

**BORANG TUNTUTAN RAWATAN SEBELUM / SELEPAS HOSPITALISASI - KENYATAAN PIHAK YANG MENUNTUT
PRE / POST HOSPITALISATION TREATMENT CLAIM FORM - CLAIMANT'S STATEMENT**

Claim No.:

Bahagian A / Part A

Borang ini hendaklah diisikan 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.*

Resit / bil asal yang dikemukakan / Original receipt(s) / bill(s) submitted:					
Tarikh resit/bil Receipt/ bill date	Resit/ bil no. Receipt/ bill no.	Jumlah resit (RM) Receipt amount (RM)	Tarikh resit/bil Receipt/ bill date	Resit/ bil no. Receipt/ bill no.	Jumlah resit (RM) Receipt amount (RM)
1.			7.		
2.			8.		
3.			9.		
4.			10.		
5.			11.		
6.			12.		
1. Butir tentang Hayat yang dilindungi / Particulars of Life Assured					
a.	No. Polisi / Policy No.				
b.	Nama Hayat Diinsuranskan / Name of Life Assured				
c.	No. Kad Pengenalan / NRIC		Lama/ Old:	Baru/ New:	
d.	No. Telefon Bimbit / Mobile Phone No.				
2. Butir tentang Pihak Menuntut / Particular of Policyowner / Claimant					
a.	Nama Pemegang Polisi / Penuntut Name of Policyowner / Claimant				
b.	No. Kad Pengenalan / NRIC		Lama/ Old:	Baru/ New:	
c.	No. Telefon Bimbit / Mobile Phone No				
d.	Alamat e-mel / Email address				
e.	Alamat Surat Menyurat Terkini Current Correspondence Address				
3. Butir kemasukan hospital / Hospitalisation details					
a.	Tarikh masuk hospital: Admission date :	HH/BB/TTTT DD/MM/YYYY	b.	Tarikh keluar hospital: Discharge date :	HH/BB/TTTT DD/MM/YYYY

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:

