

**BORANG TUNTUTAN HOSPITAL - KENYATAAN PIHAK YANG MENUNTUT
HOSPITAL BENEFIT CLAIM FORM - CLAIMANT'S STATEMENT**

Bahagian A / Part A

Borang ini hendaklah diisi oleh pihak yang menuntut. Semua soalan hendaklah dijawab dengan lengkap. Tanda (-) tidak akan diterima. *This form is to be completed by the claimant. All questions must be answered. Dash (-) is not acceptable.*

Dokumen sokongan yang diperlukan adalah / Supporting documents required are:-			
1. Salinan bil / Nota discaj menunjukkan tarikh masuk dan keluar hospital <i>Copy of hospital bill/ discharge note showing admission and discharge date</i>			
2. Surat Akuan Masuk dan Keluar <i>Admission and Discharge Card</i>			
3. Keputusan Makmal dan Radiologi <i>Laboratory and Radiology Reports</i>			
1. Butir tentang Hayat yang dilindungi / Particulars of Life Assured			
a.	No. Polisi <i>Policy No</i>		
b.	Nama Hayat Diinsuranskan. <i>Name of Life Assured</i>		
c.	No. Kad Pengenalan <i>NRIC</i>	Lama: <i>Old:</i>	Baru: <i>New:</i>
d.	No. Telefon Bimbit <i>Mobile Phone No.</i>		
e.	Alamat Surat Menyurat Terkini <i>Current Correspondence Address</i>		
2. Butir tentang Pihak Menuntut / Particular of Policyowner / Claimant			
a.	Nama Pemegang Polisi / Penuntut <i>Name of Policyowner / Claimant</i>		
b.	No. Kad Pengenalan <i>NRIC</i>	Lama: <i>Old:</i>	Baru: <i>New:</i>
c.	No. Telefon Bimbit <i>Mobile Phone No.</i>		
d.	Alamat e-mel / <i>Email address</i>		
3. Butir kemasukan hospital / Hospitalisation details			
a.	(a) Masuk hospital : Tarikh / Waktu <i>Admission : Date / Time</i> (b) Keluar hospital : Tarikh / Waktu <i>Discharge : Date / Time</i>		

b.	Jika kemasukan ke hospital adalah akibat kemalangan, sila nyatakan <i>If hospitalization was due to accident, please state</i> (a) Tarikh dan masa kemalangan <i>Date and time of accident</i> (b) Bagaimana kemalangan tersebut berlaku? <i>How did the accident occur?</i> (c) Jenis dan tahap kemalangan tersebut berlaku? <i>Nature and extent of injury?</i>									
c.	Jika kemasukan ke hospital akibat penyakit, sila nyatakan <i>If hospitalization was due to illness, please state</i> (a) Apakah simptom yang dialami? <i>What were the symptoms presented?</i> (b) Sudah berapa lamakah simptom tersebut dialami sebelum kemasukkan hospital. <i>How long had these symptoms presented before admission to hospital?</i>									
d.	Sila berikan maklumat lanjut rundingan: Please provide details of consultations: (a) Doktor yang merujuk hayat yang dilindungi ke hospital <i>The doctor who referred Life Assured to hospital</i> (b) Semua doktor lain yang merawat untuk penyakit ini <i>All other doctors consulted for this illness</i> (c) Nama dan alamat doktor yang biasa merawat hayat yang dilindungi selain daripada yang di atas <i>Name and address of Life Assured's regular treating doctor other than the above.</i>	<table border="0"> <tr> <td>Tarikh (HH/BB/TTTT) klinik</td> <td>Nama dan alamat doctor/ hospital/ klinik</td> </tr> <tr> <td><u>hospital/</u> <u>Date (DD/MM/YYYY)</u></td> <td><u>Name and address of doctor/</u> <u>clinic</u></td> </tr> </table>	Tarikh (HH/BB/TTTT) klinik	Nama dan alamat doctor/ hospital/ klinik	<u>hospital/</u> <u>Date (DD/MM/YYYY)</u>	<u>Name and address of doctor/</u> <u>clinic</u>				
Tarikh (HH/BB/TTTT) klinik	Nama dan alamat doctor/ hospital/ klinik									
<u>hospital/</u> <u>Date (DD/MM/YYYY)</u>	<u>Name and address of doctor/</u> <u>clinic</u>									
e.	Adakah hayat yang dilindungi kini diinsuranskan untuk faedah hospitalisasi dengan syarikat lain? Jika ya, sila nyatakan <i>Is Life Assured presently insured for hospitalization benefits with other companies? If yes, please state.</i> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Yes No <table border="0"> <tr> <td>Nama Syarikat Insurans Faedah (RM)</td> <td>No. Polisi</td> <td>Tarikh Berkuatkuasa (HH/BB/TTTT)</td> <td>Amaun</td> </tr> <tr> <td><u>Names of Insurance Companies</u> <u>Benefits (RM)</u></td> <td><u>Policy No.</u></td> <td><u>Effective Dates (DD/MM/YYYY)</u></td> <td><u>Amount of</u></td> </tr> </table>		Nama Syarikat Insurans Faedah (RM)	No. Polisi	Tarikh Berkuatkuasa (HH/BB/TTTT)	Amaun	<u>Names of Insurance Companies</u> <u>Benefits (RM)</u>	<u>Policy No.</u>	<u>Effective Dates (DD/MM/YYYY)</u>	<u>Amount of</u>
Nama Syarikat Insurans Faedah (RM)	No. Polisi	Tarikh Berkuatkuasa (HH/BB/TTTT)	Amaun							
<u>Names of Insurance Companies</u> <u>Benefits (RM)</u>	<u>Policy No.</u>	<u>Effective Dates (DD/MM/YYYY)</u>	<u>Amount of</u>							

