

Claim Form / *Borang Tuntutan*



**Please complete the applicable section in this Part
(incomplete information may delay the processing of the claim)**

(butir yang tidak lengkap akan melambatkan process tuntutan)

A. Details of Policy Holder/Employer / Butir-butir Pemegang Polisi/Majikan

Risk No. / No. Risiko

--	--	--	--	--	--

Gender / *Jantina*☐ Male / *Lelaki* ☐ Female / *Perempuan*

☐ Married / *Berkahwin* ☐ Single / *Bujang* ☐ Others / *Lain-lain* _____

Email / *Emel*

Handphone No. / No. Telefon Bimbit

			-								
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

			-								
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Butir-butir Orang yang Diinsuranskan/Pekerja/Penuntut Insurans (jika berlainan dari atas)

Nama Orang yang Diinsuranskan/Pekerja/Penuntut Insurans

Gender / *Jantina*☐ Male / *Lelaki* ☐ Female / *Perempuan*Occupation / *Pekerjaan*

Email / *Emel* _____

			-								
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

			-								
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

		-								
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

☐ Accident / *Kemalangan* ☐ Hospitalization / *Hospitalisasi* ☐ Out-patient / *Pesakit Luar* ☐ Accidental Death / *Kematian disebabkan Kemalangan*

1. If due to Accident / Jika disebabkan Kemalangan:

a) Date of Accident / *Tarikh Kemalangan*

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Time of Accident / *Masa Kemalangan*

		:		
--	--	---	--	--

 AM/PM

b) Location of Accident / Lokasi Kejadian

c) Describe in detail how the accident happened and the type of injuries sustained.
Terangkan secara terperinci bagaimana kemalangan berlaku dan kecederaan yang dialami.

d) Provide name and address of person(s) who witnessed the accident. / *Nama dan alamat saksi menyaksikan kemalangan tersebut.*

2. If due to Sickness / Jika disebabkan Penyakit:

a) Describe in detail the symptoms of the medical condition. / *Terangkan secara terperinci tanda-tanda penyakit.*

b) Date when it first appeared / <i>Tarikh bila penyakit bermula</i>	D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

3. **Date and time of first treatment / Tarikh dan masa rawatan pertama kali**

Date / *Tarikh*

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Time / *Masa*

		:		
--	--	---	--	--

 AM/PM

4. **Name, address and tel. no. of the first attending doctor.** / *Nama, alamat dan no. telefon doktor yang memberi rawatan pertama kali.*

Name of Doctor / Nama Doktor

Address of Hospital / *Alamat Hospital*

Tel No. / No. Tel				-								
-------------------	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Date and time of hospitalization (if applicable) / Tarikh dan masa masuk wad (jika berkenaan)

Date / *Tarikh*

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Time / *Masa*

		:		
--	--	---	--	--

 AM/PM

6. a) If hospitalized at overseas, please advise purpose of the overseas trip.
Jika dimasukkan wad di luar negara, sila terangkan sebab keluar negara.

☐ Seek Medical Treatment / *Untuk Rawatan* ☐ Business / *Pekerjaan* ☐ Holiday / *Cuti*

b) Date of Departure

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Date Return to Malaysia

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Tarikh Perlepasan Tarikh Pulang ke Malaysia

(Please enclose a copy of your flight booking itinerary / *Lampirkan salinan tempahan tiket penerbangan*)

- | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | D | - | M | M | - | Y | Y | Y | Y |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Tel No. / No. Tel

			-							
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

- | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Tel No. / No. Tel | | | | - | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|

- ☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*

Company's Name <i>Nama Syarikat</i>	Reference/Policy No. <i>No. Rujukan/Polisi</i>	Incident Date <i>Tarikh Kejadian</i>	Details of Claim <i>Butir-butir Tuntutan</i>	Claim Amount <i>Amaun Tuntutan</i>

- From / *Dari*

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 To / *Hingga*

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

I hereby declare the foregoing particulars to be true in every aspect.

