

**COMPREHENSIVE ACCIDENT BENEFIT CLAIM FORM / BORANG TUNTUTAN TUNAI FAEDAH KEMALANGAN MENYELURUH**

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

Date issued / Tarikh dikeluarkan

\_\_\_\_\_

DD - MM - YYYY

Issuing office / Pejabat yang mengeluarkan

\_\_\_\_\_

Note: / Nota:

This form is issued without the admission of liability and must be completed and returned within 31 days from the date discharge or life assured/person covered return 10 work with the followings: / Borang ini dikeluarkan tanpa pengakuan tanggungan dan mesti dilengkapkan dan dikembalikan dalam tempoh 31 hari, dari tarikh keluar hospital atau orang yang diinsuranskan/orang yang dilindungi kembali bekerja bersama-sama yang berikut:

- The original/certified medical certificate from hospital/clinic showing the dates of disability. /Sijil perubatan asal/disahkan dari hospital/klinik yang menunjukkan tarikh hilang upaya.
- If the period of disability exceeds 7 days, Section B (certificate of medical attendant) must be completed and signed by the medical attendant at the life assured's/person covered's expense. / Jika tempoh masuk hospital melebihi dari 7 hari, Seksyen B (sijil pegawai perubatan) mestilah diisi dengan lengkap dan ditandatangani oleh Pegawai Perubatan atas perbelanjaan orang yang diinsuranskan/orang yang dilindungi.

**SECTION A: To be completed by the life assured/person covered / SEKSYEN A: Untuk diisi dengan lengkap oleh orang yang diinsurans/orang yang dilindungi**

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

\_\_\_\_\_

House phone number / Nombor telefon rumah

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Office phone number / Nombor telefon pejabat

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Mobile number / Nombor telefon bimbit

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Address / Alamat

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Postcode / Poskod

Bank account name / Nama akaun bank

\_\_\_\_\_

Bank account number / Nombor akaun bank

\_\_\_\_\_

Bank name / Nama bank

\_\_\_\_\_

Current occupation / Pekerjaan sekarang

\_\_\_\_\_

Name of employer / Nama majikan

\_\_\_\_\_

Address of employer / Alamat majikan

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Postcode / Poskod

Exact nature of duties / Tugas sebenar

\_\_\_\_\_

**PARTICULARS OF ACCIDENT / BUTIR-BUTIR KEMALANGAN**

a) When did it occur? Please state date and time of accident / Bilakah kemalangan berlaku? Sila nyatakan tarikh dan masa kemalangan

b) Place of accident / Tempat kemalangan

c) How did it happen? Please furnish with a copy of police report, (if any) / Bagaimana ia berlaku? Sila kepikan satu salinan laporan polis jika ada

d) Nature and extent of injuries / Jenis dan tahap kecederaan

Was your accident directly or indirectly caused by the following: / Adakah kemalangan anda secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh yang berikut:

- Entering, operating or servicing, ascending or descending from or with any aerial device or conveyance except while in an aircraft operated by a commercial passenger airline on a regular schedule passenger trip over its established passenger route? / Memasuk, mengendalikan atau menyelenggara menaiki atau menurun sebarang pesawat udara atau kenderaan kecuali semasa dalam kapal terbang yang dikendalikan dengan laluan penumpang jadual tetap perjalanan yang melalui laluan penumpang yang sudah mantap?
- Under the influence of intoxicating liquor, drug or narcotic? / Dalam keadaan mabuk, mengambil narkotik atau dadah?
- Involvement in a breach of law (unless as an innocent party) or activities of an illegal organisation? / Penglibatan dalam kesalahan undang-undang (kecuali pihak yang tidak bersalah) atau aktiviti-aktiviti organisasi haram?
- Any form of racing? / Sebarang bentuk perlumbaan?
- Fits, disease or illness, suicide or suicide attempt (sane or insane), immorality or intentional self injury? / Sawan, penyakit, membunuh diri atau cubaan membunuh diri (siuman atau tidak siuman) perbuatan tidak bermoral atau kecederaan yang disengajakan?