Pengisytiharan / Declaration

Saya menjamin kebenaran ke atas keterangan-keterangan yang dikemukakan, samada ditulis oleh saya atau bagi pihak saya. Saya mengaku bahawa syarat-syarat insurans saya telah patuhi. Saya bersetuju bahawa jika ada kenyataan yang tidak benar atau salah, tekanan atau menyembunyikan dibuat oleh saya, hak saya ke atas tuntutan ini akan ditarik balik secara mutlak.
I warrant the truth of the foregoing particulars, whether written by me or on my behalf. I declare that the conditions of my insurance have been complied with. I agree that if any false or untrue statement, suppression or concealment, is made by me, my right to this claim shall be absolutely forfeited.

 Tandatangan Pemegang Polisi / Penuntut
Signature of Policyowner / Claimant

Nama/ Name: _____

No. KP/ NRIC: _____

Tarikh/ Date: _____

 Tandatangan Saksi
Signature of Witness

Nama/ Name: _____

No. KP/ NRIC: _____

Tarikh/ Date: _____

BORANG TUNTUTAN HOSPITAL – KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT
HOSPITAL BENEFIT CLAIM FORM – ATTENDING PHYSICIAN’S STATEMENT

Bahagian B / Part B

Semua soalan hendaklah dijawab dengan lengkap. Tanda (-) tidak akan diterima. Segala penukaran hendaklah disahkan oleh doktor yang merawat / All questions must be answered. Dash (-) is not acceptable. All alterations must be initialed by treating physician.

