

# TUNTUTAN KEMASUKAN HOSPITAL/HOSPITALISATION CLAIM



Pejabat Yang Mengeluarkan Borang / Issuing Office

Borang ini dikeluarkan apabila notis kemasukan hospital diterima. Ia TIDAK bermakna tuntutan diluluskan.  
*This form is forwarded upon receipt of a notice of hospitalisation and it is NOT an admission of claim.*

Dokumen sokongan yang diperlukan:  
*Supporting documents required:*

Bil muktamad terperinci asal dan resit resmi yang mencatatkan perbelanjaan rawatan dan pembedahan.  
*Final itemised original bills and official receipts covering hospitalisation and surgical expenses.*

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

### BUTIRAN INSURED / INSURED DETAILS

- No. Polisi / Policy No. :
- (i) Nama Insured / Name of Insured:  
(ii) No. Kad Pengenalan / IC No:  
(iii) Umur / Age:  
(iv) Pekerjaan / Occupation:  
(v) Alamat Surat Menyurat Terkini / Current Correspondence Address:  
(vi) No. Telefon / Telephone No.:

### BUTIRAN PIHAK YANG MENUNTUT (jika berlainan daripada Insured) / CLAIMANT DETAILS (if other than Insured)

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

### BUTIRAN KEMASUKAN HOSPITAL / PARTICULARS OF HOSPITALISATION

- Jika kemasukan ke hospital disebabkan oleh kemalangan, sila beri butiran kejadian kemalangan:  
*If hospitalisation was due to accident, please furnish details of accident:*
  - Bila kemalangan tersebut berlaku? / When did it occur?   HH / DD   BB / MM   TT / YY pada at .....pagi/ptg/am/pm
  - Di mana kemalangan tersebut berlaku? / Where did it occur?
  - Bagaimana kemalangan tersebut berlaku? / How did it occur?
  - Jenis dan tahap kecederaan dialami / Nature and extent of injury
- Jika kemasukan ke hospital akibat sebab-sebab lain, sila berikan: / *If hospitalisation was due to other causes, please furnish:*
  - Jenis penyakit/simtom / Nature of illness/symptom.
  - Berapa lamakah anda / Insured telah menghadapi simtom sebelum pertama kali dimasukkan ke hospital? / For how long had you/the Insured been having the symptom prior to first admission?
  - Apakah diagnosis ketika itu? / What was the diagnosis?
- Nama dan alamat semua doktor yang merawat anda/Insured bagi penyakit/kecederaan/keadaan ini / Name and address of all doctors who treated you/the Insured for this illness/injury/condition  
Tarikh rawatan / Date of consultation  
Tarikh kemasukan wad(jika ada) / Date of admission (if any)
- Sila nyatakan nama dan alamat doktor yang selalu merawat anda/Insured, selain daripada yang tersebut di atas.  
*Please furnish name and address of your/ the Insured's usual attending doctor other than the above.*

**LAIN-LAIN PERLINDUNGAN / OTHER COVERAGE**

8. Adakah anda/Insured ketika ini dibawah perlindungan insurans faedah hospital di bawah sebarang program/ undang-undang kerajaan, faedah pekerja, sebarang skim faedah kesihatan atau sebarang polisi insurans lain? / *Are you/Is Insured presently insured for hospitalization benefits under any government law/program, employee benefit, any health scheme or any other insurance policy?*

Jika ada, sila beri butir-butir / *If so, please furnish details:*

Nama Syarikat/Program/Skim / *Name of Company/Program/Scheme*

No. Polisi/Keahlian / *Policy/Membership No.*

**PENGAKUAN / DECLARATION**

Saya/Kami, dengan ini mengaku bahawa maklumat yang diberi dalam borang tuntutan ini adalah benar dan bahawasanya saya/Insured tidak menghidap sebarang keadaan-keadaan prawujud ketika pelan ini dipohon. Saya seterusnya mengaku bahawa kemasukan ke hospital kali ini bukan disebabkan oleh keadaan-keadaan yang dinyatakan dalam Fasal Pengecualian polisi.

