



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. : _____

BORANG TUNTUTAN FAEDAH TUNAI HOSPITAL, PEMBEDAHAN & PERUBATAN HOSPITAL CASH, SURGICAL & MEDICAL BENEFITS 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.

ARAHAN / INSTRUCTION

1. Untuk Tuntutan Faedah Pembedahan & Perubatan, bil terperinci dan resit asal pembayaran hospital dan pembedahan bagi tuntutan yang dibuat mesti dilampirkan.

For Surgical & Medical Benefit Claim, itemized original bills and receipts covering Hospitalization and surgical expenses for which claim is made must be attached.

2. Untuk Tuntutan Faedah Tunai Hospital, satu salinan Nota Discaj / Bil Hospital yang menunjukkan tarikh kemasukan dan discaj bagi tuntutan yang dibuat mesti dilampirkan.

For Hospital Cash Claim, a copy of the Discharge Note/Hospital Bill showing time and date of admission and discharge for which claim is made must be attached.

BAHAGIAN 1 – UNTUK DILENGKAPKAN OLEH PIHAK YANG DIINSURANSKAN / PENUNTUT PART 1 – TO BE COMPLETED BY THE INSURED / CLAIMANT

1. Polisi No / Policy No :

2. Nama / Name :

3. Pekerjaan / Occupation :

4. Alamat / Address :

5. Alamat E-mel / E-mail Address :

6. No Tel / Tel No :

AKIBAT KEMALANGAN / FOR ACCIDENT

7. Tarikh & Masa / Date & Time :

8. Tempat / Place :

9. Bagaimana ia berlaku / How it occurred :

AKIBAT PENYAKIT / FOR ILLNESS

10. Tarikh Bermula / Date first Began :

11. Jenis Penyakit / Nature of illness :

12. Tarikh Mula Dirawat / Date first Treated:

13. Adakah keadaan atau masalah yang sama telah dirawat sebelum ini?

Ya / Yes

Tidak / No

Jika ya, sila nyatakan :-

Has this condition or a similar complaint been treated previously?

If yes, please furnish us the :-

a) Tarikh / Date :

b) Nama Doktor / Doctor's Name :

c) Alamat / Address :

14. Adakah anda membuat sebarang tuntutan dari mana-mana syarikat insurans

Ya / Yes

Tidak / No

untuk penyakit yang sama? / *Have you made a claim for compensation from any other insurance company in respect of this same illness?*

Jika ya, sila nyatakan nama syarikat insurans berkenaan. / *If yes, please furnish us the name of the insurance company(s)*

Pengakuan & Kebenaran / Declaration & Authorization

Saya/Kami mengaku bahawa maklumat di dalam borang tuntutan ini adalah benar dan Saya / Orang Yang Diinsuranskan tidak mengidap sebarang keadaan sedia ada pada masa polisi ini diambil. Saya juga mengaku bahawa kemasukan ke hospital pada waktu ini bukan akibat dari sebab-sebab yang tertera di dalam Klausula Pengecualian Polisi.

Saya bersetuju bahawa sekiranya saya membuat, atau di masa lampau telah membuat sebarang kenyataan yang salah atau tidak benar dan / atau menahankan dan / atau menyembunyikan sebarang fakta-fakta penting mengenai kesihatan dan keadaan diri Saya / Orang Yang Diinsuranskan, pihak syarikat boleh menarik semula dengan tegas hak Saya / Orang Yang Diinsuranskan untuk pampasan dan merezabkan hak untuk mendapatkan semula semua jumlah yang telah dibayar akibat daripadanya.

Dengan ini, saya juga memberi kebenaran kepada sesiapa yang merawat, hospital, klinik atau syarikat insurans atau organisasi lain, institusi atau orang-orang yang mempunyai rekod atau pengetahuan mengenai diri Saya / Orang Yang Diinsuranskan atau kesihatan Saya / Orang Yang Diinsuranskan untuk mendedahkan kepada BH Insurance (M) Bhd, atau wakil-wakil mereka sebarang dan semua maklumat dan dengan nyata mengeneipkan bagi pihak diri Saya / Orang Yang Diinsuranskan atau sesiapa yang mempunyai tuntutan atau kepentingan di dalam polisi yang dikeluarkan di bawahnya, semua peruntukan undang-undang melarang sesiapa yang merawat atau pakar bedah dari mendedahkan sebarang maklumat yang diperolehi semasa merawat Saya / Orang Yang Diinsuranskan di dalam keupayaan profesional mereka. Kebenaran ini tanpa boleh dimansuhkan mengikat pewaris saya dan kekal sah selepas kematian atau ketidakupayaan Saya / Orang Yang Diinsuranskan dan salinan kebenaran ini mempunyai kesan yang sama dan sah seperti yang asal.

I/We hereby declare that the information given in this claim form are true and that I / the Life Insured did not suffer from any of the pre-existing conditions at the time of this policy was taken up. I further declare that the current confinement to the hospital is not due to any causes, which are stipulated in the Exclusion Clause of the Policy.