I hereby authorise any hospital, doctor or any other person who has attended to me/the insured person to furnish Chubb Insurance Malaysia Berhad (Chubb) or its representative any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation, prescription or treatment and copies of all hospital and medical records. I further confirm that my employer may be approached for verification of my claim and I hereby authorised them to disclose any such information required.

I understand that Chubb needs to deal with my/the insured person's personal data including my/the insured person's sensitive personal data such as details about my/the insured person's health and condition, if any, to administer and assess the claim provided in this form and any other claim related matters. To achieve these purposes, I allow Chubb to collect, use and disclose my/the insured person's personal data to selected third parties in or outside Malaysia, in accordance with Chubb's Personal Data Protection Notice, which is found in Chubb's website at <http://www.chubb.com/my-privacy>. I may contact Chubb for access to or correction of my/the insured person's personal data, or for any other queries or complaints. Where I have given Chubb personal data that is of the insured person, I confirm that I have informed the insured person, I have gotten the insured person's consent and/or I am legally authorised to do so.

Saya/Kami dengan ini mengesahkan bahawa segala butir-butir yang terkandung adalah benar dan betul.

Dengan ini saya/kami memberi kebenaran mana-mana hospital, doctor atau sesiapa yang pernah merawat saya/kami untuk mengemukakan kepada Chubb Insurance Malaysia Berhad (Chubb) atau wakil-wakil mereka sebarang dan semua maklumat berkaitan sebarang penyakit, sejarah eprubatan, preskripsi perundingan atau rawatan dan salinan semua rekod hospital dan perubatan. Saya/Kami bersetuju bahawa salinan kebenaran ini akan mempunyai kesan yang sama dan sah seperti salinan asal. Saya/Kami juga mengesahkan majikan saya/kami boleh dihubungi untuk mendapatkan pengesahan tuntutan saya/kami dan dengan ini membenarkan mereka mendedahkan sebarang maklumat yang diperlukan.

Saya faham bahawa Chubb perlu berurusan dengan data peribadi saya/pihak diinsuranskan termasuklah data peribadi sensitif saya/pihak diinsuranskan seperti butir-butir mengenai kesihatan dan keadaan saya/pihak diinsuranskan, sekiranya ada, untuk mentadbir dan menilai tuntutan yang dinyatakan dalam boring ini dan lain-lain perkara yang berkaitan dengan tuntutan tersebut. Untuk mencapai tujuan-tujuan ini, saya membenarkan Chubb untuk mengumpul, mengguna dan memberi data peribadi saya/pihak diinsuranskan kepada pihak ketiga terpilih yang terletak di dalam atau di luar Malaysia, selaras dengan Notis Perlindungan Data Peribadi Chubb, yang terdapat dalam laman web Chubb di <http://www.chubb.com/my-privacy>. Saya boleh menghubungi Chubb untuk mendapatkan atau membetulkan data peribadi saya/pihak diinsuranskan, atau untuk sebarang pertanyaan atau aduan. Apabila saya memberikan kepada Chubb data peribadi pihak diinsuranskan, saya pasti bahawa saya telah memaklumkan kepada pihak diinsuranskan, saya telah mendapati persetujuan pihak diinsuranskan dan/atau saya telah diberikuasa secara sah untuk berbuat sedemikian.

Signature of Insured Person/
Employee/Claimant
Tandatangan Pihak Diinsuranskan/
Pekerja/Penuntut
Name / Nama:
Date / Tarikh:

Signature of Policyholder/Employer
Tandatangan Pemegang Polisi/Majikan
Name / Nama:
Date / Tarikh:

Company Chop (if applicable)
Cop Syarikat (jika berkenaan)

Authorization Form to Register for Payment by Direct Credit to Bank Account*Borang Kebenaran Pendaftaran Bayaran secara Terus ke Akaun Bank*