1.	Nama Pesakit <i>Patient's Name</i>	
2.	No. Kad Pengenalan <i>NRIC</i>	Lama: <i>Old:</i> Baru: <i>New:</i>
3.	(a) Pendaftaran : Tarikh / Waktu <i>Admission : Date / Time</i> (b) Keluar : Tarikh / Waktu <i>Discharge : Date / Time</i>	HH/BB/TT Waktu DD/MM/YY <i>Time</i> HH/BB/TT Waktu DD/MM/YY <i>Time</i>
4.	Jika kemasukan ke hospital adalah akibat kemalangan, sila nyatakan <i>If hospitalization was due to accident, please state</i> (a) Tarikh dan masa kemalangan <i>Date and time of accident</i> (b) Jenis kemalangan: <i>Nature of accident</i>	
5.	Tarikh pertama kali anda memberi rawatan kepada pesakit bagi penyakit / kecederaan / keadaan ini. <i>The date on which you first saw the patient for this illness / injury / condition</i>	
6.	Adakah pesakit dirujuk kepada hospital anda oleh doktor yang lain? Jika ada, sila nyatakan nama dan alamat doktor tersebut, serta berikan salinan surat rujukan. <i>Was the patient referred to your hospital by any other doctor? If yes, please indicate his / her name, address and provide a copy of referral letter.</i>	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No Butir doctor and merujuk/ <i>Details of referral doctor:</i>
7.	Apakah simptom yang diberitahu oleh pesakit ketika pertama kali dia berjumpa dengan anda? <i>What were the symptoms that patient complained of when he / she first saw you?</i>	
8.	(a) Berdasarkan maklumat diberi oleh pesakit, berapa lamakah dia telah mengalami simptom tersebut? <i>According to patient, how long had he / she been experiencing these symptoms</i> (b) Pada pendapat anda, berapa lamakah simptom tersebut telah wujud? <i>How long do you think these symptoms had lasted?</i>	
9.	Pernahkah sebelum ini pesakit menerima rawatan untuk simptom di atas? Jika ada, sila nyatakan nama dan alamat doktor serta tarikh rawatan. <i>Had patient previously received any treatment for above symptoms? If yes, please furnish name, address of doctors and dates of consultation.</i>	
10.	Adakah sebarang siasatan, ujian atau prosedur dilakukan? Jika ada, sila nyatakan maklumat lanjut atau sertakan salinan keputusan asal yang disahkan. <i>Have any investigation, test or procedure been performed? If yes, please furnish the details or certified true copy of the result.</i>	
11.	(a) Apakah diagnosis anda? <i>What was your diagnosis?</i> (b) Sebab dan patologi berkaitan diagnosis di atas <i>Cause and pathology underlying the present diagnosis</i> (c) Adakah anda memberitahu pesakit tentang diagnosis tersebut? Jika ya, sila nyatakan tarikh. <i>Did you inform the patient of the diagnosis? If yes, please provide date.</i>	

12.	(a) Rawatan perubatan diberi <i>Medical treatment given</i> (b) Jenis pembedahan yang dilakukan <i>Nature of operation performed</i> (c) Nama pakar bedah <i>Name of surgeon</i> (d) Tarikh pembedahan dilakukan <i>Date surgery performed</i>	
13.	Adakah kemungkinan pesakit menghidapi semula penyakit tersebut? <i>Any possibility of patient having relapse?</i>	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No
14.	Adalah penyakit/ keadaan berkaitan dengan berikut? Jika ya, sila ✓ / <i>Is the illness/ condition related to the following? If yes, please ✓:</i> <input type="checkbox"/> Pembedahan Kosmetik/ Plastik,Pemeriksaan Perubatan Rutin/ <i>Cosmetic / plastic surgery, routine health screening</i> <input type="checkbox"/> Kemabukan, Penyalahgunaan Dadah, AIDS, venereal disease/ <i>Intoxication, illegal drugs, AIDS, penyakit kelamin</i> <input type="checkbox"/> Tindakan Melukakan Diri Sendiri,Bunuh Diri,Percubaan Bunuh Diri/ <i>Self inflicted injury, suicide, attempted suicide</i> <input type="checkbox"/> Kongenital/ Penyakit Keturunan/ <i>Congenital / hereditary conditions</i> <input type="checkbox"/> Penyakit Mental/ Penyakit Susah Tidur/ <i>Psychotic / mental disorder/ nervous/sleep disorder</i> <input type="checkbox"/> Sukan Berbahaya, Tindakan Melanggar Undang-undang/ <i>Hazardous sports, unlawful act</i> <input type="checkbox"/> Tiada di atas/ <i>None of the above</i>	
15.	Pernahkah sebelum ini pesakit diberi rawatan atau dimasukkan ke hospital ini atau hospital-hospital lain untuk rawatan penyakit ini atau penyakit-penyakit lain? Sila nyatakan. <i>Has the patient previously been treated or hospitalized in this or any other hospital for this or any other disease? Please state:</i> <u>Tarikh / Date</u> <u>Penyakit / Disease / Illness</u> <u>Rawatan/ Details of Treatment</u> <u>Doktor/ Hospital/ Klinik / Doctor/ Hospital / Clinic</u>	
16.	Untuk pesakit wanita sahaja / <i>For female patients only</i> (a) Adakah pesakit hamil ketika dimasukkan ke hospital? <input type="checkbox"/> Tidak/ No <input type="checkbox"/> Ya/ Yes _____ <i>Was the patient pregnant at the time of hospitalization</i> (b) Adakah penyakit dengan secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh kehamilan / melahirkan anak / pembedahan caesarian / menggugurkan / keguguran dan lain-lain kesakitan yang berkaitan? Sila beri lanjutan. <i>Was illness caused directly or indirectly by pregnancy / child birth / caesarean section / abortion / miscarriage and all complications arising therefrom? Please elaborate.</i>	

