No. Tuntutan / *Claim No.*: _____

BORANG TUNTUTAN KEMASUKAN HOSPITAL
HOSPITALISATION CLAIM FORM

Borang ini harus dilengkapkan oleh Peserta / Pihak Yang Menuntut. Sila mematuhi segala keperluan serta menurut prosedur-prosedur seperti yang dinyatakan di halaman belakang borang ini.
This form is to be completed by Participant / Claimant. Please comply to the requirements and follow the procedures as stated in the last page of this form.

Tuntutan ini adalah:
This claim is for:
i) Faedah Kemasukan Hospital Takaful – Hospital Income Benefit Takaful (HIB) ☐

Bahagian A / *Part A*

1. a) No. Sijil Takaful *Takaful Certificate No.*	a)
b) Nama Peserta. *Name of Participant.*	b)
c) No. K/P. *I/C No.*	c) Lama: *Old:* Baru: *New:*
d) No. Sijil Beranak bagi orang di bawah umur. *Birth Certificate No. for minor.*	d)
e) Tarikh Lahir. *Date of Birth.*	e)
f) Alamat Kediaman & Surat-menyurat. *Residential & Mailing Address.*	f)
g) Kewarganegaraan / *Nationality*	g)
h) Sila pastikan jika terdapat sebarang perubahan alamat supaya kami boleh mengemaskini matlumat anda. *Please confirm if there is a change of address for us to update your records.*	h) Ya *Yes* ☐ Tidak *No* ☐
i) No. Telefon. *Telephone No.*	i) Rumah : *House:* Pejabat: *Office:*
j) No. Telefon Bimbit. *Handphone No.*	j)
k) Alamat E-mel. *E-mail Address.*	k)

l) Bank Berkenaan. *Particular Bank.*	l)
m) No. Akaun Simpanan Persendirian. / No. Akaun Bank Korporat. *Individual Saving Account No. / Corporate's Bank Account No.* (Sila menampilkan satu salinan buku simpanan yang disahkan benar / surat pengesahan daripada Korporat atas No. Akaun sebagai penyemakan.) *(Please enclose a certified true copy of the saving book / Corporate's confirmation letter on the Corporate's Bank Account No.)*	m)
n) Pekerjaan sekarang (jika lebih daripada satu, sila nyatakan semua). *Present occupation (if more than one, please state all).*	n)
o) Nama Majikan. *Name of Employer.*	o)
p) Alamat Majikan. *Address of Employer.*	p)
q) Tarikh mula pekerjaan. *Date employed.*	q)
r) Nama Pihak Menuntut *Name of Claimant.*	r)
i) No. K/P / *I/C No.*	i)
ii) Kewarganegaraan / *Nationality*	ii)
iii) Tarikh Lahir / *Date of Birth*	iii)
iv) Alamat Kediaman & Surat-menyurat. *Residential & Mailing Address.*	iv)
v) Pekerjaan / *Occupation*	v)
vi) Nama dan Alamat Majikan / *Name and Address of employer*	vi)
vii) Hubungan dengan Peserta. *Relationship to Participant.*	vii)
2. Liputan Lain. *Other Coverage.* a) Adakah anda berhak mendapat pampasan daripada Pengendali Takaful / Bukan Takaful lain / Socso atau apa-apa faedah perubatan yang lain? Jika ya, sila lengkapkan: *Are you entitled to compensation from any other Takaful Operator / Non-Takaful Operator / Socso / other medical benefit? If yes, please complete:*	a) Ya *Yes* ☐ Tidak *No* ☐