Yes / Ya	No / Tidak	Detail of 'Yes' answer / Butiran bagi jawapan 'Ya'
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Name and address of the doctor who first treated you immediately after the accident. If medical treatment was not sought immediately, please explain why? / Nama dan alamat doktor yang mula-mula merawat anda sejurus selepas kemalangan. Jika rawatan perubatan tidak didapatkan dengan segera, sila jelaskan mengapa?

Name and address of other doctor(s) who treated you for the same injury? / Nama dan alamat doktor lain yang merawat anda untuk kecederaan yang sama?

Did you submit a medical leave certificate to your employer? If, 'Yes', please furnish a copy of the medical leave certificate. If 'No', please explain why. / Adakah anda menyerahkan sijil sakit kepada majikan anda? Jika 'Ya', sila sertakan salinan sijil sakit tersebut. Jika 'Tidak', sila terangkan mengapa?

Please state: / Sila nyatakan:

a) Whether you have been totally unable to attend to any part of your business/occupation. If so, please give date:- / Sama ada anda tidak berupaya langsung untuk menjalankan apa-apa bahagian perniagaan/pekerjaan anda. Jika ya, sila berikan tarikh:-

i) If you are hospitalised, please state the name, registration number and address of hospital. / Jika anda dimasukkan ke hospital, sila nyatakan nama, nombor pendaftaran dan alamat hospital.

From / Dari   -   -

To / Hingga   -   -

ii) Confined to house / Terlantar sakit di rumah

From / Dari   -   -

To / Hingga   -   -

b) Date of your return to work. / Tarikh anda kembali bekerja.

-   -

c) i) Date which you were able to perform your duties. / Tarikh anda boleh melakukan tugas anda.

-   -

ii) Details of duties which you were not able to perform. / Perincian tugas-tugas yang tidak boleh anda lakukan.

d) Date which you were finally able to perform all your duties. / Tarikh anda boleh melakukan semua tugas-tugas anda.

-   -

Are you presently insured/covered for accident benefits with other company/operator? If yes, please state / Adakah anda, pada masa ini diinsuranskan/dilindungi untuk faedah kemalangan dengan syarikat/operator lain? Jika ya, sila nyatakan

a) Company/Operator / Syarikat/Operator

b) Policy/Contract/Certificate number / Nombor polisi/kontrak/sijil

c) Amount of benefit / Jumlah faedah

d) Date issued / Tarikh dikeluarkan

-   -

### SECTION C: DECLARATION / SEKSYEN C: PENGISYTIHARAN

I hereby declare that I have suffered the injuries described above, and warrant the truth of the foregoing particulars in every aspect, and agree that if I have made, or shall make false or untrue statement, suppression or concealment, my right to compensation shall be absolutely forfeited. Having read and understood the contents, I hereby authorise any physician, hospital, clinic or insurance company/takaful operator or any organisation, institutions or persons, that has any records or knowledge of me or my health, to disclose to Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad, or its representatives any information and expressly waive on behalf myself or any person, who shall have or claim any interest, in any policy/contract/certificate issued hereunder, all provisions of law forbidding any physician or surgeon from disclosing any information acquired while attending in a professional capacity. This authorisation shall irrevocably bind my successors and assigns and remain valid, notwithstanding my death or capacity and a copy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original. / Saya dengan ini, mengaku bahawa saya telah mengalami kecederaan seperti yang disebut di atas dan memberi jaminan tentang kebenaran butiran di atas bagi setiap perkara dan bersetuju bahawa jika saya telah membuat sebarang kenyataan yang salah atau tidak betul, meninggalkan atau menyembunyi, hak saya terhadap pampasan akan terbatal setelah membaca dan memahami isi kandungan, dengan ini memberi kuasa mana-mana doktor, hospital, klinik atau syarikat insurans/operator takaful atau organisasi, institusi atau orang yang ada rekod atau pengetahuan tentang saya atau kesihatan saya, untuk diberitahu kepada Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad atau wakilnya sebarang maklumat seperti itu dan dikecualikan bagi pihak diri saya sendiri atau mana-mana orang yang mempunyai atau menuntut mempunyai kepentingan dalam sebarang polisi/kontrak/sijil yang dikeluarkan di bawah ini, semua peruntukan undang-undang yang melarang mana-mana doktor atau pakar bedah memberi maklumat yang diperolehi semasa menjalankan tugas, pemberian kuasa ini hendaklah mengikat pengganti-pengganti saya dari diserah hak dan tetap sah, dengan tidak menyentuh kematian dari hilang upaya saya dan satu salinan pemberi kuasa ini hendaklah dianggap sebagai efektif dan sah seperti yang 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 pemrosesan permohonan tersebut. Saya/Kami memahami bahawa saya/kami berhak mendapat akses kepada maklumat tersebut dan meminta sebarang pembedulan 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.

