Sun Life Malaysia

Sun Life Malaysia Takaful Berhad* (689263-M)
Level 11, 338 Jalan Tuanku Abdul Rahman, 50100 Kuala Lumpur
Telephone: (603) 2612 3600 Facsimile: (603) 2698 7035
Customer Careline: 1300-88-5055 sunlifemalaysia.com

TAKAFUL HOSPITAL & SURGICAL CLAIM FORM / *BORANG TUNTUTAN HOSPITAL DAN PEMBEDAHAN TAKAFUL*

The issuance and acceptance of this Claim Form is not an admission of liability by Sun Life Malaysia Takaful Berhad. You are to disclose on this Claim Form, fully and faithfully all the facts which you know or ought to know otherwise this claim shall be declared null and void. / *Pengeluaran dan penerimaan Borang Tuntutan ini bukan pengakuan bertanggungjawab oleh Sun Life Malaysia Takaful Berhad. Sekiranya kenyataan dan pengisytiharan palsu dibuat untuk menyokong tuntutan ini, maka tuntutan ini adalah batal dan tidak sah.*

SECTION A: PARTICULARS OF PARTICIPANT / *SEKSYEN A: BUTIR-BUTIR PESERTA*

Certificate number / *Nombor sijil*

Claim number / *Nombor tuntutan*

Participant's name (If Group Insurance, name of company) / *Nama peserta (Jika berkumpulan, Nama Syarikat)*

Claimant's name / *Nama Penuntut*

Employment Date / *Tarikh Mula Bekerja*
D D - M M - Y Y Y Y

Business registration number / *Nombor pendaftaran syarikat*

Business/Occupation / *Perniagaan/Pekerjaan*

GST Registration No. (if any) / *No. Pendaftaran GST (jika ada)*

Participant's NRIC / *Nombor kad pengenalan peserta*
- -

Other identification number / *Nombor pengenalan lain*

Address (house/office) / *Alamat (rumah/pejabat)*

Postcode / *Poskod*

Email / *Emel*

House phone number / *Nombor telefon rumah* -

Office phone number / *Nombor telefon pejabat* -

Mobile number / *Nombor telefon bimbit* -

Commencement date / *Tarikh bermula*
D D - M M - Y Y Y Y

Expiry date / *Tarikh tamat*
D D - M M - Y Y Y Y

SECTION B: OTHER INFORMATION / *SEKSYEN B: MAKLUMAT LAIN*

Workmen's Compensation? / *Pampasan Pekerja?* ☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*

Social Security Benefits? / *Faedah-faedah Sekuriti Sosial?* ☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*

Any other Insurance/Takaful Policies / *Lain-lain Polisi Insurans/Takaful* ☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
If yes, please state name of Insurance/Takaful Company / *Jika ya, sila nyatakan nama Syarikat Insurans/Takaful tersebut*

Certificate number / *Nombor sijil*

Period of Coverage / *Tempoh Perlindungan*

SECTION C: DECLARATION / *SEKSYEN C: PERAKUAN*

I/We, the undersigned, declared that the particulars stated on this are true in every aspect. I/We have supplied full information on all particulars relevant to this claim and the amount claimed herein is lawfully due to me/us under the terms, conditions and exceptions of the above numbered certificate and I/we hereby authorize any hospital, clinic or physician to release any information required in the course of my/our examination on treatment. / *Saya/Kami yang menandatangan di bawah, mengaku bahawa butiran yang dinyatakan diatas adalah benar dari segi semua aspek. Saya/Kami telah memberikan maklumat sepenuhnya terhadap semua butiran yang relevan ke atas tuntutan ini dan jumlah yang dituntut disini adalah sah disisi undang-undang yang sewajarnya ke atas Saya/Kami dibawah terma, syarat dan pengecualian polisi yang bernombor seperti diatas dan Saya/Kami dengan ini membenarkan mana-mana hospital, klinik atau pakar perubatan menyalurkan maklumat yang diperlukan tentang perubatan dan pemeriksaan ke atas diri Saya/Kami.*

I/We, agree that Sun Life Malaysia Takaful Berhad (you) to acquire Medical Report/Medical Questionnaire on behalf of me/us for the purposes of this claim. / *Saya/kami, bersetuju untuk membenarkan pihak Sun Life Malaysia Takaful Berhad untuk mendapatkan Laporan Perubatan/soal jawap perubatan bagi pihak saya bagi tujuan tuntutan ini.*