b) Nama Pengendali Takaful atau Bukan Takaful tersebut. *The name of Takaful / Non-Takaful Operator*	b)
c) No. Sijil. / Sijil-Sijil Takaful atau Bukan Takaful tersebut. *Takaful / Non-Takaful Certificate(s) No.(s).*	c)
d) Pelan dan jumlah dilindungkan *Plan and sum covered.*	d)
e) Tarikh Sijil / Sijil-Sijil Takaful atau Bukan Takaful berefek. *The effective date of the Takaful / Non- Takaful Certificate(s).*	e)
f) Tarikh tamat Sijil / Sijil Takaful atau Bukan Takaful. *The expiry dates of the Takaful / Non-Takaful Certificate(s).*	f)
3. Sila Lengkapkan Jika Kemasukan Hospital Disebabkan Oleh Kemalangan. *Please Complete If Hospitalisation Was Due To Accident.*	
a) Tarikh kemalangan. *Date of accident.*	a)
b) Masa. *Time.*	b) Pagi *AM* Petang *PM*
c) Butir-butir mengenai keseluruhan kemalangan. *Full circumstances of the accident.*	c)
d) Terangkan jenis kecederaan yang dialami. *Describe the type of injuries sustained.*	d)
4. Sila Lengkapkan Jika Kemasukan Hospital Disebabkan Oleh Penyakit: *Please Complete If Hospitalisation Was Due To Illness:*	
a) Nama Penyakit. *Name of Illness.*	a)
b) Terangkan simptom-simptom penyakit. *Describe the symptoms.*	b)
c) Tarikh simptom-simptom bermula. *Date symptoms first began.*	c)
d) Jangkamasa simptom-simpton penyakit sebelum kemasukan hospital. *Duration of symptoms prior hospitalization.*	d)

5. Butir-butir Doktor-doktor. *Details Of Doctors.*	Tarikh-tarikh perjumpaan / *Dates of consultations*	Nama dan alamat doktor-doktor / *Name and address of doctor(s)*
a) Doktor pertama yang telah dijumpa untuk penyakit / kecederaan. *Doctor first consulted for this illness / injury.*	a)	
b) Doktor yang merujuk Peserta ke hospital. *Doctor who referred Participant to hospital.*	b)	
c) Semua doktor lain yang telah dijumpa semasa penyakit / kecederaan. *All other doctors consulted during the illness / injury.*	c)	
d) Kesemua doktor yang telah dijumpa sebelumnya jika keadaan sedemikian pernah dirawat. *All doctors consulted previously if this condition had been treated previously.*	d)	
6. Butir-butir Kemasukan Hospital. *Details Of Hospitalisation.*		
a) Tarikh masuk hospital. *Date of admission.*	a)	
b) Tarikh pelepasan hospital. *Date of discharge.*	b)	
c) Nama hospital yang telah dimasukkan. *Name of hospital admitted.*	c)	
7. Lain-lain. *Others.*		
a) Nama dan alamat untuk *Name and address of*	a)	
i) Doktor tetap Peserta. *Participant's Regular doctor.*	i)	
ii) Kesemua doktor yang pernah dijumpai oleh Peserta bagi tiga (3) tahun yang lepas. *All doctors consulted by Participant in the past three (3) years*	ii)	

8. Sila Lengkapkan Jika Peserta Adalah Seorang Wanita. *Please Complete If Participant Is Female.*	
a) Adakah Peserta hamil semasa dimasukkan ke hospital: *Was the Participant pregnant at the time of hospitalization:*	a) Ya *Yes* ☐ Tidak *No* ☐
b) Jika ya, berapa bulan? *If so, how many months?*	b)

