

PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM (BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN DIRI)

<p>A. DETAILS OF INSURED <i>BUTIR-BUTIR PEMEGANG POLISI</i></p> <p>1. Name <i>Nama</i></p> <p>2. Date of birth <i>Tarikh lahir</i></p> <p>3. Address in full <i>Alamat Penuh</i></p> <p>4. Profession or Occupation <i>Pekerjaan</i></p> <p>5. Policy No. / No. Polisi</p>	
<p>B. DETAILS OF LOSS OR ACCIDENT <i>BUTIR-BUTIR KEMALANGAN</i></p> <p>1. State when and where the accident took place <i>Nyatakan tarikh, masa dan tempat kemalangan</i></p> <p>2. Names and Address of any witnesses of the accident <i>Nama dan alamat saksi kemalangan</i></p> <p>3. Were you in good health and free from physical defect or infirmity at the time of accident. If No, please specify details <i>Sewaktu kemalangan berlaku adakah anda sihat dan tidak mengalami apa-apa kecacatan fizikal. Jika tidak, sila nyatakan</i></p> <p>4. Are you insured with any other Company for Personal Accident benefits. If yes, please give details. <i>Adakah anda dilindungi oleh mana-mana Sykt. Insuran dibawah insuran kemalangan diri, Jika ya, sila nyatakan.</i></p> <p>5. As a result of this accident, have you been totally disabled or incapacitated from attending in any way to do your usual business or occupation. If yes, from what date <i>Adakah anda tidak berdaya menghadiri pekerjaan anda akibat dari kemalangan tersebut. Jika ya, dari tarikh</i></p> <p>6. Have you been able to attend partially to your business or occupation. If yes, from what date <i>Adakah anda berdaya menghadiri sebahagian dari pekerjaan / tugas anda, jika ya, dari tarikh</i></p> <p>7. Have you previously claimed or received compensation under any Personal Accident and or Health Policy, If yes please give details <i>Adakah anda pernah membuat tuntutan atau mendapat pampasan insuran kemalangan diri atau polisi kesihatan. Jika ya, sila nyatakan.</i></p>	<p>Date: <i>Tarikh:</i></p> <p>Time: <i>Masa:</i></p> <p>a.m./p.m. <i>Pagi/Petang</i></p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p>Name of company: <i>Nama Syarikat:</i></p> <p>Benefit: <i>Faedah Kemalangan:</i></p> <p>Policy No. <i>Polisi No.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p>From: <i>Dari:</i></p> <p>To: <i>hingga:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p>From: <i>Dari:</i></p> <p>To: <i>hingga:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>

I, the undersigned declare that the particulars given are true to my best knowledge.
Saya mengaku segala kenyataan diatas adalah benar sepanjang pengetahuan saya

Date: _____
Tarikh

Signature of Insured
Tandatangan Pemegang Polisi

AUTHORISATION / SURAT KUASA

I hereby authorise any hospital, medical doctor or other person who has attended or examined me, to furnish to AmG Insurance Berhad, or its authorised representative, any information with respect to any illness or injury, medical history, consultation or treatment and copies of all hospital medical records. A photostat copy of this authorisation should be considered effective and valid as the original.
Saya dengan ini memberi kebenaran kepada pihak hospital doktor perubatan atau sesiapa sahaja yang telah memeriksa saya untuk menyediakan kepada AmG Insurance Berhad atau wakilnya yang sah butir-butir berkenaan penyakit atau kemalangan, sejarah kesihatan rundingan atau pengubatan dan salinan rekod kesihatan. Salinan pendua kebenaran ini adalah dianggap sah.

Signature of Claimant
Tandatangan Penuntut

**AmAssurance****PRIVATE AND CONFIDENTIAL
SULIT & PERSENDIRIAN****MEDICAL REPORT
LAPURAN PERUBATAN**Policy No: _____
Polisi No: _____Please return this form once duly completed by the Doctor in charge.
Sila kembalikan borang ini setelah dilengkapi oleh doktor yang merawat.

