

## ACCIDENT INDEMNITY CLAIM TUNTUTAN INDEMNITY KEMALANGAN

**Issuing Office**

Pejabat Yang Mengeluarkan Borang

**This form is forwarded upon receipt of a notice of accidental injury and it is NOT an admission of claim.**

*Borang ini dikeluarkan apabila notis kemalangan diterima, ia TIDAK bermakna tuntutan diluluskan.*

**Supporting documents required are:**

*Dokumen sokongan yang diperlukan adalah:*

- i. **Original medical bills and payment receipt** / *Bil perubatan asal dan resit bayaran asal*
- ii. **X-ray/radiologist report for case with fractured bones** / *Laporan sinar X/ahli radiologi untuk kes patah tulang*
- iii. **Police report** / *Laporan polis*
- iv. **Photograph of dismemberment for permanent disability claim** / *Gambar perceraian anggota untuk tuntutan hilang upaya kekal*
- v. **Medical leave certificate & light duty certificate** / *Sijil cuti sakit & sijil tugas ringan*
- vi. **SOCISO report** / *Laporan PERKESO*
- vii. **Newspaper cutting, if any** / *Keratan akhbar, jika ada*

  
  
  
  
  
  


**Please tick (✓) the document submitted.**  
Sila tanda (✓) jika dokumen dilampirkan.

### TO BE COMPLETED BY CLAIMANT / PERLU DILENGKAPKAN OLEH PIHAK YANG MENUNTUT

1. **Policy No. / No. Polisi:** \_\_\_\_\_

### INSURED DETAILS / BUTIRAN INSURED

2. (i) **Name of Insured / Nama Insured:** \_\_\_\_\_

(ii) **IC No. / No. Kad Pengenalan:** \_\_\_\_\_ (iii) **Age / Umur:** \_\_\_\_\_

(iv) **Current Correspondence Address / Alamat Surat Menyurat Terkini:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(v) **Telephone No. / No. Telefon:** \_\_\_\_\_

### EMPLOYER DETAILS / BUTIRAN MAJIKAN

3. (i) **Employer's Name and Address / Nama dan Alamat Majikan:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ii) **Telephone No. / No. Telefon:** \_\_\_\_\_

### CLAIMANT DETAILS (if other than life Insured) / BUTIRAN PIHAK YANG MENUNTUT (jika berlainan daripada Insured)

4. (i) **Name of Claimant / Nama Pihak Yang Menuntut:** \_\_\_\_\_

(ii) **IC No. / No. Kad Pengenalan:** \_\_\_\_\_

(iii) **Correspondence Address / Alamat Surat Menyurat:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(iv) **Telephone No. / No. Telefon:** \_\_\_\_\_

### INSURED'S OCCUPATION / PEKERJAAN INSURED

5. (i) **Present Occupation / Pekerjaan Insured terkini:** \_\_\_\_\_

(ii) **Exact Nature of Occupation and Duties / Jenis Pekerjaan dan Tugas-tugas terperinci:** \_\_\_\_\_

(iii) **Involved in manual work? / Adakah terlibat melakukan tugas kasar?**  **Yes / Ya**  **No / Tidak**

### PARTICULARS OF ACCIDENT / BUTIRAN TENTANG KEMALANGAN

6. (i) **When did it occur? / Bila kemalangan tersebut berlaku?**  DD / HH  MM / BB  YY / TT **at / pada** \_\_\_\_\_ **am/pm / pagi/ptg**

(ii) **Where did it occur? / Di mana kemalangan tersebut berlaku?** \_\_\_\_\_

(iii) **How did it occur? / Bagaimana kemalangan tersebut berlaku?** \_\_\_\_\_

(iv) **Nature and extent of injury / Jenis dan tahap kecederaan dialami** \_\_\_\_\_

7. <b>Name and address of all doctors who treated you for the injury</b> <i>Nama dan alamat semua doktor yang merawat kecederaan anda</i>	<b>Date of consultation</b> <i>Tarikh rawatan</i>	<b>Date of admission (if any)</b> <i>Tarikh kemasukan wad (jika ada)</i>	<b>Date of discharge (if any)</b> <i>Tarikh discaj (jika ada)</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