Bahagian B / *Part B*

Deklarasi Orang Politik (PEP)/*Politically Exposed Person (PEP) Declaration*

Nota / *Notes:*

1. Semua nama seperti NRIC/Pasport / *All names as per NRIC/Passport*
2. Orang Politik (PEP) / *Politically Exposed Persons (PEP)*
   (a) adalah individual yang diamanahkan dengan fungsi awam yang terkemuka (Ketua Negeri atau Kerajaan, Pegawai kanan kerajaan, badan kehakiman atau tentera, eksekutif kanan perbadanan milik negeri dan pegawai penting parti politik) / *are individuals who are or who have been entrusted with prominent public function (Head of State or Government, Senior government, judiciary or military officials, senior executives of state owned corporations and important political Party officials)*
   (b) orang yang diamanahkan dengan fungsi yang terkenal oleh organisasi antarabangsa yang merujuk ahli-ahli pengurusan kanan. (Pengarah, timbalan pengarah dan ahli lembaga atau fungsi yang sama) *persons who are or have been entrusted with a prominent functions by an international organization which refers Members of senior management. (Directors, deputy directors and members of the board or equivalent functions)*
3. Ahli keluarga dan rakan rapat / *Family Members and Close Associates*
   (a) Ahli keluarga adalah individu yang berkaitan dengan PEP, sama ada secara langsung (consanguinity) atau melalui perkahwinan. Ini termasuk ibu bapa*, adik-beradik*, pasangan, anak* atau ibu bapa pasangan*. (*hubungan biologi dan bukan biologi)/*Family Members are individuals who are related to a PEP, either directly (consanguinity) or through marriage. This includes parents*, siblings*, spouse(s), child* or spouse's parents*. (*biological and non-biological relationship)*
   (b) Rakan rapat adalah individu yang berkait rapat dengan PEP, sama ada secara social atau professional dan mungkin termasuk ahli keluarga lanjutan seperti saudara (hubungan biologi atau bukan biologi), bergantung kepada kewangan individu (orang yang ditanggung oleh PEP seperti pemandu, pengawal peribadi, setiausaha, rakan niaga atau syarikat bersekutu, ahli yang terkenal dalam organisasi yang sama dengan PEP, individu yang bekerja rapat dengan PEP iaitu rakan sekerja, rakan rapat) / *Close Associates is any individual closely connected to a PEP, either socially or professionally and may include extended family members such as relatives (biological or non biological relationship), financially dependent individuals (persons salaried by the PEP such as drivers, bodyguard, secretaries, business partners or associate, prominent members of the same organization as the PEP, individuals working closely with the PEP i.e. work colleagues, close friend)*
4. Pemilik Benefisial / *Beneficial Owner*
   Merujuk kepada mana-mana orang yang akhirnya memiliki atau mengawal peserta dan / atau pihak yang melaksanakan transaksi. Ia juga termasuk orang-orang yang menjalankan kawalan muktamad yang berkesan terhadap perseorangan undang-udang atau peraturan. Rujukan kepada "akhirnya memiliki atau mengawal" atau kawalan berkesan muktamad" merujuk kepada keadaan dalam pemilikan atau kawalan yang dijalankan melalui rangkaian pemilikan atau melalui kawalan selain dari kawalan langsung. Ini juga merujuk kepada mana-mana orang yang akhirnya memiliki atau mengawal benifisiari, di mana dinyatakan dalam dokumen ini / *Refers to any natural person(s) who ultimately owns or controls a participant and/or the natural person on whose behalf a Transaction is being conducted. It also includes those natural persons who exercise ultimate effective control over a legal person or arrangement. Reference to "ultimately owns or control" or "ultimate effective control" refers to situations in which ownership or control is exercised through a chain of ownership or by means of control other than direct control. This also refers to any natural person(s) who ultimately owns or controls a beneficiary, where specified in this document.*

Sila tandakan (√) kotak yang sesuai / *Please tick (√) the appropriate box*

1. Adakah mana-mana pihak menuntut yang memegang atau pemilik benefisial memegang, atau pernah memegang atau sedang dipertimbangkan untuk kedudukan awam yang terkemuka? / *Does any Claimant(s) hold or Beneficial Owner(s) hold, or has previously held or is being considered for a prominent public position?*

☐ Ya / *Yes* ☐ Tidak / No

Jika Ya, sila terperinci / *If yes, please elaborate:*

Nama Penuntut atau Pemilik Benefisial / *Name of Claimant(s) or Beneficial Owners(s)*	Jawatan Dipegang / *Position Held*	Bil. Tahun / *No. of Years*

