

PERMOHONAN UNTUK SURAT JAMINAN REQUEST FOR GUARANTEE LETTER



Nama pesakit yang mendapatkan rawatan:
Name of patient seeking treatment:

Surat Beranak/No K/P:
Birth Certificate/IC No:

Tarikh Diperlukan:
Date Required:

Tuan,
Saya sebagai Pemunya Polisi/Insured, dengan ini memohon supaya John Hancock Life Insurance (Malaysia) Berhad (selepas ini disebut sebagai "Syarikat tersebut") atau ejen mereka yang diberi kuasa, mengeluarkan surat jaminan kepada hospital yang dinamakan di atas, di bawah program kemasukan hospital pra pengesahan ("pre certification hospitalisation programme").

Dengan balasan surat jaminan yang dikeluarkan oleh Syarikat tersebut atau ejen-ejen mereka yang diberi kuasa terhadap pihak hospital yang dinamakan di atas atas permintaan saya, saya dengan ini secara muktamad dan tanpa sebarang syarat bersetuju dan berakujanji untuk membayar ganti rugi dan terus memberi jaminan untuk membayar ganti rugi kepada Syarikat tersebut terhadap caj-caj hospital/kos/perbelanjaan dan/atau kos berkaitan yang lain akibat kemasukan dan/atau rawatan saya di hospital tersebut yang telah dibayar/dijelaskan dengan sepenuhnya atau sebahagiannya oleh Syarikat tersebut dan/atau ejen-ejen mereka yang diberi kuasa bagi pihak saya termasuk tetapi tidak terhad kepada segala kerugian, kerosakan, tuntutan, prosiding, kos dan/atau perbelanjaan yang timbul berikutanannya di mana terdapatnya kegagalan untuk mendedahkan fakta meterial atau kejadian sesuatu yang mungkin menjejaskan keputusan Syarikat tersebut atau ejen-ejen mereka yang diberi kuasa di dalam pengeluaran surat jaminan kepada hospital yang dinamakan di atas, walaupun surat jaminan tersebut telah dikeluarkan dan/atau pembayaran telah dijelaskan oleh Syarikat tersebut dan/atau ejen-ejen mereka yang diberi kuasa kepada hospital yang dinamakan di atas.

Kewajipan/obligasi untuk membayar ganti rugi akan mengikat wasi-wasi, waris-waris, wakil-wakil diri dan pengganti-pengganti saya yang mana relevan.

Saya telah membaca dan memahami dengan sepenuhnya kandungan di sini dan bersetuju untuk mematuhi dan menerima terma-terma yang dinyatakan di atas:

Dear Sir,
I, the Policy Owner/Insured, hereby request that John Hancock Life Insurance (Malaysia) Berhad (hereinafter called "the Company") or their authorised agents issue a guarantee letter to the abovenamed hospital under the pre-certification hospitalisation programme.

In consideration of the guarantee letter issued by the Company or their authorised agents in favour of the abovenamed hospital at my request, I hereby irrevocably and unconditionally agree and undertake to indemnify and continue to keep the Company indemnified against all hospital charges/costs/ expenses and/or other incidental costs incurred as a result of my stay and/or treatment in the said hospital which have been paid/settled wholly or in part by the Company and/or their authorised agents on my behalf including but not limited to loss, damage, claims proceedings, costs and expenses arising thereof in the event of non disclosure of any material facts or the occurrence of any event which may have affected the decision of the Company or their authorised agents in the issuance of the guarantee letter to the abovementioned hospital notwithstanding the guarantee letter having been issued and/or payment having been made by the Company and/or their authorised agents to the abovementioned hospital.

The obligation to indemnify shall be binding on my heirs, assigns, personal representatives and successors-in-title as the case may be.

I have read and fully understand the contents herein and agree to abide and accept the abovementioned terms specified above.

Bertarikh pada / *Dated this*hb / *day of*, 2.....

Ditandatangani dalam kehadiran wakil hospital/egen
Signed in the presence of a hospital representative/agent

Tandatangan Pemunya Polisi/Insured
Signature of the Policy Owner/Insured

Tandatangan Saksi
Signature of Witness

Nama / *Name:*.....

Nama / *Name:*.....

No. Kad Pengenalan / *IC No.:*.....

No. Kad Pengenalan / *IC No.:*.....

Tarikh / *Date:*.....

Tarikh / *Date:*.....

Perhatian: Borang ini hendaklah ditandatangani oleh waris/penjaga disisi undang-undang si pesakit, jika pesakit di bawah umur 18 tahun atau pesakit tidak berupaya melakukannya akibat kecacatan fizikal atau mental.

Note: This form must be signed by the claimant/legal guardian of the patient, if the patient is below 18 years of age or the patient is unable to do so due to being physically or mentally incapacitated.