

**CRITICAL ILLNESS CLAIM FORM / BORANG TUNTUTAN PENYAKIT KRITIKAL**

This form should be returned to the company/operator with the medical report and copies of the test results confirming the diagnosis of the illness. If the life assured/person covered/policy/contract/certificate holder is not in position to complete this form by reason of his illness, the trustee (if any) or any of his immediate family may complete this form on his behalf and forward it to the company/operator. / Borang ini hendaklah dikembalikan ke syarikat/operator bersama dengan laporan perubatan dan salinan keputusan ujian mengesahkan penyakit yang dialami. Sekiranya orang yang diinsuranskan/orang yang dilindungi/pemegang polisi/kontrak/sijil tidak dapat mengisi borang ini disebabkan penyakitnya, pemegang amanah (sekiranya ada) atau waris yang terdekat boleh mengisi borang ini bagi pihak orang yang diinsuranskan/orang yang dilindungi/pemegang polisi/kontrak/sijil.

The issuance of this form is no way an admission of liability. No claim shall be considered unless the duly completed Confidential Medical Report is furnished. / Pemberian borang ini tidak bermakna perakuan tanggungan dibawah polisi/kontrak/sijil tersebut. Tuntutan hanya akan diproses apabila borang laporan perubatan sulit yang telah dilengkapi telah dimajukan. Bayaran bagi laporan perubatan adalah diatas tanggungan pemegang polisi/kontrak/sijil.

**SECTION A: PERSONAL PARTICULARS AND POLICY/CONTRACT/CERTIFICATE DETAILS / SEKSYEN A: KETERANGAN PERIBADI DAN BUTIR-BUTIR POLISI/KONTRAK/SIJIL**

Full name of policy/contract/certificate holder / Nama penuh pemegang polisi/kontrak/sijil

Full name of life assured/person covered / Nama penuh orang yang diinsuranskan/orang yang dilindungi

NRIC number (new) / Nombor kad pengenalan (baru)

Other identification number / Nombor pengenalan lain

Date of birth / Tarikh lahir

Policy/contract number / Nombor polisi/kontrak

Certificate number / Nombor sijil

Occupation / Pekerjaan

Policy/Contract number of all policies/contracts with Sun Life Malaysia for all critical illness claims being submitted. / Nombor polisi/kontrak dengan Sun Life Malaysia dibawah mana tuntutan penyakit kritikal dihantar.

Policy/Contract number of all other policies/contracts with other insurance companies/takaful operator insuring/covering similar benefits. / Nombor polisi/kontrak dengan lain-lain syarikat insurans/operator takaful yang mana memberikan perlindungan seumpamanya.

Bank account name / Nama akaun bank

Bank account number / Nombor akaun bank

Bank name / Nama bank

**SECTION B: NATURE OF THE CLAIM AND RELATED DETAIL / SEKSYEN B: BUTIRAN TUNTUTAN DAN YANG BERSANGKUTAN DENGANYA**

- Please state the nature of the critical illness you are claiming for. / Sila nyatakan jenis penyakit kritikal dibawah mana tuntutan ini dimajukan.
- Date when did you first consult a doctor in connection with the above critical illness. / Tarikh pertama kali anda berjumpa doktor berkaitan dengan penyakit kritikal ini.
- Have you previously suffered from or received treatment for any illness in the past five years? If yes, please state: / Adakah anda, dalam tempoh lima tahun yang lepas, menghadapi atau menerima rawatan bagi apa-apa penyakit? Jika ada sila nyatakan:

Date / Tarikh	Nature of illness / Jenis penyakit	Name of doctor / Nama doktor	Address of doctor/hospital / Alamat doktor/hospital

**SECTION C: RECORDS OF MEDICAL CONSULTATIONS / SEKSYEN C: REKOD-REKOD PERUNDINGAN PERUBATAN**

1. Please state the details of all doctors or specialist who have been consulted in connection with the critical illness. / Sila nyatakan butir-butir doktor atau pakar yang telah dilawati berkaitan dengan penyakit kritikal ini.

Date of consultation / Tarikh perundingan	Name of doctor/specialist / Nama doktor/pakar	Address of doctor/specialist / Alamat doktor/pakar

2. If you were treated at a hospital, please supply the following details. / Jika anda telah dirawat di hospital, sila berikan butir-butir berikut.

Name of hospital / Nama hospital	Date admitted / Tarikh masuk	Date discharge / Tarikh keluar

**SECTION D: GENERAL / SEKSYEN D: AM**

1. Have any of your relatives suffered from similar or related illness? If yes, please state. / Pernahkah saudara mana anda mengalami penyakit yang sama atau yang berkaitan denganya? Jika ya, sila nyatakan.