2. Adakah mana-mana ahli keluarga penuntut atau pemilik benefisial atau rakan rapat sedang memegang, atau pernah memegang atau sedang dipertimbangkan untuk kedudukan awam */Does any of the Claimant(s) or Beneficial Owner(s)'s immediate Family Members/Close Associates hold, or previously held or is being considered for prominent public position?*

☐ Ya / *Yes* ☐ Tidak / *No*

Jika Ya, sila terperinci / *If yes, please elaborate*:

Nama Penuntut atau Pemilik Benefisial / *Name of Claimant(s) or Beneficial Owner(s)*	Butiran ahli keluarga atau rakan rapat / *Details of Immediate Family Members/Close Associates*			
	Nama / *Name*	NRIC/No Passport *NRIC/Passport No.*	Jawatan Dipegang / *Position Held*	Hubungan dengan Penuntut / *Relationship to Claimant(s)*

*Untuk tuntutan dibuat oleh entiti (pemunya sijil bukan individu), sila lengkapkan Legal Person Declaration Form
**Claims filed by entity (non individual certificate owner), kindly complete the Legal Person Declaration Form*

AKUAN
DECLARATION

SAYA DENGAN INI MENGAKUI bahawa saya telah mengalami kecederaan yang telah diterangkan seperti di atas dan menjamin kebenaran butir-butir di atas dari segala aspek, dan bersetuju bahawa jika saya telah membuat, atau akan buat, sebarang penyataan yang palsu atau tidak benar, menahan atau menyembunyi, saya akan kehilangan hak untuk mendapatkan pampasan.
I HEREBY DECLARE that I have received / suffered the injuries / illness (es) described above, and warrant the truth of the foregoing particulars in every respect, and agree that if I have made, or I shall make, any false or untrue statement, suppression or concealment, my right to compensation shall be absolutely forfeited.

Tandatangan Saksi *Signature of Witness*	Tandatangan *Peserta / Pihak Menuntut *Signature of * Participant / Claimant*
Nama / *Name* : _____ No. K/P / *I/C No.*: _____	Nama / *Name* :_____ No. K/P / *I/C No.* .:_____ Tarikh / *Date* :_____

PEMBERIAN KUASA
AUTHORIZATION

Saya / *I*, _____ No. K/P / *I/C No.* (Baru / *New*)_____ (Lama / *Old*)_____ Dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana majikan, doktor-doktor, hospital-hospital, klinik-klinik, Pengendali-Pengendali Takaful, pejabat-pejabat kerajaan atau sebarang pertubuhan atau perseorangan yang mempunyai apa-apa rekod, pengetahuan atau maklumat, samada perubatan atau sebaliknya, tentang / *hereby authorize any employers, doctors, hospitals, clinics, Takaful Operators, government offices or any organizations or persons who have any records, knowledge or information, whether medical or otherwise, of* *(saya sendiri / anak saya / *myself / my child*) _____ No. Sijil Beranak / *Birth Certificate No.* _____ atau No. K/P / *I/C No.* (Baru / *New*) _____ (Lama / *Old*) _____ untuk mendedahkan, melepaskan atau memindahkan kepada Hong Leong MSIG Takaful Berhad mengenai rekod-rekod, pengetahuan atau maklumat sedemikian untuk mempertimbangkan tuntutan. Salinan fotostat pemberian kuasa ini akan menjadi sah seperti yang asal / *to disclose, release or transfer to Hong Leong MSIG Takaful Berhad such records, knowledge or information for claim considerations. A photostat of this authorization shall be as valid as the original.*

* Sila potong perkara yang tidak berkenaan / * *Please delete the inappropriate item.*