I/We hereby authorize Chubb Insurance Malaysia Berhad (Chubb) to credit all my/our payments to my/our bank account indicated below:
Saya/Kami dengan ini memberi kebenaran kepada Chubb Insurance Malaysia Berhad (Chubb) untuk mengkreditkan ke semua bayaran tuntutan saya/kami ke dalam akaun bank yang dinyatakan seperti di bawah:

1. I/We hereby declare that the information given below is true and accurate to the best of my/our knowledge and records. / *Saya/Kami dengan ini mengaku bahawa maklumat yang telah dinyatakan di bawah adalah benar dan tepat mengikut pengetahuan dan rekod saya/kami.*
2. I/We understand that Chubb will rely and act based on the given information contained herein. / *Saya/Kami faham bahawa Chubb akan bergantung dan bertindak berdasarkan maklumat yang terkandung di sini.*
3. I/We shall indemnify Chubb and its banker(s) against any loss and/or damage howsoever arising from any matters in relation to Fund Transfer requested by me/us herein including but not limited to error/incorrectness/inaccuracies of the information provided, delayed payment(s) and any other circumstances beyond the control of Chubb and/or its banker(s). / *Saya/Kami akan menanggung rugi Chubb dan bank-banknya terhadap sebarang kerugian dan/atau pampasan ganti rugi yang diakibatkan daripada sebarang perkara berhubung dengan Pemindahan Dana yang diminta oleh saya/kami termasuk tetapi tidak terhad kepada kesilapan/ketidakbetulan/ketidaktepatan maklumat yang telah dinyatakan, bayaran-bayaran tertangguh dan sebarang keadaan di luar kawalan Chubb dan/atau bank-banknya.*
4. I/We understand and acknowledge that Chubb has the right to collect the/my/our information. By signing the authorization form, I/We consent to Chubb using and disclosing my/our personal information for the purpose stated here. I/We also agree to provide information necessary to verify any statement given on this authorization form and to update information promptly to Chubb. / *Saya/Kami memahami dan mengakui bahawa Chubb mempunyai hak untuk mengumpul maklumat saya/kami. Dengan menandatangani borang kebenaran, saya/kami memberi kebenaran kepada Chubb untuk menggunakan dan mendedahkan maklumat peribadi saya/kami bagi tujuan yang dinyatakan di sini. Saya/Kami juga bersetuju untuk memberikan sebarang maklumat yang diperlukan untuk menentusahkan sebarang pernyataan yang diberikan pada borang kebenaran ini dan untuk mengemas kini maklumat dengan segera kepada Chubb.*
5. I/We understand and acknowledge that my/we providing the bank details does not tantamount to Chubb having admitted liability towards my/our claim under the relevant insurance policies but is only to facilitate the safe receipt of any monies that is due to me/us. *Saya/Kami memahami dan mengakui bahawa saya/kami dengan memberikan butiran bank tidaklah bermaksud Chubb mengakui liabiliti terhadap tuntutan saya/kami di bawah dasar-dasar insurans yang berkaitan sebaliknya ianya hanyalah untuk memudahkan penerimaan selamat sebarang wang yang harus diterima oleh saya/kami.*

Banking Details (Please Ensure Accuracy of Details) / Butiran Perbankan (Sila Pastikan Butiran yang Tepat Dinyatakan)

Account Name (Beneficiary Name) / Nama Account (Nama Benefisiari)			
Business Registration No./NRIC No. Pendaftaran Perniagaan/No. KP			
Bank Name / Nama Bank			
Bank Address / Alamat Bank			
Bank Account Number / Nombor Akaun Bank			
Swift Code / Kod Swift			
Telephone No. / No. Telefon		Extension No. / No. Sambungan	
Mobile No. / No. Telefon Bimbit			
Email Address / Alamat Emel	1. 2. 3.		

