

**BORANG TUNTUTAN TAKAFUL UNTUK RIDER PEMBAYARAN PERUBATAN BALIK AKIBAT KEMALANGAN/ INDEMNITI MINGGUAN  
TAKAFUL CLAIM FORM FOR ACCIDENTAL MEDICAL REIMBURSEMENT/ WEEKLY INDEMNITY**

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 :

Accident Medical Reimbursement

Weekly Indemnity

**Bahagian A / Part A**

1. Butiran Penuntut/ Details of Claimant	
a) No. Sijil Takaful/ Takaful Certificate No	
b) Nama Peserta/ Name of Participant	
c) No. K/P / NRIC No.	
d) Tarikh lahir / Date of birth	
e) Kewarganegaraan / Nationality	
f) Alamat Kediaman & Surat Menyurat/ Residential & Corresponding Address.	
g) No Telefon/ Telephone No	(H) (M) (O)
h) Pekerjaan Semasa/ Current Occupation	
i) Nama dan Alamat Majikan / Name and Address of Employer	
2. Butiran Kemalangan/ Particulars of Accident	
a) Tarikh Kemalangan/ Date of Accident	
b) Sila nyatakan bagaimana kemalangan berlaku Please state how the accident occurred.	
c) Sila nyatakan dengan jelas kecederaan yang dialami Please state in details the injuries sustained	
d) Adakah kemalangan ini telah dilaporkan kepada polis ? Sila nyatakan tarikh laporan dibuat. Report has been lodged to the police ? Please state the date	YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> YES NO Tarikh/ Date :
3. Butiran Rawatan & Rundingan Doktor/ Details of Treatment & Consultation	
a) Nama Klinik/ Hospital Clinic/Hospital's Name	
b) Tarikh & Masa Rawatan & Rundingan Date & Time of Treatment & Consultation	Tarikh/Date : Masa/Time :
c) Jumlah Pembayaran Yang Dikenakan Total Amount Charged	
d) Cuti Sakit Diberikan ? Sila nyatakan tarikh mula dan berakhir Sick leave given ? Please state the start and end date	YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> YES NO Tarikh Mula/ Start Date : Tarikh Berakhir/ End Date :

4. Butiran Syarikat Insuran atau Takaful Lain/ Details of Other Insurance or Takaful Company	
a) Adakah anda kini diinsurankan untuk faedah kemalangan dengan Syarikat lain? Jika Ya, sila nyatakan Are you presently insured for Accident Benefit with other Insurance or Takaful companies? If Yes, please state	YA YES <input type="checkbox"/> TIDAK NO <input type="checkbox"/> Sila nyatakan/Please state :
b) Jumlah yang dituntut untuk kemalangan ini. Total amount claimed for this accident	
5. Butiran pembayaran tuntutan / Details of claims payment	
a) Nama Bank / Bank Name	
b) No. Akaun Bank / 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.)	

#### Bahagian B / Part B

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

##### Nota / Notes:

- Semua nama seperti NRIC/Pasport / All names as per NRIC/Passport
- Orang Politik (PEP) / Politically Exposed Persons (PEP)
  - 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)
  - 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)
- Ahli keluarga dan rakan rapat / Family Members and Close Associates
  - 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)
  - 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)
- 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-undang 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 benefisiari, 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.

Hong Leong MSIG Takaful Berhad 200601018337 (738090-M)

Level 5, Tower B, PJ City Development, No. 15A, Jalan 219, Seksyen 51A, 46100 Petaling Jaya, Selangor.

Tel +603 7650 1800 Fax +603 7620 6730

www.hlmtakaful.com.my

Ver 2.0

**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	No. K/P/No. Passport NRIC/Passport No.	Jawatan Dipegang / Position Held	Hubungan dengan Penuntut / Relationship to Claimant(s)

\*Tuntutan yang 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

**6. 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 pernyataan 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 : \_\_\_\_\_

7. 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 : \_\_\_\_\_

8. Dokumen Yang Diperlukan/ Document Required

1. Borang tuntutan yang dilengkapkan sepenuhnya/ Fully completed Claim Form
2. Salinan Kad Pengenalan Peserta/ Copy of Participant's NRIC
3. Original resit dari hospital/Klinik/ Original hospital & Clinic receipts
4. Salinan Laporan Polis (jika Ada)/ Copy of Police Reports
5. Salinan Sijil Cuti Sakit/ Copy of Medical Certificate \* for Weekly Indemnity Claim.