Bertarikh pada / *Dated this* _____ haribulan / *day of*_____

_____
Tandatangan Saksi
Signature of Witness

Nama / *Name* : _____
No. K/P / *I/C No.*: _____

_____
Tandatangan * Peserta / Pihak Menuntut / Ibubapa kepada Peserta yang di bawah umur 16
*Signature of * Participant / Claimant / Parent of Participant below age 16*

Nama / *Name* :_____
No. K/P / *I/C No.* .:_____
Tarikh / *Date* :_____

KEPERLUAN DAN PROSEDUR TUNTUTAN KEMASUKAN HOSPITAL
HOSPITALISATION CLAIM REQUIREMENTS AND PROCEDURES

A. Keperluan-keperluan / *Requirements*:

1. Borang Tuntutan Kemasukan Hospital.
   *Hospitalisation Claim Fo*rm.

   Harus dilengkapi oleh Peserta / Pihak Menuntut.
   To be completed by Participant / Claimant.

2. Laporan Doktor Yang Merawat Mengenai Kemasukan Hospital.
   Medical Attendant's Report For Hospitalisation .

   Harus dilengkapi oleh Pakar Perubatan berdaftar di atas perbelanjaan Peserta / Pihak Menuntut.
   To be completed by the registered Medical Practitioner at the own expense of Participant / Claimant.

3. Salinan Fotostat Bil Hospital yang menunjukkan Tempoh Kemasukan Hospital
   Photocopy of Hospital Bill Showing No. of Days Hospitalised

   Keperluan pilihan untuk Faedah Kemasukkan Hospital Takaful / Hospital Income Benefit Takaful. Tanpa ini, pembayaran bagi tempoh Faedah Kemasukkan Hospital (apabila tuntutan diluluskan) akan dikira berdasarkan:
   Tarikh Pelepasan Hospital tolak Tarikh Kemasukkan.
   Optional requirement for Hospitalisation Benefit Takaful / Hospital Income Benefit Takaful. Without this, the no. of days payable for hospitalization Benefit (upon approval of the claim) will be calculated based on : Date of discharge minus date of admission.

4. Kad Pengenalan / Kad Pesakit / Sijil Kelahiran
   Identity Card / Patient Card / Birth Certificate

   Salinan fotostat kad pengenalan, kad pesakit atau sijil kelahiran Peserta jika Peserta di bawah umur enam belas (16) tahun adalah diperlukan untuk membolehkan Pengendali Takaful mengambil laporan perubatan daripada hospital-hospital / klinik-klinik.
   Photocopy of Participant's identity card, patient card or birth certificate if Participant below age sixteen (16) is required to enable the Takaful Operator to collect medical report from hospital(s) / clinic(s).

B. Prosedur Tuntutan / *Claim Procedures*:

Borang telah dilengkapi mesti dikembalikan bersama-sama dengan keperluan-keperluan seperti di atas dalam jangkamasa sembilan puluh (90) hari daripada tarikh perlepasan dari hospital kepada Agen Perkhidmatan / Pejabat Cawangan / Bahagian Tuntutan HLMT.
The complete claim form must be returned together with the requirements as stated above within ninety (90) days from date of discharged from the hospital to Servicing Agent / Branch Office / Claims Dept of HLMT.

"Sekiranya terdapat apa-apa percanggahan atau ketidakselarian di antara sebarang kandungan dokumen ini dengan kandungan suatu versi dokumen ini yang dikeluarkan atau dicetak dalam Bahasa Inggeris, kandungan dokumen yang telah dikeluarkan atau dicetakkan dalam Bahasa Inggeris akan diberi keutamaan."
"If there is any conflict or inconsistency between any of the contents of this document and the contents of a version of this same document issued or printed in any other language, the contents of this document issued and printed in the English Language shall prevail."

Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja / *For Office Use Only*

Diperiksa oleh : _____ Tarikh: _____ Cawangan: _____
Checked and Verified By : (Nama Staf / *Name of Staff*) *Date:* *Branch:*