Authorised Signatory
Tandatangan yang Diberikuasa
Name / Nama :
Position / Jawatan :
Date / Tarikh :

Company Chop / Cop Syarikat

Notice / Notis

1. For verification purposes, kindly attach a photocopy of the cheque book cover/top portion of the bank statement/relevant page of the bank account and any other supporting document(s) that confirms and verifies that the said account belongs to you/your company.
Untuk tujuan pengesahan, sila lampirkan salinan kulit buku cek/bahagian atas penyata bank/halaman yang berkaitan akaun bank dan dokumen sokongan lain yang mengesahkan dan menentusahkan bahawa akaun tersebut adalah kepunyaan anda/syarikat anda.
2. For all intents and purpose where there is a conflict or ambiguity as to be the meaning in the Bahasa Malaysia provisions, it is hereby agreed that the English version shall prevail. / *Bagi setiap tujuan dan maksud sekiranya terdapat konflik atau kekaburan berkenaan makna di dalam peruntukan Bahasa Malaysia, adalah dipersetujui bahawa versi Bahasa Inggeris akan digunakan.*

Contact Us / Hubungi Kami

Chubb Insurance Malaysia Berhad
(formerly known as ACE Jerneh Insurance Berhad) (9827-A)
(Licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia)
Wisma Chubb
38 Jalan Sultan Ismail
50250 Kuala Lumpur
Malaysia
O +6 03 2058 3000
F +6 03 2058 3333
TF 1 800 88 2846
www.chubb.com/my

Chubb. Insured.SM

Medical Report

Laporan Perubatan



Policy No. / No. Polisi

[illegible]

Claim No. / No. Tuntutan

[illegible]

To be completed by the Attending Physician/Surgeon
(Charges for completion of this certificate, if any is to be paid by the patient)

Untuk diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Bedah (Bayaran yang dikenakan untuk melengkapi borang ini, jika ada hendaklah dibayar oleh pesakit)

A. Patient's Name / Nama Pesakit

New I.C. No. / No. K.P. Baru

						-			-				
--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Gender / *Jantina*

☐ Male / *Lelaki* ☐ Female / *Perempuan*

MRN No. / No. Pendaftaran

[illegible]

Date Admitted

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Time / M_{as}
$$a \quad \begin{array}{|c|c|c|c|c|} \hline & & : & & \\ \hline \end{array}$$

AM/PM

Tarikh Masuk Wad

Date Discharged

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Time / M_{as}

a			:		
-----	--	--	---	--	--

AM/PM

1. Diagnosis of Illness or Injury / *Diagnosis Penyakit atau Kecelakaan*

2. Cause and Pathology of the Diagnosis / *Punca dan Patologi Diagnosis*

3. Underlying condition(s) present? / Penyakit lain yang ada? ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak

If yes, please provide the underlying condition(s). / Jika ya, sila berikan penyakit tersebut.

4. Did the underlying condition(s) directly or indirectly result in the current diagnosis? / Adakah penyakit yang sedia ada secara langsung/tidak langsung menyebabkan diagnosis terkini?

☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*

If yes, please provide explanation. / Jika ya, sila beri penjelasan.

5. When did the patient first consulted you for this condition?

Bilakah kali pertama pesakit jumpa anda untuk keadaan ini?

B. If due to Sickness / Jika disebabkan oleh Penyakit:

1. In your professional opinion, how long the condition had existed?
Pada pendapat profesional anda, berapa lamakah penyakit sudah dialami?

2. Is this a recurrent condition? / Adakah ia penyakit berulang? ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
If yes, please provide details. / Jika ya, sila beri keterangan.

C. If due to Accident / Jika disebabkan oleh Kemalangan:

1. Please indicate date and time of accident. / Nyatakan tarikh dan masa kemalangan.

Date / Tarikh - - Time / Masa : AM/PM

2. How did the accident happened? / Bagaimana kemalangan berlaku?

3. Please state whether the injuries are consistent with the circumstances of the accident?
Sila nyatakan adakah kecederaan yang dialami selaras dengan keadaan kemalangan? ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
If no, please provide details. / Jika tidak, sila beri keterangan.