Saya bersetuju bahawasanya jika saya membuat atau pernah membuat sebarang kenyataan palsu atau tidak benar dan/atau menyekat dan/atau menyembunyikan sebarang fakta material berkaitan dengan keadaan kesihatan saya/Insured, syarikat akan menarik balik secara mutlak hak saya/ Insured untuk mendapat pampasan dan seterusnya syarikat berhak untuk menuntut semula sebarang amaun yang telah dibayar sebelum ini, akibat tindakan saya sedemikian.

*I/We hereby declare that the information given in this claim form are true and that I/the Insured did not suffer from any preexisting conditions at the time this plan 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 Clauses of the plan.*

*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 Insured's health 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.*

Tandatangan Saksi / *Signature of Witness*

Nama / *Name:* .....

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

Alamat / *Address:*.....

Tandatangan Insured / *Signature of Insured*

Tarikh / *Date:*.....

Tandatangan Pihak yang Menuntut / *Signature of Claimant*

Tarikh / *Date:*.....

**PEMBERIAN KUASA / AUTHORIZATION**

Saya.....No. Kad Pengenalan .....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/Insured atau kesihatan saya/Insured, 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/Insured atau mana-mana orang perseorangan yang mempunyai sebarang tuntutan atau kepentingan dalam mana-mana polisi yang dikeluarkan di sini, semua peruntukan undang-undang yang melarang mana-mana doktor atau pakar bedah daripada memberi sebarang maklumat yang diperolehi semasa merawat saya/Insured ketika mereka menjalankan tugas sebagai seorang profesional. Pemberian kuasa ini adalah mengikat secara tidak boleh dibatal atas pengganti-pengganti dan waris-waris dan akan kekal sah, tanpa mengira kematian atau ketidakupayaan saya/ Insured dan salinan pemberian kuasa ini adalah efektif dan sah seperti dokumen asal.

*I.....NRIC No. ....hereby authorise any physician, hospital, clinic or insurance company or other organization, institutions or persons, that have any records or knowledge of me/the Insured or my/Insured's health, to disclose to John Hancock Life Insurance (Malaysia) Berhad, or its representatives any and all such information and expressly waive on behalf of me/the 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 Insured in a professional capacity. This authorisation shall irrevocably bind my successors and assigns and remain valid, notwithstanding my/the Insured's death or incapacity and a copy of this authorisation shall be as effective and valid as the original.*

Tandatangan Saksi / *Signature of Witness*

Name/*Name:*.....

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

Tandatangan / *Signature*

Hubungan dengan Pesakit / *Relationship with patient:*.....

Tarikh / *Date:*.....

**KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT / ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT**

1. Nama Pesakit / *Patient's Name*: \_\_\_\_\_
  2. No. Kad Pengenalan / *IC No*: \_\_\_\_\_ 3. No. Pendaftaran / *Admission No*: \_\_\_\_\_
  4. Kemasukan (Tarikh/Waktu) / *Admission(Date/Time)*: \_\_\_\_\_
  5. Discaj (Tarikh/Waktu) / *Discharge (Date/Time)*: \_\_\_\_\_
  6. Jika kemasukan hospital adalah akibat kemalangan sila beri: / *if hospitalisation due to accident, please furnish*:
    - a) Tarikh dan masa kejadian kemalangan/ *Date and time of accident*      HH / DD      BB / MM      TT / YY
    - b) Jenis kemalangan/*Nature of accident*: \_\_\_\_\_
  7. Tarikh pertama kali anda memberi rawatan kepada pesakit bagi penyakit/kecederaan/keadaan ini  
*The date on which you first saw the patient for this illness/injury/condition*      HH / DD      BB / MM      TT / YY
  8. Adakah pesakit dirujuk kepada hospital anda oleh doktor yang lain? Jika "Ya", sila nyatakan nama dan alamat doktor tersebut.  
*Was the patient referred to your hospital by any other doctor? If "Yes", please indicate his/her name and address.*     Ya / Yes     Tidak / No
  9. Apakah simptom yang diberitahu oleh pesakit ketika pertama kali dia mendapat rawatan daripada anda? / *What were the symptoms the patient complained of when he/she first saw you?*
  10. I) Menurut pesakit, berapa lamakah dia telah mengalami simptom tersebut? / *According to patient, how long had she/he been experiencing these symptoms?*  
II) Berapa lamakah yang anda rasakan simptom ini telah wujud? / *How long do you feel these symptoms had lasted?*
  11. Pernahkah sebelum ini pesakit menerima rawatan untuk simptom di atas? Jika ada, sila nyatakan nama dan alamat doktor serta tarikh rawatan.  
*Had patient previously received any treatment for above symptoms? If so, please furnish name, address of doctors and dates of consultation.*
  12. Adakah sebarang siasatan, ujian atau prosedur dilakukan? Jika ada, sila sertakan satu salinan hasil siasatan yang diakui sah.  
*Have any investigation, test or procedure been performed? If so, please furnish a certified true copy of the result.*     Ya / Yes     Tidak / No
  13. Apakah diagnosis anda? / *What was your diagnosis?*
  14. Adakah anda memberitahu pesakit tentang diagnosis tersebut? Jika ada, bila? / *Did you inform the patient of the diagnosis, if so, when?*  
 Ya / Yes     Tidak / No
  15. Jenis rawatan perubatan yang telah diberi. / *Nature of medical treatment given.*
  16. Untuk pembedahan: / *For surgery*:
    - a) Jenis pembedahan yang dilakukan / *Nature of operation performed*
    - b) Nama pakar bedah / *Name of surgeon*
    - c) Tarikh pembedahan dilakukan / *Date surgery performed*
  17. Adakah kemungkinan penyakit berulang kembali? / *Any possibility of patient having relapse?*     Ya / Yes     Tidak / No
  18. Pernahkah sebelum ini pesakit diberi rawatan atau dimasukkan ke hospital ini atau hospital-hospital lain untuk rawatan penyakit ini atau penyakit-penyakit lain? Sila nyatakan. / *Has the patient previously been treated or hospitalised in this or any other hospital for this or any other disease? Please state.*
- | Tarikh / <i>Date</i> | Penyakit / <i>Illness</i> | Hospital/Klinik / <i>Hospital/Clinic</i> |
|----------------------|---------------------------|--|
|                      |                           |  |
|                      |                           |  |
|                      |                           |  |
|                      |                           |  |
19. Untuk pesakit wanita sahaja: *For female only*:
    - a) Adakah pesakit hamil ketika dimasukkan ke hospital? Jika "Ya", sudah berapa bulan? / *Was the patient pregnant at time of hospitalisation? If so, for how many months?*     Ya / Yes     Tidak / No    .....Bulan / *Month(s)*
    - b) Adakah penyakit dengan secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh kehamilan/kelahiran anak/ pembedahan caesarian/ menggugurkan/keguguran dan lain-lain komplikasi yang berbangkit darinya? / *Was illness caused directly or indirectly by pregnancy/child birth/ caesarian section/abortion/miscarriage and all complications arising therefrom?*     Ya / Yes     Tidak / No

Saya dengan ini mengesahkan bahawa semua jawapan di atas adalah lengkap dan benar sejauh mana yang saya ketahui dan percayai.  
*I hereby certify that the answers above are full, complete and true to the best of my knowledge and belief.*

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Doktor / *Signature of Doctor*

\_\_\_\_\_  
Cop Nama & Alamat / *Name & Practice Stamp*

\_\_\_\_\_  
Nama & Alamat Hospital/Klinik  
*Name & Address of Hospital/Clinic*