Date / Tarikh   -   -

Signature of witness / Tandatangan saksi

Name of witness / Nama saksi

NRIC number (new) / Other identification number /

Nombor kad pengenalan (baru)/Nombor pengenalan lain

Address / Alamat

Signature of life assured/person covered

Tandatangan orang yang diinsuranskan/orang yang dilindungi  
(sekiranya lain daripada pemegang polisi/kontrak/sijil)

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

SECTION D : / SEKSYEN D:

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

Name of patient / Nama pesakit

Grid for patient name entry

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

Grid for NRIC number entry

Other identification number / Nombor pengenalan lain

Grid for other identification number entry

Occupation / Pekerjaan

Grid for occupation entry

Date and time of accident / Tarikh dan masa kemalangan

Place of accident / Tempat kemalangan

1) Date and time of first consultation. / Tarikh dan masa perundingan kali pertama.

2) Describe in detail the nature of the accident as related to you by the patient. / Huraikan secara terperinci kemalangan tersebut seperti yang diberitahu oleh pesakit kepada anda

3a) Are the patients injuries solely due to this accident? / Adakah kecederaan pesakit disebabkan oleh kemalangan ini?

3b) If not, are they related to previous injuries or other causes? Please give full details. / Jika tidak, adakah kecederaan tersebut disebabkan kecederaan yang lalu atau sebab lain? Sila berikan butirannya.

4) Was the patient's accident directly or indirectly caused by the following: / Adakan kemalangan pesakit secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh yang berikut?

Table with columns: Yes / Ya, No / Tidak, Detail of 'Yes' answer / Butiran bagi jawapan 'Ya'. Rows a-e describing accident causes.

5a) Please give details of the nature and extent of injuries. / Sila berikan butir-butir terperinci tentang jenis dan tahap kecederaan.

5b) Are the injuries consistent with the circumstances of the accident as described to you? / Adakah kecederaan yang dialami sama dengan kejadian kemalangan yang diberitahu kepada anda?

6a) Are you the patients regular medical attendant? / Adakah anda doktor yang biasa merawat pesakit?

6b) How long have you known the patient? / Berapa lamakah anda telah mengenali pesakit?

6c) Is there any previous medical history or disablement which might have contributed to the occurrence of the accident or, which may have retarded/prolonged recovery? / Adakah apa-apa sejarah perubatan yang lalu atau hilang upaya yang mungkin menyebabkan berlakunya kemalangan tersebut atau yang mungkin merencatkan/melambatkan pemulihan?

6d) To the best of your knowledge, was your patient suffering from any disease or physical infirmity at the time of the accident? / Sepanjang pengetahuan anda, adakah pesakit menghidap apa-apa penyakit atau kecacatan fizikal pada masa kemalangan?

