proof of relationship between the Claimant and the Deceased (e.g. Marriage Certificate or Birth Certificate) / *Bukti perhubungan antara Penuntut dan Pihak yang Mati (contohnya, Sijil Perkahwinan atau Sijil Kelahiran)*

For Weekly Indemnity due to Accident – Temporary Total and Partial Disablement only / Untuk Pampasan Mingguan akibat Kemalangan – Kecacatan Keseluruhan dan Separa Sementara sahaja:

- Medical Leave Certificate / *Sijil Cuti Perubatan*

Part / Bahagian I		Policyholder's Details / Butiran Pemegang Polisi	
Name / Nama		Policy No. / No. Polisi	
Part / Bahagian II		Claimant's Details / Butiran Penuntut	
Name / Nama		NRIC or Passport No. / No. KP atau Pasport	
Address / Alamat			
Tel No. / No. Tel.		Email Address / Alamat Emel	

Occupation / Pekerjaan		Employer's Name / Nama Majikan	
Employer's Address / Alamat Majikan		Employer's Tel. No. / No. Tel. Majikan	

Part / Bahagian III	The Accident / Butiran Kemalangan
----------------------------	--

Date / Tarikh	<input type="text" value="d"/> <input type="text" value="d"/> / <input type="text" value="m"/> <input type="text" value="m"/> / <input type="text" value="y"/> <input type="text" value="y"/> <input type="text" value="y"/> <input type="text" value="y"/>	Time / Masa	<input type="text" value="h"/> <input type="text" value="h"/> : <input type="text" value="m"/> <input type="text" value="m"/> a.m. / p.m.
------------------	---	----------------	---

Location / Tempat	
----------------------	--

Does the accident involve anyone else or motor vehicles? If yes, kindly provide the details below. / Adakah kemalangan tersebut melibatkan sesiapa atau kenderaan motor? Jika ada, sila berikan maklumat yang berkenaan di bawah. * Yes / Ya No / Tidak

Vehicle Registration No. (if any) No. Pendaftaran Kenderaan (jika ada)	Name of the Person Involved or Driver Nama Pihak yang Terlibat atau Pemandu	Tel No. No. Tel

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

Is the claimant entitled to compensation from any other sources in respect to this accident? If yes, kindly provide the details below. / Adakah Penuntut layak untuk menerima pampasan dari sumber-sumber lain bagi kemalangan tersebut? Jika ada, sila berikan maklumat yang berkenaan di bawah. * Yes / Ya No / Tidak

Name of the Company Nama Syarikat	Amount of Compensation (RM) Jumlah Pampasan (RM)

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

Kindly state in detail how the accident occurred and what the Insured Person was doing at that time. / Sila nyatakan secara terperinci bagaimana kemalangan berlaku dan apa yang dilakukan oleh Orang yang Diinsuranskan pada masa itu.

Kindly state the injuries that the Insured Person has sustained from the accident. / Sila nyatakan dengan tepat kecederaan yang dialami oleh Orang yang Diinsuranskan pada masa itu.

Part / Bahagian IV	Treatment Details / Butiran Rawatan
---------------------------	--

Name of the Attending Doctor / Nama Doktor yang memberi rawatan	
Name of the Clinic or Hospital / Nama Klinik atau Hospital	
Address of the Clinic or Hospital / Alamat Klinik atau Hospital	

Part / Bahagian V	Supplementary Details / Butiran Sampingan
--------------------------	--

Has the claimant ever met with any accident in the last 5 years? If yes, kindly give the particulars below. / Pernahkah Penuntut tersebut terlibat dalam sebarang kemalangan dalam jangka 5 tahun yang lalu? Jika ya, sila berikan butirannya di bawah. Yes / Ya No / Tidak

Did the claimant make any claims for compensation from any other insurers or Takaful operators in respect to accident met in the last 5 years? If yes, kindly provide the details below. / *Pernahkah Penuntut tersebut membuat tuntutan pampasan dari mana-mana syarikat penanggung insurans atau pengendali Takaful bagi kecederaan akibat sebarang kemalangan dalam jangka 5 tahun yang lalu? Jika ya, sila berikan maklumat yang berkenaan di bawah. **

