



**BH Insurance (M) Bhd.** 29962-V

(Formerly known as Royal & Sun Alliance Insurance (M) Bhd.)  
(A member of Boustead Group)

Wisma Boustead, 71 Jalan Raja Chulan, 50200 Kuala Lumpur. P.O. Box 12192, 50770 Kuala Lumpur.  
Telephone: 03-2141 0233 Facsimile: 03-2142 9219 Website: www.bhinsurance.com.my

No. Tuntutan / Claim No. : \_\_\_\_\_

No. Polisi / Policy No. : \_\_\_\_\_

## **BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN DIRI** **PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM**

### **Notis Penting / Important Notice**

- Borang ini dihantar kepada anda atas dasar Tanpa Pengakuan Liabiliti. / This form is sent to you on a without admission of liability basis.**
- Seksyen 1 borang ini hendaklah dikembalikan kepada syarikat dalam tempoh 7 hari dari tarikh kemalangan. / Section 1 of this form must be returned to the company within 7 days from the date of accident.**
- Sijil Perubatan di Seksyen 2 hendaklah dilengkapi oleh Pengamal Perubatan Berdaftar dengan perbelanjaan ditanggung oleh pihak yang diinsuranskan. Tuntutan tidak akan diterima melainkan Sijil Perubatan adalah lengkap. The medical certificate in Section 2 of the form must be completed by a registered medical practitioner at the Insured own expenses. No claim will be admitted unless the medical certificate is completed.**
- Sebarang tuntutan untuk perbelanjaan perubatan mestilah disokong dengan resit asal. / Any claim for medical expenses must be supported by original medical bills.**
- Sila lampirkan salinan laporan polis sekiranya anda terlibat di dalam kemalangan jalanraya. / Please enclose a copy of your police report if you are involved in a motor accident.**
- Sekiranya melibatkan tuntutan kematian, sila lampirkan sijil kematian, sijil pengkebumian, laporan bedah siasat dan surat kuasa mentadbir/probet. / In the event of a fatal claim, please obtain the death certificate, burial certificate, post-mortem report and the letter of administration/probate.**
- Adalah penting butir-butir terperinci dikemukakan. Sila lampirkan salinan berasingan sekiranya ruang yang disediakan di dalam borang ini tidak mencukupi. / It is necessary that fullest particulars are given. Please attach a separate sheet if the space provided in the form insufficient.**

### **SEKSYEN 1 – PEMBERITAHUAN TUNTUTAN / SECTION 1 - NOTIFICATION OF CLAIM**

#### **A. Butir-butir Pemegang Polisi / Pihak Yang Diinsuranskan / Particulars of Policy Holder / Insured Person**

Nama Pemegang Polisi / Name of Policyholder : \_\_\_\_\_

Alamat / Address : \_\_\_\_\_

Telefon/ Telephone No : \_\_\_\_\_ (Telefon Bimbit / Handphone) : \_\_\_\_\_

Alamat E-mel / E-mail Address : \_\_\_\_\_

Pihak Yang Diinsuranskan / Name of Insured Person : \_\_\_\_\_

Umur / Age : \_\_\_\_\_ Jantina / Gender :  Lelaki / Male  Perempuan / Female

Pekerjaan Pihak Yang Diinsuranskan / Occupation of Insured Person : \_\_\_\_\_ No. K/P / IC No : \_\_\_\_\_

Sijil Kelahiran / Birth Certificate : \_\_\_\_\_ No. Passport / Passport No : \_\_\_\_\_ Tarikh Lahir / Date of Birth : \_\_\_\_\_

#### **B. Butir-butir Kemalangan / Particulars of Accident**

Tarikh kemalangan / Date of accident : \_\_\_\_\_ Waktu Kemalangan / Time of accident \_\_\_\_\_ pg (a.m.) / ptg (p.m.)