Pengisytiharan / Declaration

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya sendiri telah memeriksa dan merawat pesakit untuk kecederaan/ penyakit yang dialami beliau seperti tersebut diatas dan semua jawapan di atas adalah benar setakat pengetahuan saya.
I hereby certify that I have personally examined and treated the patient for his/ her injuries/ illness described above and the above answers are all true to the best of my knowledge.

 Tandatangan Doktor yang Merawat
Signature of Attending Physician

 Cop Nama & Hospital/ Klinik
Official stamp

 Tarikh
Date

Kebenaran/Pemberian Hak / Authorization

Saya, yang bertandatangan di bawah, dengan ini membenarkan mana-mana organisasi, institusi atau individu yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang kesihatan dan latar belakang perubatan atau nasihat perubatan saya/ hayat yang diinsuranskan, dan telah atau mungkin kemudian dari ini dirujuk untuk mendedahkan segala maklumat tersebut kepada MCIS INSURANCE BERHAD atau wakilnya. Saya bersetuju membenarkan MCIS INSURANCE BERHAD atau wakilnya untuk mengguna dan mendedahkan sebarang maklumat yang dikumpul atau dipegang oleh Syarikat kepada perseorangan/sebarang organisasi yang berhubung dan berkaitan dengan Syarikat atau sebarang pihak ketiga (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk institusi perubatan, penginsurans semula, penyelaras tuntutan / penyiasat, peguam, persatuan industri, pengawal selia, badan-badan berkanun, pihak berkuasa kerajaan dan agensi pelaporan kredit) bagi tujuan proses tuntutan insuran. Salinan pengesahan ini adalah sah seperti yang asal.

I, The undersigned(s) hereby irrevocably authorize any organization, institution, or individual that has any records or knowledge of my/life assured health and medical history or treatment or advise and that has been or may hereafter be consulted to disclose to MCIS Insurance Berhad or its representative such information. I/WE agree that MCIS Insurance Berhad or its representative may use and disclose any of the information collected or held by the Company to individuals/organizations related to and associated with the Company to individuals/organizations related to and associated with the Company or any selected third parties (within or outside Malaysia, including medical institutions, reinsurers, claim adjusters / investigators, solicitors, industry associations, regulators, statutory bodies, government authorities and credit reporting agencies) for the purpose of processing the claim.

This authorization shall bind my/our successors and assigns and remain valid notwithstanding my/our/life assured death or incapacity in so far as legally possible. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

Tandatangan Pemegang Polisi / Penuntut
Signature of Policyowner / Claimant

Nama/ Name: _____

No. KP/ NRIC: _____

Alamat/ Address: _____

No. Telefon Bimbit
Mobile phone number: _____

Tarikh/ Date: _____

Tandatangan Saksi
Signature of Witness

Nama/ Name: _____

No. KP/ NRIC: _____

Alamat/ Address: _____

No. Telefon Bimbit
Mobile phone number: _____

Tarikh/ Date: _____

Mukasurat ini sengaja dikosongkan
This page intentionally left blank

