

TUNTUTAN INDEMNITY KEMALANGAN / ACCIDENT INDEMNITY CLAIM



Pejabat Yang Mengeluarkan Borang
Issuing Office

Borang ini dikeluarkan apabila notis kemalangan diterima, ia TIDAK bermakna tuntutan diluluskan.
This form is forwarded upon receipt of a notice of accidental injury and it is NOT an admission of claim.
Dokumen sokongan yang diperlukan adalah:
Supporting documents required are:

- i. Bil perubatan asal dan resit bayaran asal / *Original medical bills and payment receipt*
- ii. Laporan sinar X/ahli radiologi untuk kes patah tulang / *X-ray/radiologist report for cases with fractured bones*
- iii. Laporan polis / *Police report*
- iv. Gambar perceraian anggota untuk tuntutan hilang upaya kekal / *Photograph of dismemberment for permanent disability claim*
- v. Sijil cuti sakit & sijil tugas ringan / *Medical leave certificate & light duty certificate*
- vi. Borang tuntutan PERKESO / *SOCSSO claim form*
- vii. Keratan akhbar, jika ada / *Newspaper cutting, if any*

PERLU DILENGKAPKAN OLEH PIHAK YANG MENUNTUT / TO BE COMPLETED BY CLAIMANT

1. No. Polisi/Policy No.:

BUTIRAN INSURED / INSURED DETAILS

2. (i) Nama Insured / *Name of Insured:* _____
- (ii) No. Kad Pengenalan / *IC No.:* _____ (iii) Umur / *Age:* _____
- (iv) Alamat Surat Menyurat Terkini / *Current Correspondence Address:* _____
- (v) No. Telefon / *Telephone No.:* _____

BUTIRAN MAJIKAN / EMPLOYER DETAILS

3. (i) Nama dan Alamat Majikan / *Employer's Name and Address:* _____
- (ii) No. Telefon / *Telephone No.:* _____

BUTIRAN PIHAK YANG MENUNTUT (Jika berlainan daripada Insured) / CLAIMANT DETAILS (If other than life Insured)

4. (i) Nama Pihak Yang Menuntut / *Name of Claimant:* _____
- (ii) No. Kad Pengenalan / *IC No.:* _____
- (iii) Alamat Surat Menyurat / *Correspondence Address:* _____
- (v) No. Telefon / *Telephone No.:* _____

PEKERJAAN INSURED / INSURED'S OCCUPATION

5. (i) Pekerjaan Insured terkini / *Present Occupation:* _____
- (ii) Jenis Pekerjaan dan Tugas-tugas terperinci / *Exact Nature of Occupation and Duties:* _____
- (iii) Adakah terlibat melakukan tugas kasar? / *Involved in manual work?* Ya / Yes Tidak / No

BUTIRAN TENTANG KEMALANGAN / PARTICULARS OF ACCIDENT

6. (i) Bila kemalangan tersebut berlaku? / *When did it occur?* HH / DD BB / MM TT / YY pada/at.....pagi/ptg/am/pm
- (ii) Di mana kemalangan tersebut berlaku? / *Where did it occur?* _____
- (iii) Bagaimana kemalangan tersebut berlaku? / *How did it occur?* _____
- (iv) Jenis dan tahap kecederaan dialami / *Nature and extent of injury* _____
7. Nama dan alamat semua doktor yang merawat kecederaan anda / *Name and address of all doctors who treated you for the injury* _____
- Tarikh rawatan / *Date of consultation* _____
- Tarikh kemasukan wad(jika ada) / *Date of admission (if any)* _____
8. Tarikh hari pertama tidak hadir di tempat kerja / *Date first absent from work:* HH / DD BB / MM TT / YY
9. Tarikh mula berkerja semula / *Date of return to work:* HH / DD BB / MM TT / YY

LAIN-LAIN PERLINDUNGAN / OTHER COVERAGE

10. Adakah anda ketika ini di bawah perlindungan insurans bagi faedah kemalangan, di bawah sebarang program undang-undang kerajaan, skim faedah-faedah atau sebarang polisi insurans lain? Jika "Ya", sila lengkapkan butir-butir berikut:

Are you presently insured for accidental benefits, under any government law programme, benefits scheme or any other insurance policy? If "Yes", provide the following details:

Nama Syarikat/Program / Name of Company/Program	No. Polisi/Keahlian / Policy/Membership No.	Amaun Faedah / Amount of Benefit
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PENGAKUAN / DECLARATION

Saya, dengan ini mengaku bahawa saya telah mengalami kecederaan yang dinyatakan di atas, dan menjamin kebenaran tentang maklumat yang diberi, dari semua aspek dan bersetuju bahawa sekiranya saya telah atau akan membuat sebarang kenyataan palsu atau tidak benar, penyembunyian atau penyekatan, hak saya untuk mendapat pampasan akan ditarik balik secara mutlak.

I, hereby declare that I have sustained the injuries described above, and warrant the truth of the foregoing particulars in every respect, and agree that if I have made, or shall make any false or untrue statement, suppression or concealment, my right to compensation shall be absolutely forfeited.