1. Injured full name <i>Name pesakit</i>	
2. The nature and extent of injuries (If to a limb, state whether right or left) <i>Jenis dan tahap kecederaan (Jika anggota badan, nyatakan kanan atau kiri)</i>	
3. The cause of injury(ies) <i>Sebab kecederaan</i>	
4. a) Date injured consulted you in consequence of the injury(ies) sustained <i>Tarikh pertama kali merawat pesakit berikutan kecederaan yang dialami</i> b) Are you still attending to the Injured <i>Adakah anda masih merawat pesakit</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>
5. Are you his usual Medical Attendant, and if so, how long have you known him and for what illness(es) have you attended to him <i>Adakah anda biasa merawat pesakit, jika ya, berapa lamakah anda mengenali beliau dan apakah penyakit yang telah anda rawati</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>
6. a) Please state whether the injuries are: <i>Sila nyatakan sekiranya kecederaan berkaitan dengan:</i>	<input type="checkbox"/> i) consistent with the circumstances of accident <i>selaras dengan kejadian kemalangan</i> <input type="checkbox"/> ii) due to pre-existing condition <i>disebabkan keadaan sedia kala yang menyumbang kepada kemalangan</i> <input type="checkbox"/> iii) due to other causes <i>sebab-sebab lain</i>
b) Has he ever suffered from Diabetes or Fits <i>Adakah si pesakit mengidap penyakit kencing manis atau sawan</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>
c) Is there anything in his medical history which may have contributed, directly or indirectly, to the accident, or which may be likely to prolong his recovery <i>Adakah apa-apa di dalam sejarah perubatan pesakit yang mungkin menyumbang secara langsung atau tidak langsung kepada kemalangan atau mungkin melambatkan pemulihannya.</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i> If Yes, please specify _____ <i>Jika ya, sila nyatakan</i>
d) Was he under the influence of intoxicants at the time of accident? <i>Adakah pesakit berada dibawah pengaruh bahan atau minuman yang memabukan pada masa kemalangan.</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>
7. In my opinion, the Injured has sustained the following degree of disablement as a result of the accident: <i>Pada pendapat saya, pesakit telah mengalami tahap kecederaan yang berikut akibat dari kemalangan:</i>	
a) Permanent disablement in terms of percentage, if any <i>keilatan kekal (dalam bentuk peratusan)</i>	
b) Temporary Total Disablement <i>keilatan kekal sementara</i>	From _____ To _____ <i>Dari _____ hingga _____</i>
c) Temporary Partial Disablement <i>keilatan separa sementara</i>	From _____ To _____ <i>Dari _____ hingga _____</i>
8. Any further remarks <i>Butir-butir tambahan</i>	

I hereby certify that the abovenamed met with the accident referred to, and that the foregoing statements are correct.
Saya mengesahkan bahawa pesakit yang bernama diatas telah mengalami kemalangan dan fakta-fakta yang dinyatakan adalah benar.

Signature / Tandatangan

Qualifications and Address / Kelayakan dan alamat

Date / Tarikh

*** Definition / Definisi - Permanent Disablement / Keilatan Kekal**Permanent Disablement as described in the table of benefits.
Keilatan Kekal seperti yang dinyatakan di dalam jadual faedah kemalangan.*** Temporary Total Disablement / Keilatan Kekal Sementara****AmGeneral Insurance Berhad (44191-P)**

(Formerly known as Kurnia Insurans (Malaysia) Berhad)

A member of the AmBank Group

Menara Kurnia, No. 9, Jalan PJS 8/9, 46150 Petaling Jaya, PO Box 8607, 46792 Petaling Jaya, Selangor Darul Ehsan, Malaysia

Tel 1300 80 3030 Fax +603-2171 3030 E-mail amassurance-general@ambankgroup.com Website www.amassurance.com.my