7) Treatment given including follow-up (such as number of stitches, physiotherapy, type of dressing etc) / Rawatan yang diberikan termasuk rawatan susulan (seperti bilangan jahitan, fisioterapi, jenis pembersihan dan penguabatan luka dan sebagainya)

Date / Tarikh grid: DD - MM - YYYY

Treatment / Rawatan

8) (a) For fracture(s), where is/are there the fracture(s) located? Please state type of fracture and treatment given. / Untuk patah, di manakah bahagian yang patah? Sila nyatakan jenis patah dan rawatan yang diberikan

Part / Bahagian

Treatment / Rawatan

Type / Jenis  close fracture / patah tertutup  open fracture / patah terbuka  other / lain

(b) If the patient is put on POP, kindly include the following information / Jika pesakit menggunakan POP, sila sertakan maklumat berikut

(i) Date applied and removed / Tarikh menggunakan dan menanggalkannya

DD - MM - YYYY

(ii) Date patient was started on physiotherapy / Tarikh pesakit memulakan fisioterapi

DD - MM - YYYY

(iii) Date patient started on full weight bearing exercise (if any) / Tarikh pesakit memulakan latihan angkat berat (jika ada)

DD - MM - YYYY

(iv) Was there any limitation of moment at any joint at the last day of treatment? / Adakah apa-apa kesukaran bergerak pada mana-mana sendi pada hari terakhir rawatan?

9) For amputation/loss of finger/loss / Bagi jari tangan/kaki yang putus/hilang.

(a) Which finger/toes were amputated? / Jari tangan/kaki yang manakah putus?

(b) Amputation at what level: Proximal, Middle or Distal? / Apakah tahap putus: Proksimal, Tengah atau Distal?

10) Name and address of other doctors who treated the patient for the same injury. / Nama dan alamat doktor lain yang merawat pesakit bagi kecederaan yang sama.

11. TEMPORARY TOTAL DISABLEMENT (the patient should be incapacitated from attending ANY and EVERY duty pertaining to his/her occupation). / HILANG UPAYA MENYELURUH SEMENTARA (Pesakit tidak berupaya melakukan APA-APA dan SETIAP tugas utama atau lebih yang berkaitan dengan pekerjaannya).

How long was the patient continuously and totally disabled as a result of injuries sustained in the accident? / Berapa lamakah pesakit menjadi hilang upaya secara berterusan dan menyeluruh akibat kecederaan yang dialami semasa kemalangan tersebut?

12) TEMPORARY PARTIAL DISABLEMENT (The patient should be incapacitated in the sense that he/she is unable to attend to ONE or more major duties pertaining to his/her occupation) / HILANG UPAYA SEPARA SEMENTARA (Pesakit tidak berupaya melakukan ATAU tugas utama atau lebih yang berkaitan dengan pekerjaannya)

How long was the patient continuously and partially disabled as a result of injuries sustained in the accident? / Berapa lamakah pesakit menjadi hilang upaya secara berterusan dan separa akibat kecederaan yang dialami samasa kemalangan tersebut?

13) Has any permanent disability resulted from the accident? / Adakah apa-apa hilang upaya kekal akibat kemalangan tersebut?

14) Is there any other information, clinical or otherwise, that would assist the company in deciding the claim? / Adakah apa-apa maklumat lain, klinikal atau sebaliknya, yang boleh membantu syarikat membuat keputusan tentang tuntutan tersebut?

I hereby certify that the above information is correct as per the record from the hospital/clinic. / Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat di atas adalah betul seperti di dalam rekod hospital/klinik.

Full name / Nama penuh

Grid for full name

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

Grid for NRIC number

Other identification number / Nombor pengenalan lain

Grid for other identification number

House phone number / Nombor telefon rumah

Grid for house phone number

Office phone number / Nombor telefon pejabat

Grid for office phone number

Mobile number / Nombor telefon bimbit

Grid for mobile number

Hospital/clinic name / Nama hospital/klinik

Grid for hospital/clinic name

Grid for hospital/clinic name

Date / Tarikh

DD - MM - YYYY

Medical attendant's signature / Tandatangan pegawai perubatan

Hospital/Clinic stamp / Cop hospital/klinik

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

Patients's name / Nama pesakit

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

Other identification number / Nombor pengenalan lain

Serial number / Nombor siri	Name of doctor / Nama doktor	Date of consultation / Tarikh perundingan	Condition of injuries detail / Keadaan kecederaan	Treatment given / Rawatan yang dibagi	Medical leave or light duty - date / Cuti kesakitan atau tugas ringan - tarikh