Tandatangan Pihak Yang Menuntut / Singature of Claimant

Tarikh / Date:

Tandatangan Saksi / Signature of Witness

Nama / Name:

No. Kad Pengenalan / IC No.:

Alamat / Address:

PEMBERIAN KUASA / AUTHORIZATION

Saya setelah membaca dan memahami kandungan borang ini dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana doktor, hospital, klinik atau syarikat insurans atau lain-lain organisasi, institusi atau orang perseorangan yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang saya atau kesihatan saya, untuk mendedahkan kepada John Hancock Life Insurance (Malaysia) Berhad atau wakilnya tentang sebarang dan keseluruhan maklumat tersebut dan secara nyata menyisihkan hak bagi pihak diri saya atau sesiapa yang mempunyai sebarang tuntutan atau kepentingan dalam mana-mana polisi yang dikeluarkan di sini, ke atas semua peruntukan undang-undang yang melarang doktor atau pakar bedah daripada memberi sebarang maklumat yang diperolehi semasa merawat saya ketika mereka menjalankan tugas sebagai seorang profesional. Pemberian kuasa ini adalah mengikat secara tidak boleh dibatal oleh pengganti-pengganti dan waris-waris saya dan akan kekal sah, tanpa mengira kematian atau ketidakupayaan saya dan salinan pemberian kuasa ini adalah efektif dan sama sah seperti yang asal.

I, having read and understood the contents of this form hereby authorize any physician, hospital, clinic or insurance company or other organization, institutions or persons that has any records or knowledge of me or my health, to disclose to John Hancock Life Insurance (Malaysia) Berhad or its representatives any and all such information and expressly waive on behalf of myself or any person who shall have any claim or interest in any policy issued hereunder, all provision of law forbidding any physician or surgeon from disclosing any information acquired while attending me in a professional capacity. This authorization shall irrevocably bind my successors and assigns and remain valid, notwithstanding my death or incapacity and a copy of this shall be as effective and valid as the original.

Tandatangan Pihak Yang Menuntut /
Signature of Claimant

Nama / Name:

No. Kad Pengenalan / IC No.:

Tarikh / Date:

Tandatangan Saksi /
Signature of Witness

Nama / Name:

No. Kad Pengenalan / IC No.:

Tarikh / Date:

Alamat / Address:

KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT / ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

1. Nama Pesakit / *Patient's Name*: _____
2. No. Kad Pengenalan / *IC No.*: _____
3. Umur / *Age*: _____
4. Pekerjaan / *Occupation*: _____
5. Tarikh & Masa kemalangan / *Date & Time of accident*: _____
6. Tarikh & Masa rawatan pertama / *Date & Time of first consultation*: _____
7. Terangkan secara terperinci jenis kemalangan seperti yang telah dinyatakan oleh pesakit / *Describe in detail the nature of accident as related to you by the patient*:

8. Adakah terdapat sebarang kecederaan/luka luaran ketara akibat kemalangan tersebut? / *Were there any external and visible injuries or wound as a result of this accident?* Ya / *Yes* Tidak / *No*
 - (a) Jika "Tidak", nyatakan sebarang bukti yang konsisten dengan kemalangan seperti yang dituntut oleh pesakit.
If "No", describe any other evidence that is consistent with the accident as claimed by the patient.

 - (b) Jika "Ya", nyatakan tahap kecederaan termasuk lokasi, ciri-ciri lain dan bentuk yang kelihatan pada anda. Jika berlaku sebarang amputasi anggota, sila nyatakan tahap amputasi tersebut (proximal, tengah, distal). / *If "Yes", then describe the extent of injuries including site and other characteristics, features as seen by you. In the event of any amputation, please state at what level (proximal, middle, distal).*

9. Rawatan yang diberi termasuk rawatan lanjutan (Tarikh rawatan, kadar sembuh, rawatan seperti jumlah jahitan, STO, fisioterapi, jenis pencucian, dsb.) / *Treatment given including follow-up (dates of consultation, healing progress, treatments such as no. of stitches, STO, physiotherapy, type of dressing, etc.)*

10. Patah Tulang/Fraktur / *Fracture*
 - (i) Lokasi, jenis patah / *Location, type of fracture*
 - (ii) Jika pesakit diberi sebarang bentuk pembatasan bergerak (POP, sendal belakang, crepe bandage, dan sebagainya) sila nyatakan:-
If patient was put on any form of immobilization (POP, backslab, crepe bandage, etc), please state:-
 - (a) Tarikh mula digunakan dan ditanggalkan / *Date first applied and removed.*
 - (b) Tarikh pesakit memulakan fisioterapi / *Date patient started on physiotherapy.*
 - (c) Tarikh pesakit memulakan senaman tanpa sokongan / *Date patient started on full weight bearing exercise.*
 - (d) Sila nyatakan pembatasan pergerakan sebenar bagi sebarang sendi pada tarikh akhir rawatan / *Please state actual limitation of movement on any joint at the last date of treatment.*
11. (a) Tarikh akhir rawatan / *Last date of consultation.*
(b) Keadaan anggota yang cedera pada tarikh itu / *Condition of the injured part on that date.*
12. Adakah proses sembuh lancar atau rumit? Sila beri butir kerumitan. / *Was healing straight forward or complicated? Give details of complication.*

13. Adakah gambar sinar X diambil? / *Was X-ray taken?* Ya / *Yes* Tidak / *No*
Jika "ada" sila sertakan laporan atau filem sinar X / *If "Yes" please furnish report or X-ray film.*

