Sun Life Malaysia

Branch

Sun Life Malaysia Assurance Berhad* (197499-U)
Sun Life Malaysia Takaful Berhad* (689263-M)
Level 11, 338 Jalan Tuanku Abdul Rahman, 50100 Kuala Lumpur
Telephone: (603) 2612 3600 Facsimile: (603) 2698 7035
Customer Careline: 1300-88-5055 sunlifemalaysia.com

HOSPITAL & SURGICAL CLAIM FORM / *BORANG TUNTUTAN KEMASUKAN HOSPITAL & SURGERI*

This claim form is to be used for Major & Minor Surgery, Hospitalisation, Outpatient Kidney Dialysis & Outpatient Anticancer Chemotherapy/Radiotherapy. / *Borang ini untuk digunakan bagi Pembedahan Besar & Kecil, Rawatan Hospital, Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar & Kemoterapi/Radioterapi Anti Kanser Pesakit Luar.*

Kindly attach together with this form a copy of the following documents: / *Sila sertakan bersama dengan borang ini, salinan dokumen-dokumen seperti berikut:*

- **Hospital discharge note; /** *Nota discaj hospital;*
- **Diagnostic Test Report; /** *Laporan ujian diagnostik atau;*
- **Copy of medical bill; /** *Salinan bil perubatan;* **and** / *dan*
- **Other certified document/certificate, showing the admission date, discharge date and diagnosis of illness/injury. /** *Sebarang dokumen/sijil yang menunjukkan tarikh kemasukan tarikh discaj dan diagnosis bagi penyakit/kecederaan yang telah disahkan.*

SECTION A: PERSONAL INFORMATION (To be completed by claimant) / *SEKSYEN A: BUTIRAN PERIBADI (Untuk diisi oleh pihak menuntut)*

Master policy contract number / *Nombor polisi induk kontrak*

Policy/Contract/Certificate number / *Nombor polisi/kontrak/sijil*

Name of life assured/person covered in full / *Nama penuh orang yang diinsuranskan/orang yang dilindungi*

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

Other identification number / *Nombor pengenalan lain*

Name of payor (claimant) if differ from the above / *Nama pembayar (penuntut) jika berbeza dengan di atas*

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

Other identification number / *Nombor pengenalan lain*

House phone number / *Nombor telefon rumah* -

Office phone number / *Nombor telefon pejabat* -

Mobile number / *Nombor telefon bimbit* -

Correspondence address / *Alamat surat-menyurat*

Bank name / *Nama bank* **(for direct crediting payment purpose /** *untuk tujuan pembayaran kredit terus***)**

NRIC number (new)/company registration number / *Nombor kad pengenalan (baru)/nombor pendaftaran syarikat* - -

Bank account number / *Nombor akaun bank*

Bank name / *Nama bank*

Bank branch / *Cawangan bank*

STATEMENT OF CONSENT / *PENYATAAN KEBENARAN*

- **I/We hereby authorise any physician or hospital who has attended to me/my spouse/my child with respect to the above illness/injury/disability, to furnish or disclose all known facts concerning the illness/injury/disability to Sun Life Malaysia. A photocopy of this authorisation shall be considered as effective and as the original. /** *Saya/Kami dengan ini membenarkan mana-mana pakar perubatan atau hospital yang telah merawat saya/pasangan saya/anak saya berkaitan penyakit/kecederaan/hilang upaya di atas, untuk memberi dan mendedahkan semua fakta yang diketahui tentang penyakit/kecederaan/hilang upaya kepada Sun Life Malaysia. Salinan fotokopi bagi pengesahan ini akan dianggap sebagai sah seperti salinan asal.*
- **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.*

Signature of Life Assured/Person Covered /
Tandatangan Orang yang Diinsuranskan/Orang yang Dilindungi

Date / *Tarikh*
D D - M M - Y Y Y Y

Version 1.2 August 2014

* A joint venture between Sun Life Assurance Company of Canada and Renggis Ventures Sdn Bhd

SECTION B: GENERAL INFORMATION / *SEKSYEN B: BUTIRAN AM*

To be completed by legally qualified and registered medical attendant who had treated the life assured/person covered for injuries/illnesses sustained. Expenses incurred will be borne by the life assured/person covered. / *Untuk diisi oleh pegawai perubatan yang berkelayakan dan berdaftar yang telah memeriksa orang yang diinsuranskan/orang yang dilindungi untuk kecederaan/penyakit yang dialami. Perbelanjaan adalah atas tanggungan orang yang diinsuranskan/orang yang dilindungi.*

Name of patient / *Nama pesakit*

Admission number / *Nombor kemasukan*

Ward number / *Nombor wad*

Admission date / *Tarikh kemasukan*

D D - M M - Y Y Y Y

Discharge date / *Tarikh discaj*

D D - M M - Y Y Y Y

1. **ADMISSION DUE TO ACCIDENT /** *KEMASUKAN AKIBAT KEMALANGAN*
   a. **Date and time of accident /** *Tarikh dan masa kemalangan*
   b. **Place of accident /** *Tempat kemalangan*
   c. **Cause of injury /** *Sebab kecederaan*
   d. **Extent of injuries /** *Tahap kecederaan*