I agree that in the event that I make, or have in the past made any false or untrue statement and / or suppressed and / or concealed any material facts in respect of My / the Life Insured's health and condition, the company shall absolutely forfeit My / the Insured's right to compensation and further reserves the right to recover any amounts paid earlier as a result thereof.

Further, I hereby authorize any physician, hospital, clinic or insurance company or other organization, institutions or persons, that have any records or knowledge of Me or Life Insured or My / Life Insured' health, to disclose to BH Insurance (M) Bhd, or its representatives any and all such information and expressly waive on behalf of Me / the Life Insured or any person who has any claim or interest in any policy issued hereunder, all provisions of law forbidding any physician or surgeon from disclosing any information acquired while attending Me / the Life Insured in a professional capacity. This authorization shall irrevocably bind my successors and remain valid, notwithstanding My / the Life Insured's death or incapacity and a copy of this authorization shall be as effective and valid as the original.

Tandatangan Saksi
Signature of Witness

Tandatangan Pemegang Polisi
Signature of Policyholder

Tandatangan Pihak Yang Diinsuranskan
Signature of Insured Person

Nama / Name : _____

Nama / Name : _____

Nama / Name : _____

No KP / NRIC No: _____

No KP / NRIC No: _____

No KP / NRIC No: _____

Alamat / Address: _____

Tarikh / Date : _____

Tarikh / Date : _____

LAPORAN PERUBATAN / MEDICAL REPORT

Bahagian II (Untuk dilengkapkan oleh Doktor dengan perbelanjaan ditanggung oleh Pihak Yang Diinsurankan)

Part II (To be completed by the attending Doctor at Insured's Expenses)

1. Nama Pesakit/ <i>Patient's Name</i> :	_____	No. K/P / I/C No.:	_____
2. Kemasukan / No. Rujukan / <i>Admission / Reference No</i> :	_____	Wad / <i>Ward</i> :	_____
3. Tarikh Kemasukan & Discaj / <i>Date of Admission & Discharge</i>			
Kemasukan / <i>Admission</i>	Tarikh / <i>Date</i> :	Masa / <i>Time</i> :	_____
Discaj / <i>Discharge</i>	Tarikh / <i>Date</i> :	Masa / <i>Time</i> :	_____

Akibat Kemalangan / *For Accident*

4. Sebab-sebab kecederaan / *Cause of injury* : _____

Tarikh dan masa kemalangan / *Date and time of accident* : _____

5. Tahap kecederaan yang dialami / *Extend of injuries*: _____

Akibat Penyakit / *For Illness*

6. Tarikh pertama kali anda merawat pesakit untuk penyakit ini. / *The date you first saw the patient for this condition.*

7. Adakah pesakit dirujuk ke hospital anda oleh doktor lain? Jika ya, sila nyatakan nama dan alamat beliau.
Was the patient referred to your hospital by any other doctor? If so, please indicate his / her name and address.

8. Apakah simptom-simptom yang dinyatakan oleh pesakit ketika pertama kali menemui anda?
What were the symptoms the patient complained when he / she first saw you?

9. Menurut pesakit, berapa lamakah beliau telah mengalami simptom-simptom tersebut? (Sila nyatakan tarikh tanda-tanda mula terjadi)
According to the patient how long had he / she been experiencing these symptoms? (Please indicate date these symptoms first began)

10. Pada pendapat anda, berapa lamakah simptom-simptom tersebut berakhir?
How long do you feel the symptoms had lasted?

Apakah diagnosis anda? / *What was your diagnosis?*

11. Adakah sebarang penyiasatan, ujian atau prosedur dijalankan? Jika ya, sila sertakan salinan keputusannya.
Have any investigation, tests or procedure been performed? If so, please furnish a copy of the result.

12. Jenis rawatan perubatan yang diberikan. / *Nature of medical treatment given.*

13. Adakah kemungkinan berlaku pengulangan? / *Any possibility of having a relapse?*

14. Pernahkah sebelum ini pesakit dirawat atau dimasukkan ke hospital ini atau mana-mana hospital lain untuk penyakit ini atau apa-apa penyakit lain? Jika ya, sila nyatakan. / *Has the patient previously been treated or hospitalized in this or any other hospital for this or any other disease?. If so, please state.*

Tarikh / <i>Date</i>	Penyakit/Keganjilan / <i>Disease/Disorder</i>	Nama Doktor/Hospital / <i>Doctor's/Hospital Name</i>
_____	_____	_____

Saya dengan ini mengesahkan bahawa kesemua jawapan adalah penuh, lengkap dan benar.
I hereby certify that answer about are full, complete and true.

Tandatangan yang Merawat / *Signature of Physician*

Cop Hospital / Klinik / *Hospital / Clinic Stamp*

Nama & Alamat yang Merawat / *Name & Address of Physician*

Date / *Tarikh*

Notis / Notice

Bagi setiap tujuan dan maksud sekiranya terdapat konflik atau keaburan 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