Tempat / Place : \_\_\_\_\_

Sila nyatakan apakah yang sedang dilakukan oleh pihak yang diinsuranskan dan bagaimana kemalangan terjadi :  
State what insured person was doing and how accident happened :

Sila nyatakan dengan lengkap kecederaan yang dialami dengan menunjukkan bahagian badan yang tercedera dan jenis kecederaan. Contoh: Patah bahagian bawah kaki kiri. / Describe in details the injuries sustained indicating the part of the body injured and the type of injury eg. Fracture of the left lower leg.

---

---

Adakah anda pernah membuat tuntutan pampasan dari mana-mana syarikat insurans berkaitan kemalangan tersebut? Jika ya, sila nyatakan nama syarikat dan no. polisi. / Have you made a claim for compensation from any insurance company in respect of the same accident? If so, please state the name of the company and the policy no.

---

---

Berikan nama, alamat dan nombor telefon saksi yang menyaksikan kemalangan tersebut. / Give name, address and telephone number of witness who saw the accident.

---

---

Anggaran bilangan hari pesakit tidak dapat mengendalikan kerja/tugasan : / Estimate number of days the insured person is unable to attend to work/duty : \_\_\_\_\_ hari / days.

### C. Pengakuan / Declaration

Saya/Kami memberi jaminan bahawa kenyataan dan keterangan di atas adalah benar. Dengan ini saya memberi kebenaran mana-mana hospital, doktor atau sesiapa yang pernah merawat saya untuk mengemukakan kepada BH Insurance (M) Bhd atau wakil-wakil mereka sebarang dan semua maklumat berkaitan sebarang penyakit atau kecederaan, sejarah perubatan, preskripsi perundangan atau rawatan dan salinan semua rekod hospital dan perubatan. Saya bersetuju supaya salinan kebenaran ini akan mempunyai kesan yang sama dan sah seperti salinan asal.

*I/We warrant that the above statement and particulars are correct. I hereby authorise any hospital, doctor or any other person who has attended to me to furnish BH Insurance (M) Bhd 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 agree that a copy of this authorisation shall be as effective and valid as the original.*

Saya juga mengesahkan bahawa majikan saya boleh dihubungi untuk mendapatkan pengesahan tuntutan saya dan dengan ini membenarkan mereka mendedahkan sebarang maklumat yang diperlukan.

*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.*

---

Tandatangan / Signature

---

Cop Syarikat / Company's Stamp

---

Untuk Kegunaan Pejabat / For Office Use :

Kod Jenis Tuntutan / Claim Type Code	Tempat Kemalangan / Place of Accident	Kelas Pekerjaan / Occupation Class
<input type="checkbox"/> 001 Death	<input type="checkbox"/> 001 Home	<input type="checkbox"/> 01 Class 1
<input type="checkbox"/> 002 PTD	<input type="checkbox"/> 002 Residential Institution	<input type="checkbox"/> 02 Class 2
<input type="checkbox"/> 003 PPD	<input type="checkbox"/> 003 Medical Service Area	<input type="checkbox"/> 03 Class 3
<input type="checkbox"/> 004 TTD	<input type="checkbox"/> 004 School / Education Area	<input type="checkbox"/> 04 Class 4
<input type="checkbox"/> 005 TPD	<input type="checkbox"/> 005 Sports & Athletics Area	
<input type="checkbox"/> 006 ME	<input type="checkbox"/> 006 Transport Area	
<input type="checkbox"/> 007 Hospitalisation	<input type="checkbox"/> 007 Industrial or Construction Area	
<input type="checkbox"/> 008 Other Benefits	<input type="checkbox"/> 008 Farm or Place of Primary Production	
	<input type="checkbox"/> 009 Recreational Area, Cultural or Public Building	
	<input type="checkbox"/> 010 Commercial Area (non-recreational)	
	<input type="checkbox"/> 011 Countryside	
	<input type="checkbox"/> 012 Others	
	<input type="checkbox"/> 013 Unspecified Place of Occurrence	

---

**SEKSYEN 2 - SIJIL PERUBATAN /SECTION 2 - MEDICAL CERTIFICATE**

Yuran bagi Sijil ini ditanggung oleh Pihak Yang Menuntut / *The fee for this certificate is to be paid by the claimant*