2. **ADMISSION DUE TO ILLNESS /** *KEMASUKAN AKIBAT PENYAKIT*
   a. **Date you first saw patient for this condition /** *Tarikh mula anda merawat pesakit untuk penyakit ini*
   D D - M M - Y Y Y Y
   b. **Was the patient referred to your hospital by any other doctor? If so, please give name and address. /** *Adakah pesakit dirujukkan ke hospital anda oleh doktor lain? Jika ada, sila berikan nama dan alamat.*
   ☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
   c. **What were the symptoms the patient complained about when he/she first saw you? /** *Apakah tanda-tanda yang pesakit adukan apabila pertama kali berjumpa dengan anda?*
   d. **According to the patient, how long had he/she been experiencing these symptoms? /** *Menurut pesakit, berapa lamakah beliau telah mengalami tanda-tanda ini?*
   e. **How long do you feel the symptoms lasted? /** *Pada pendapat anda, berapa lamakah tanda-tanda tersebut wujud?*
   f. **Had the patient previously received treatment for the above symptoms? If yes, please give details /** *Pernahkah pesakit menerima rawatan sebelum ini untuk tanda-tanda di atas? Jika ya, sila nyatakan*
   ☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
   g. **What was your diagnosis? /** *Apakah diagnosis anda?*
   h. **Date of diagnosis /** *Tarikh diagnosis* D D - M M - Y Y Y Y
   i. **Has any investigations, tests or procedures been done? If yes, please give details. /** *Adakah apa-apa siasatan, ujian atau prosedur telah dijalankan? Jika ya, sila nyatakan.*
   ☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
   j. **Is the disease congenital or hereditary? /** *Adakah penyakit tersebut kongenital atau keturunan?*
   ☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
   k. **Is there possibility of having relapse? /** *Mungkinkah penyakit itu berulang?*
   ☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
   l. **Nature of medical treatment given /** *Jenis rawatan perubatan yang diberi*
   m. **Has the patient previously been treated at this hospital or any other hospital for this or any other disease? If yes, please state. /** *Pernahkah pesakit dirawat atau dimasukkan ke hospital ini atau hospital lain untuk penyakit ini atau lain? Jika ya, sila nyatakan.*

Doctor's Name / *Nama Doktor*	**Hospital /** *Hospital*	**Type of Disease /** *Jenis Penyakit*	**Date of Treatment /** *Tarikh Rawatan*

3. **FOR FEMALE PATIENT ONLY** / *UNTUK PESAKIT WANITA SAHAJA*

a. **Was the patient pregnant at the time of hospitalisation?** / *Adakan pesakit hamil semasa dimasukkan ke hospital?*

If yes, how many months? / *Jika ya, berapa bulan?*

☐ **Yes** / *Ya* ☐ **No** / *Tidak* ☐☐ **months** / *bulan*

b. **Was the patient's illness/accident related directly or indirectly to pregnancy/childbirth?** / *Adakah penyakit/kemalangan disebabkan secara langsung atau tidak langsung oleh kehamilan/bersalin?*

☐ **Yes** / *Ya* ☐ **No** / *Tidak*

4. **SURGICAL QUESTIONNAIRE** / *SOAL SELIDIK PEMBEDAHAN*

a. **Was there any surgery performed? If yes, please state.** / *Adakah sebarang pembedahan dilakukan? Jika ya, sila nyatakan.*

☐ **Yes** / *Ya* ☐ **No** / *Tidak*

i. **Type of surgery performed. MINOR/MAJOR surgery?** / *Jenis pembedahan yang telah dijalankan. Pembedahan KECIL/BESAR?*

_____

_____

_____

ii. **Please describe the nature/parts/reason for the surgery to be performed.** / *Sila terangkan jenis/bahagian/sebab pembedahan yang dijalankan.*

_____

_____

_____

5. **OUTPATIENT KIDNEY DIALYSIS & OUTPATIENT ANTICANCER CHEMOTHERAPY/RADIOTHERAPHY QUESTIONAIRE** / *SOAL SELIDIK DIALISIS BUAH PINGGANG PESAKIT LUAR & KEMOTERAPI/RADIOTERAPI ANTI KANSER PESAKIT LUAR*

a. **Kindly advise whether the patient is presently on dialysis or recommended for dialysis.** / *Sila nyatakan sama ada pesakit sedang menjalani dialisis atau disyorkan untuk menjalani dialisis.*

i. **Date first dialysis was done**/ *Tarikh mula dialisis dilakukan*

D D - M M - Y Y Y Y

ii. **Frequency/Number of days per week** / *Kekerapan/Jumlah hari dalam seminggu*

_____

iii. **Dialysis centre name** / *Nama pusat dialisis*

_____

_____

b. **Kindly advise whether the patient may require any follow-up treatments.** / *Sila maklumkan sama ada pesakit akan memerlukan rawatan susulan.*

i. **Kindly specify the type of follow-up treatment**/ *Sila nyatakan jenis rawatan susulan*

☐ **Chemotherapy** / *Kemoterapi* ☐ **Radiotherapy** / *Radioterapi*

ii. **Course of treatment recommended** / *Sila rawatan yang disyorkan*

_____

_____

_____

iii. **Duration of treatment** / *Jangka masa rawatan*

Date started / *Tarikh mula* D D - M M - Y Y Y Y **Date ended** / *Tarikh berakhir* D D - M M - Y Y Y Y

iv. **No. of session to be completed** / *Jumlan sesi yang perlu dijalankan*

☐☐☐ **times** / *kali*

SECTION C: DECLARATION / *SEKSYEN C: PENGISYTIHARAN*

I hereby declare that the answers to all the above questions are true in each and every aspect. / *Dengan ini saya mengisytiharkan bahawa jawapan-jawapan kepada semua soalan di atas adalah benar dalam bagi setiap keadaan.*

Name of medical attendant / *Nama pegawai perubatan*

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

- -

Other identification number / *Nombor pengenalan lain*

Office phone number / *Nombor telefon pejabat*

-

Mobile number / *Nombor telefon bimbit*

-

Date / *Tarikh*

D D - M M - Y Y Y Y

Signature of medical attendant /
Tandatangan pegawai perubatan

Hospital/Clinic stamp /
Cop hospital/klinik