8. **Date first absent from work / Tarikh hari pertama tidak hadir di tempat kerja:**  DD / HH  MM / BB  YY / TT

9. **Date of return to work / Tarikh mula berkerja semula:**  DD / HH  MM / BB  YY / TT



## OTHER COVERAGE / LAIN-LAIN PERLINDUNGAN

10. Are you presently insured for accidental benefits, under any government law programme, benefits scheme or any other insurance policy? If "Yes", provide the following details:

Adakah anda ketika ini di bawah perlindungan insurans bagi faedah kemalangan, di bawah sebarang program undang-undang kerajaan, skim faedah-faedah atau sebarang polisi insurans lain? Jika "Ya", sila lengkapkan butir-butir berikut:

Name of Company/Programme / Nama Syarikat/Program	Policy/Membership No. / No. Polisi/Keahlian	Amount of Benefit / Amaun Faedah
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## DECLARATION / PENGAKUAN

I, hereby declare that I have sustained the injuries described above, and warrant the truth of the foregoing particulars in every respect, and agree that if I have made, or shall make any false or untrue statement, suppression or concealment, my right to compensation shall be absolutely forfeited.

Saya, dengan ini mengaku bahawa saya telah mengalami kecederaan yang dinyatakan di atas, dan menjamin kebenaran tentang maklumat yang diberi, dari semua aspek dan bersetuju bahawa sekiranya saya telah atau akan membuat sebarang kenyataan palsu atau tidak benar, penyembunyian atau penyekatan, hak saya untuk mendapat pampasan akan ditarik balik secara mutlak.

\_\_\_\_\_  
Signature of Claimant / Tandatangani Pihak Yang Menuntut

Date / Tarikh : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness / Tandatangani Saksi

Name / Nama : \_\_\_\_\_

IC No. / No. KP : \_\_\_\_\_

Address / Alamat : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## AUTHORISATION / PEMBERIAN KUASA

I, having read and understood the contents of this form hereby authorise any physician, hospital, clinic or insurance company or other organisation, institutions or persons that has any records or knowledge of me or my health, to disclose to Manulife Insurance Berhad or Its representatives any and all such information and expressly waive on behalf of myself or any person who shall have any claim or interest in any policy issued hereunder, all provision of law forbidding any physician or surgeon from disclosing any information acquired while attending me in a professional capacity. This authorisation shall irrevocably bind my successors and assigns and remain valid, notwithstanding my death or incapacity and a copy of this shall be as effective and valid as the original.

Saya setelah membaca dan memahami kandungan borang ini dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana doktor, hospital, klinik atau syarikat insurans atau lain-lain organisasi, institusi atau orang perseorangan yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang saya atau kesihatan saya, untuk mendedahkan kepada Manulife Insurance Berhad atau wakilnya tentang sebarang dan keseluruhan maklumat tersebut dan secara nyata menyisihkan hak bagi pihak diri saya atau sesiapa yang mempunyai sebarang tuntutan atau kepentingan dalam mana-mana polisi yang dikeluarkan di sini, ke atas semua peruntukan undang-undang yang melarang doktor atau pakar bedah daripada memberi sebarang maklumat yang diperolehi semasa merawat saya ketika mereka menjalankan tugas sebagai seorang profesional. Pemberian kuasa ini adalah mengikat secara tidak boleh dibatal oleh pengganti-penganti dan waris-waris saya dan akan kekal sah, tanpa mengira kematian atau ketidakupayaan saya dan salinan pemberian kuasa ini adalah efektif dan sama sah seperti yang asal.

\_\_\_\_\_  
Signature of Claimant / Tandatangani Pihak Yang Menuntut

Name / Nama : \_\_\_\_\_

IC No. / No. KP : \_\_\_\_\_

Date / Tarikh : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness / Tandatangani Saksi

Name / Nama : \_\_\_\_\_

IC No. / No. KP : \_\_\_\_\_

Address / Alamat : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT / KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

1. Patient's Name / Nama Pesakit: \_\_\_\_\_
2. IC No. / No. Kad Pengenalan: \_\_\_\_\_ 3. Age/Sex / Umur/Jantina: \_\_\_\_\_
4. Occupation / Pekerjaan: \_\_\_\_\_
5. Date & Time of accident / Tarikh & Masa kemalangan: \_\_\_\_\_
6. Date & Time of First consultation / Tarikh & Masa rawatan pertama: \_\_\_\_\_
7. Describe in detail the nature of accident as related to you by the patient / Terangkan secara terperinci jenis kemalangan seperti yang telah dinyatakan oleh pesakit:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Were there any external and visible injuries or wound as a result of this accident? / Adakah terdapat sebarang kecederaan/luka luaran ketara akibat kemalangan tersebut?