Relationship of relative / Tali persaudaraan	Nature of illness / Jenis penyakit	Date diagnosed / Tarikh menghadapi penyakit

2. Do you smoke cigarettes? If yes, please state: / Adakah anda merokok? Jika ya, sila nyatakan:

Yes / Ya  No / Tidak

- i. How long have you been smoking: / Berapa tahun anda telah merokok:

year / tahun

- ii. Number of sticks smoked per day: / Jumlah batang rokok dihisap sehari:

sticks / batang

**SECTION E: DECLARATION / SEKSYEN E: PENGISYTIHARAN**

I/We hereby declare that all the answers given by me/us in this statement are, in all respects true and complete. I hereby consent Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad seeking medical information from any doctor who, at any time has attended to me/us concerning anything which affects my/our physical or mental health or seeking information from any insurance/takaful office with which policy/contract on my/our life(s) has been affected and I/we authorise the giving of such information. I/We agree that a copy of this authorisation shall be as valid as the original. / Saya/Kami mengisytiharkan bahawa semua jawapan saya/kami dalam penyata ini adalah dalam semua aspek, benar dan lengkap. Saya dengan ini memberikan kebenaran kepada Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad untuk meminta laporan perubatan dari mana-mana doktor yang pada bila-bila masa pernah memberi khidmat kepada saya/kami berkaitan dengan apa jua yang memberi kesan kepada kesihatan badan atau mental saya/kami atau mencari maklumat dari lain-lain syarikat insurans/operator takaful dengan mana saya/kami mempunyai perlindungan insurans/takaful dan membenarkan pembelian maklumat tersebut. Saya/kami bersetuju bahawa salinan kebenaran ini adalah sah sebagai mana salinan asalnya.

I/We agree that any of my/our personal information collected or held by Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad ("you") in this document is provided with my/our consent for it to be held, used, and disclosed by you to individuals or organizations associated with you or any selected third party (within or outside of Malaysia, including reinsurance/retakaful and claims investigation companies and industry associations/federations) to process my/our application as stated in this document, and to communicate with me/us for purposes of processing such application. I/We understand that I/we am/are entitled to obtain access to and to request correction of any personal information held by you and that such request can be made to your Customer Careline at 1300-88-5055. / Saya/kami bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi saya/kami yang diperolehi atau disimpan oleh Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad ("anda") di dalam dokumen ini, adalah boleh diberikan atau disimpan, digunakan dan didedahkan oleh anda kepada individu atau organisasi yang berkaitan dengan anda atau mana-mana pihak ketiga yang terpilih (di dalam atau di luar Malaysia termasuk syarikat-syarikat insurans/takaful semula dan siasatan tuntutan serta persatuan/persekutuan industri) untuk memproses permohonan saya/kami sepertimana tertera di dalam dokumen ini, serta berhubung dengan saya bagi tujuan pemprosesan permohonan tersebut. Saya/Kami memahami bahawa saya/kami berhak mendapat akses kepada maklumat tersebut dan meminta sebarang pembetulan dibuat ke atas mana-mana maklumat peribadi yang disimpan oleh anda dan permintaan tersebut boleh dibuat kepada Talian Khidmat Pelanggan Careline anda di 1300-88-5055.

I/We desire to effect a claim for the above Critical Illness in accordance with the terms and conditions contained in the policy(ies)/contract(s) thereof and I/we declare that the answers given in the statement by the life assured/person covered are in all respect true and complete and I/we understand that it shall form the basis of the claim. / Saya/Kami majukan tuntutan dibawah Penyakit Kritikal berdasarkan kepada terma-terma dan syarat-syarat yang terkandung didalam polisi-polisi/kontrak-kontrak tersebut dan saya/kami mengisytiharkan bahawa semua jawapan yang diberikan oleh orang yang diinsuranskan/orang yang dilindungi dalam keadaan ini adalah benar dan lengkap dalam semua segi dan saya/kami faham bahawa pengisytiharan ini merupakan asas tuntutan tersebut.

**Signature of Life Assured/Person Covered**

**(if other than the Policy/Contract/Certificate Holder)**

Tandatangan Orang yang Diinsuranskan/Orang yang dilindungi  
(sekiranya lain daripada pemegang polisi/kontrak/Sijil)

**Date / Tarikh**

-   -

**Signature of Trustee(s)/Assignee/Assured/Covered (if any) /**

**Tandatangan Pemegang Amanah/**

**Penerima Serah Hak/Pemegang polisi/kontrak (jika ada)**

**Date / Tarikh**   -   -

**Signature of Witness /**

**Nama Saksi**

**NRIC number (new)/Other identification number /**  
**Nombor kad pengenalan (baru)/Nombor pengenalan lain**

**Date / Tarikh**   -   -