---

**Definisi / Definition:****Ketidakupayaan Penuh / Total Disablement**

Kecederaan ini yang bebas dari sebab-sebab lain mesti menidakupayakan sepenuhnya pihak yang diinsuranskan dan menyebabkan beliau sepenuhnya tidak dapat menjalankan pekerjaannya yang biasa atau menjalankan sebarang urusan perniagaannya / *The injury shall independently of all other causes totally disable the Insured Person and rendered him completely unable to pursue his ordinary occupation or attend any business affairs*

**Ketidakupayaan Separa / Partial Disablement**

Kecederaan ini yang bebas dari sebab-sebab lain mesti menidakupayakan separa pihak yang diinsuranskan dan menghalang beliau dari menjalankan sebahagian dari tugas penting sehariannya. / *The injury shall independently of all causes partially disable the Insured Person and prevent him from attending to a material portion of his daily duties.*

---

Nama pesakit / *Name of patient:* \_\_\_\_\_ No K/P / I/C No: \_\_\_\_\_

Pekerjaan / *Occupation:* \_\_\_\_\_

Tarikh pertama kali merawat pesakit / *Date first attended to patient:* \_\_\_\_\_

Bagaimana kemalangan berlaku / *How did accident happen?:* \_\_\_\_\_

ICECI code - Cause of injury: \_\_\_\_\_

Apakah kecederaan yang dialami oleh pesakit? / *What injuries did the patient suffer?*

---

---

ICD10 - Injury diagnosis code: \_\_\_\_\_

Sila nyatakan sama ada kecederaan yang dialami selaras dengan kejadian kemalangan.

Ya / Yes  Tidak / No

*Please state whether the injuries are consistent with the circumstances of the accident.*

Adakah keadaan sedia ada yang menyumbang kepada kecederaan?

Ya / Yes  Tidak / No

*Has a pre-existing condition contributed to the injuries?*

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

**Ketidakupayaan Sepenuh Sementara / Temporary Total Disablement**

Pesakit langsung tidak dapat menjalankan tugas atau sebarang urusan perniagaan

*Patient completely unable to attend to duty or any business affairs whatsoever*

Dari / *From* \_\_\_\_\_ Hingga / *To* \_\_\_\_\_

**Ketidakupayaan Separa Sementara / Temporary Partial Disablement**

Pesakit hanya dapat menjalankan sebahagian dari kerja / tugas / urusan perniagaan

*Patient can attend to part of work / duty / business affairs*

Dari / *From* \_\_\_\_\_ Hingga / *To* \_\_\_\_\_

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.  
*If the patient has been totally disabled (temporary) for more than two weeks from attending to his usual duty, please describe in detail the reasons why the patient cannot work or attend to his business affairs keeping in mind the occupation of the patient.*

---

---

---

Adakah pesakit mengalami sebarang keilatan kekal? Jika ya, sila nyatakan butir-butir penuh dan peratus keilatan:-  
*Is the patient suffering from any permanent disablement? If so please give full particulars and state the percentage of disablement compared to normal function:*

---

---

---

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

---

---

**Keterangan Doktor Yang Merawat / Attending Doctor's Statement**

Saya mengesahkan bahawa saya sendiri telah memeriksa pesakit yang disebutkan di atas dan fakta-fakta yang dinyatakan di atas adalah benar sepanjang pengetahuan saya. / *I certify that I have examined the patient abovenamed and the facts set out above are true to the best of my knowledge.*

Nama / Name : \_\_\_\_\_

Kelayakan / Qualification : \_\_\_\_\_

Tarikh / Date : \_\_\_\_\_

Nama Hospital/Klinik / Hospital/Clinic Name : \_\_\_\_\_

Alamat / Address : \_\_\_\_\_

No Telefon / Telephone No : \_\_\_\_\_

Tandatangan / Signature : \_\_\_\_\_

**Notis / Notice**

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.

*For all intents and purposes where there is a conflict or ambiguity as to the meaning in the Bahasa Malaysia provisions, it is hereby agreed that the English version shall prevail.*