I/We understand and agree that any of my/our personal information collected or held by the Company (whether contained in this application or otherwise obtained) may be held, used, and disclosed by the Company to individuals or organisations related to or associated with the Company or any selected third party (within or outside of Malaysia, including retakaful and claims investigation companies and industry associations/federations) for the purpose of processing this application and providing subsequent service for this and to communicate with me/us for such purposes. I/We understand that I/we am/are entitled to obtain access to and to request correction of any personal information held by the Company and that such request can be made to the Company's Customer Careline at 1300-88-5055. I/We will keep the Company updated of any change to such personal information as soon as possible. / *Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi saya/kami yang diperolehi atau disimpan oleh Syarikat (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh disimpan, digunakan dan didedahkan oleh Syarikat kepada individu atau organisasi yang berkaitan dengan Syarikat atau mana-mana pihak ketiga yang terpilih (di dalam atau di luar Malaysia termasuk syarikat-syarikat takaful semula dan siasatan tuntutan serta persatuan/persekutuan industri) untuk tujuan pemprosesan permohonan ini dan memberikan perkhidmatan seterusnya untuk ini serta berhubung dengan saya/kami bagi tujuan tersebut. Saya/Kami memahami bahawa saya/kami berhak mendapat akses kepada maklumat tersebut dan meminta sebarang pembetulan dibuat ke atas mana-mana maklumat peribadi yang disimpan oleh Syarikat dan permintaan tersebut boleh dibuat kepada talian Khidmat Pelanggan Careline Syarikat di 1300-88-5055. Saya/Kami akan memaklumkan Syarikat mengenai sebarang perubahan kepada maklumat peribadi secepat mungkin. .*

Version 1.3 April 2015

* A joint venture between Sun Life Assurance Company of Canada and Renggis Ventures Sdn Bhd

Signature & Stamp of Participant/Claimant / *Tandatangan & Cop Peserta/Penuntut* **(Parent of a Minor /** *Ibubapa Kanak-kanak***)**

Signature of Employer / *Tandatangan Majikan* **Company Stamp /** *Cop Syarikat*

SECTION D: AUTHORIZATION FOR PAYMENT BY DIRECT CREDIT TO BANK ACCOUNT / *SEKSYEN D: KEBENARAN BAYARAN SECARA TERUS KE AKAUN BANK*

1. **I/We hereby authorize Sun Life Malaysia Takaful Berhad to credit all my/our payment to my/our bank account indicated below: /** *Saya/Kami dengan ini memberi kebenaran kepada Sun Life Malaysia Takaful Berhad untuk mengkreditkan ke semua bayaran tuntutan saya/kami ke dalam akaun bank yang dinyatakan di bawah:*
2. **I/We hereby declare that the information given is true and accurate to the best of my/our knowledge and record. /** *Saya/Kami dengan ini mengaku bahawa maklumat yang telah dinyatakan di bawah adalah benar dan tepat mengikut pengetahuan dan rekod saya/kami.*
3. **I/We shall indemnify Sun Life Malaysia Takaful Berhad for any loss arising from the reliance on the given information. /** *Saya/Kami akan menanggung rugi Sun Life Malaysia Takaful Berhad terhadap sebarang kerugian yang diakibatkan daripada maklumat yang diberi.*
4. **In the event of any change in bank account, I/We shall notify Sun Life Malaysia Takaful Berhad in writing no later than 7 days after the change. /** *Jika terdapat sebarang perubahan terhadap akaun bank, saya/kami akan memaklumkan Sun Life Malaysia Takaful Berhad secar bertulis dalam masa 7 hari selepas perubahan tersebut.*

Details of my/our bank account as follows / *maklumat akuan adalah seperti berikut:*

Account Holder's Name/ *Nama pemegang akaun*

Co. Registration No/NRIC No. / *No. Pendaftaran Perniagaan/No. Kad Pengenalan*

Bank Name / *Nama Bank*

***Bank Account Number/ /** *Nombor Akaun Bank*

For verification purposes, kindly attach a photocopy of the top potion of the bank statement/front page of the Saving Account Passbook/confirmation letter from bank and any other supporting document(s) than confirm and verify that the said account belong to you/your company. / *Bagi tujuan pengesahan, sila lampirkan salinan bahagian atas penyata bank/muka hadapan buku Akaun Simpanan/surat pengesahan daripada bank dan dokumen sokongan lain yang mengesahkan dan menentusahkan bahawa akaun tersebut adalah kepunyaan anda/syarikat anda.*

Authorised Signature / *Tandatangan Pengesahan*

Company Stamp / *Cop Syarikat*

Name / *Nama*_____

Date / *Tarikh*_____

SECTION E: TO BE COMPLETED BY ATTENDING DOCTOR (IN BLOCK LETTERS) / *SEKSYEN E: UNTUK DIISI OLEH DOKTOR RAWATAN (DALAM HURUF BESAR)*

MRN No:

Name of Hospital and Address / *Nama Hospital dan Alamat*

Admission date / *Tarikh kemasukan* D D - M M - Y Y Y Y

Discharge date / *Tarikh keluar* D D - M M - Y Y Y Y

Patient's name / *Nama Pesakit*

NRIC number (new) /Other identification number / *Nombor kad pengenalan (baru)/Nombor pengenalan lain*

Referring Doctor's name and address / *Nama dan alamat doktor rujukan*

Admitting Doctor / *Doktor Kemasukan*

Attending Doctors / *Doktor-doktor rawatan*

Speciality / *Keistimewaan*

1a. Diagnosis/CD Coding / *Diagonsis/CD Coding*

1b. Cause and Pathology (if applicable) of the above diagnosis / *Sebab dan Patologi (jika bersesuaian) untuk diagnosis di atas*

2a. When did patient first consult you for this condition? /
Tarikh mula mendapat rundingan dengan Pegawai Perubatan untuk keadaan ini?