Yes / Ya

No / Tidak

Name of the Insurer or Takaful Operator <i>Nama Syarikat Penanggung Insurans atau Pengendali Takaful</i>	Amount of Compensation (RM) <i>Jumlah Pampasan (RM)</i>

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

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

Part / Bahagian VII	Declaration and Authorisation / Pengisytiharan dan Kebenaran
a)	<p>I / We hereby declare that I / We have complied in every respect with the terms and conditions of the policy and that I / We have not abstained from my / our usual occupation, either entirely or partially, longer than absolutely necessary in consequence of the said accident, and that such accident is the sole cause of my / our disablement.</p> <p><i>Saya / Kami dengan ini mengisytiharkan bahawa saya / kami telah mematuhi terma dan syarat polisi ini dalam segala hal dan saya / kami tidak mengecualikan diri daripada melakukan kerja biasa saya / kami, sama ada sebahagiannya atau sepenuhnya, lebih lama daripada yang benar-benar perlu disebabkan oleh kemalangan tersebut, dan kemalangan tersebut adalah punca tunggal kehilangan saya / kami.</i></p>
b)	<p>I / We hereby warrant the truth of the foregoing statements and particulars in every respect, and I / We agree that if I / We have made, or in any further declaration the officers of the Company may require me / us in respect of the said claim shall make, any false or fraudulent statement or concealment of material fact, the Policy shall be void as against the Company and my / our right to compensation absolutely forfeited, and I am / We are willing, whenever required by the officers of the Company, to make statutory declaration of the truth of all the foregoing statements, and of such other particulars as may be required by the officers of the Company.</p> <p><i>Saya / Kami dengan ini mengesahkan kebenaran kenyataan dan butiran di atas dalam segala hal, dan saya / kami bersetuju bahawa jika saya / kami membuat, atau dalam sebarang perakuan yang perlu dibuat atas permintaan pegawai Syarikat berkaitan tuntutan tersebut, membuat sebarang kenyataan palsu atau menipu atau melindungi fakta penting, Polisi ini adalah tidak sah terhadap Syarikat dan hak saya / kami untuk menuntut pampasan dibatalkan sepenuhnya, dan saya / kami sanggup, apabila diperlukan oleh pegawai Syarikat, untuk membuat perakuan berkanun tentang kebenaran semua kenyataan di atas, dan butiran lain yang mungkin diperlukan oleh pegawai Syarikat.</i></p>
c)	<p>I / We confirm the account name and details are correct as detailed in the above and the Company has the authority to credit the payable amount into the bank account directly. I / We agree to indemnify the company for any damages, losses, costs and/or expenses incurred by the Company arising from or in connection with payments made to the account in accordance with my instructions herein.</p> <p><i>Saya / Kami mengesahkan nama akaun dan butir-butir adalah betul seperti yang dinyatakan di atas dan pihak Syarikat mempunyai kuasa untuk mengreditkan jumlah yang perlu dibayar ke dalam akaun bank secara langsung. Saya/Kami bersetuju untuk menanggung kerugian pihak Syarikat atas apa-apa sebarang kerosakan, kos dan/atau perbelanjaan yang ditanggung</i></p>

oleh pihak Syarikat yang timbul daripada atau berkaitan dengan pembayaran yang dibuat kepada akaun mengikut arahan saya / kami di sini.

d) I / We hereby authorise any physician, practitioner, hospital or clinic by whom or where I / We have been examined or treated for any reason, to give full particulars thereof including prior medical history to Zurich General Insurance Malaysia Berhad. A photostat copy of this authorisation shall be deemed valid as original.

Dengan ini saya / kami membenarkan mana-mana doktor, pengamal perubatan, hospital atau klinik yang telah memeriksa atau merawat saya / kami atas sebarang sebab, untuk memberikan butir-butir penuh mengenainya termasuklah sejarah perubatan sebelumnya kepada Zurich General Insurance Malaysia Berhad. Salinan fotostat kebenaran ini hendaklah dianggap sebagai sah seperti yang asal.

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>

Signature of Policyholder, Claimant or Employee /
Tandatangan Pemegang Polisi, Penuntut atau Kakitangan
Syarikat:

Employee's Company Stamp /
Cop Syarikat Pekerja:

Date / Tarikh

d d / m m / y y y y