4. Is there anything in the patient's medical history which may have contributed directly or indirectly to the accident or which may likely to retard his/her recovery? / Is there anything in the patient's medical history which may have contributed directly or indirectly to the accident or which may likely to retard his/her recovery? ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
If yes, please give details. / Jika ya, sila beri keterangan.

5. In your professional opinion and taking into account the patient's occupation, to what extent have the injuries disabled the patient?
Pada pendapat profesional anda dan dengan mengambil kira pekerjaan pesakit, setakat manakah kecederaan telah menidakupayakan pesakit?

☐ Temporary Total Disablement / Ketidakupayaan Penuh Sementara
Patient completely unable to attend to duty or any business affairs whatsoever (supported with medical sick leave certificate).
Pesakit langsung tidak dapat menjalankan tugas atau sebarang urusan perniagaan (disokong dengan sijil cuti sakit).

From / Dari - - To / Hingga -

☐ Temporary Partial Disablement / Ketidakupayaan Separa Sementara
Patient can attend part of work/duty/business affairs (supported with light duty certificate).
Pesakit hanya dapat menjalankan sebahagian dari kerja/tugas/urusan perniagaan (disokong dengan sijil kerja ringan).

From / Dari - - To / Hingga -

6. If the patient has been totally disabled (temporary) for more than two weeks from attending to his/her usual duty, please describe in detail the reasons why the patient cannot work or attend to his duties keeping in mind the occupation of the patient. / Jika tempoh ketidakupayaan penuh (sementara) pesakit dari menjalankan tugasnya yang biasa lebih daripada dua minggu, sila nyatakan dengan terperinci sebab-sebab pesakit tidak dapat menjalankan kerja atau menguruskan perniagaannya dengan mengambil kira pekerjaan pesakit.

7. a) Is the patient suffering from any permanent disablement?

Adakah pesakit mengalami sebarang keilatan kekal?

☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak

If yes, please provide full details of the disablement. / Jika ya, sila nyatakan dengan terperinci.

b) Any chance of further recovery expected? / Adakah peluang pemulihan dijangka lagi?

c) When was the onset date of the Permanent Disablement? / Bilakah tarikh bermulanya keilatan kekal?

d) When is the patient's next appointment date? / Bilakah tarikh temujanji pesakit seterusnya?

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

8. Have you any reason to suspect/believe that the patient was under the influence of intoxicants at the time of the accident? / Adakah anda mempunyai sebarang sebab untuk mengesyaki pesakit berada di bawah pengaruh bahan yang memabukkan pada masa kemalangan?

Declaration / Pengisytiharaan

I hereby certify that I have examined the abovementioned patient and the facts set out are true to the best of my knowledge.

Saya mengesahkan bahawa saya telah memeriksa pesakit yang tersebut di atas dan fakta-fakta yang dinyatakan di atas adalah benar sepanjang pengetahuan saya.

Signature of Physician/Surgeon
Tandatangan Pakar Perubatan/Pakar Bedah

Name / Nama

Clinic/Hospital's Stamp
Cop Klinik/Hospital

Notice / Notis

For all intents and purpose where there is a conflict or ambiguity as to be the meaning in the Bahasa Malaysia provisions, it is hereby agreed that the English version shall prevail. / Bagi setiap tujuan dan maksud sekiranya terdapat konflik atau kekaburan berkenaan makna di dalam peruntukan Bahasa Malaysia, adalah dipersetujui bahawa versi Bahasa Inggeris akan digunakan.

Contact Us / Hubungi Kami

Chubb Insurance Malaysia Berhad
(formerly known as ACE Jerneh Insurance Berhad) (9827-A)
(Licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia)
Wisma Chubb
38 Jalan Sultan Ismail
50250 Kuala Lumpur
Malaysia
O +6 03 2058 3000
F +6 03 2058 3333
TF 1 800 88 2846
www.chubb.com/my

Chubb. Insured.SM