Date / *Tarikh* D D - M M - Y Y Y Y

2b. Was the patient previously treated for this condition? / ☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
Pernahkah pesakit mendapatkan rawatan bagi keadaan ini?
Please give details and when / *Sila nyatakan butiran dan bila*

Date / *Tarikh* D D - M M - Y Y Y Y

_____

2c. How long in your professional opinion has the condition exist? /
Sepanjang pengetahuan dan kepercayaan anda berapa lamakah keadaan ini wujud?

Date / *Tarikh* D D - M M - Y Y Y Y

3. Any possibility of relapse? /
Adakah sebarang kemungkinan ia akan berulang?

Date / *Tarikh* D D - M M - Y Y Y Y

4a. Please state Nature of Treatment and Investigation / *Sila nyatakan Jenis Rawatan dan Siasatan*

☐ **OPERATION /** *PEMBEDAHAN*
☐ **MEDICATIONS /** *UBATAN*
☐ **DIETARY COUNSELING /** *KAUNSELING PEMAKANAN*
☐ **BLOOD TESTS /** *UJIAN DARAH*
☐ **X-RAY /** *X-RAY*
☐ **PHYSIOTHERAPY /** *FISIOTERAPI*
☐ **OTHERS, please give details /** *LAIN-LAIN, sila nyatakan butiran* _____

4b. If more then one procedures involved, please state Type of Procedures performed / *Jika lebih daripada satu prosedur, sila nyatakan Jenis Prosedur yang dijalankan*

TYPE / *JENIS*	**Date /** *Tarikh*	**DOCTOR'S NAME /** *NAMA DOKTOR*
i. _____	D D - M M - Y Y Y Y	_____
ii. _____	D D - M M - Y Y Y Y	_____
iii. _____	D D - M M - Y Y Y Y	_____

4c. Other present medical conditions? / *Keadaan perubatan lain yang terkini?*
since / *semenjak* D D - M M - Y Y Y Y **since /** *semenjak* D D - M M - Y Y Y Y **since /** *semenjak* D D - M M - Y Y Y Y

5. Was the condition / *Adakah keadaan itu* ☐ **Congenital /** *Kongenital* ☐ **Nervous /** *Khuatira* ☐ **Mental /** *Mental*

6. Was the patient pregnant at the time of hospitalisation? (fr females only)/
Adakah pesakit hamil ketika dimasukkan ke hospital? (untuk perempuan sahaja) ☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak* ☐☐ **months /** *bulan*

7. If the hospilisation was due to accident, please indicate date/time of accident / *Jika kemasukkan ke hospital adalah akibat kemalangan, sila nyatakan akan tarikh/masa kemalangan*

Date /*Tarikh* D D - M M - Y Y Y Y **time /***masa* _____

8. Discharge/Follow Up Instructions / *Keluaran/Arahan Tindakan Susulan*

_____

_____
Name and Signature of Attending Doctor /
Tandatangan dan Nama Doktor Rawatan

_____
Hospital Stamp / *Cop Hospital*

Date / *Tarikh* D D - M M - Y Y Y Y

SECTION G: BASIC DOCUMENTS REQUIRED FOR CLAIMS / *SEKSYEN G: DOKUMEN-DOKUMEN YANG DIPERLUKAN UNTUK TUNTUTAN*

Non-fatal / *Kemalangan Bukan Maut*

- **Completed Claim Form /** *Borang Tuntutan yang Lengkap*
- **Copy of identity Card /** *Salinan Kad Pengenalan*
- **Passport (for foreign workers) /** *Pasport (untuk pekerja asing)*
- **Original Medical Bills/Receipt /** *Bil-bil/Resit Perubatan Asal*
- **Original Medical Leave /** *Sijil Cuti Sakit Asal*
- **Original Medical Report /** *Laporan Perubatan Asal*
- **Pensioner Card (for pensioner) /** *Kad Pesara (untuk pesara)*
- **Student Confirmation Letter (If child is 18 years old and above) /** *Surat Pengesahan Pelajar (jika anak berumur 18 tahun beratas)*
- **Copy of Driving License /** *Salinan Lesen Memandu*

Fatal / *Kemalangan Maut*

- **Completed Claim Form /** *Borang Tuntutan yang Lengkap*
- **Police Report /** *Laporan Polis*
- **Copy of identity Card /** *Salinan Kad Pengenalan*
- **Passport (for foreign workers) /** *Pasport (untuk pekerja asing)*
- **Post Mortem Report /** *Laporan Bedah Siasat*
- **Death Certificate and Burial Certificate /** *Sijil Kematian dan Sijil Pengkebumian*
- **Student Confirmation Letter (If child is 18 years old and above) /** *Surat Pengesahan Pelajar (jika anak berumur 18 tahun beratas)*
- **Copy of Driving License /** *Salinan Lesen Memandu*