Yes / Ya  No / Tidak

- (a) (i) If "No", describe any other evidence that is consistent with the accident as claimed by the patient.

*Jika "Tidak", nyatakan sebarang bukti yang konsisten dengan kemalangan seperti yang dituntut oleh pesakit.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- (ii) If "No", please state any internal and visible injury (contusion) diagnosed.

*Jika "Tidak", sila nyatakan sebarang kecederaan dalaman diagnose.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- (b) If "Yes", then describe the extent of injuries including site and other characteristics, features as seen by you. In the event of any amputation, please state at what level (proximal, middle, distal).

*Jika "Ya", nyatakan tahap kecederaan termasuk lokasi, ciri-ciri lain dan bentuk yang kelihatan pada anda. Jika berlaku sebarang amputasi anggota, sila nyatakan tahap amputasi tersebut (proximal, tengah, distal).*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. All treatments given including follow-up (dates of consultation, healing progress, treatments such as no. of stitches, STO, physiotherapy, type of dressing, medication and dosage, etc.)

*Semua rawatan yang diberi termasuk rawatan lanjutan (Tarikh rawatan, kadar sembuh, rawatan seperti jumlah jahitan, STO, phisoterapi, jenis pencucian, ubat dan dos, dsb.)*

Date / Tarikh Treatment/Procedure done / Rawatan/Prosedur yang dilakukan

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Fracture / Patah Tulang

(i) Location / Lokasi: \_\_\_\_\_

(ii) Type (close, open, other) / Jenis (patah tertutup, terbuka, lain-lain): \_\_\_\_\_

- (iii) If patient was put on any form of immobilisation (POP, backslab, crepe bandage, etc), please state:-

*Jika pesakit diberi sebarang bentuk pembatasan bergerak (POP, sendal belakang, crepe bandage, dan sebagainya) sila nyatakan:-*

(a) Date first applied and removed / Tarikh mula digunakan dan ditanggalkan. \_\_\_\_\_

(b) Date patient started on physiotherapy / Tarikh pesakit memulakan fisioterapi. \_\_\_\_\_

(c) Date patient started on full weight bearing exercise / Tarikh pesakit memulakan senaman tanpa sokongan. \_\_\_\_\_

(d) Please state actual limitation of movement on any joint at the last date of treatment / Sila nyatakan pembatasan pergerakan sebenar bagi sebarang sendi pada tarikh akhir rawatan.

\_\_\_\_\_

11. (a) Last date of consultation / Tarikh akhir rawatan. \_\_\_\_\_

(b) Condition of the injured part on that date / Keadaan anggota yang cedera pada tarikh itu. \_\_\_\_\_

12. (a) Was healing straight forward or complicated? Give details of complication / Adakah proses sembuh lancar atau rumit? Sila beri butir kerumitan.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Was X-ray taken? / Adakah gambar sinar X diambil?  Yes / Ya  No / Tidak  
If "Yes" please furnish report or X-ray film / Jika "ada" sila sertakan laporan atau filem sinar X.

---

---

---

14. Details of hospitalisation / Butir kemasukan hospital ( Please submit a copy of inpatient bill and/or discharge note / Sila lampirkan satu salinan bill masuk hospital dan/atau sijil discaj )

(a) Name of Hospital / Nama Hospital: \_\_\_\_\_

(b) Admission No. / No. Pendaftaran: \_\_\_\_\_

(c) Date Admitted / Tarikh Masuk: \_\_\_\_\_

(d) Date Discharged / Tarikh Keluar: \_\_\_\_\_

(e) Date Surgery Performed / Tarikh Pembedahan Dilakukan: \_\_\_\_\_

(f) Details of surgery/other special diagnostic procedure or treatment / Butir pembedahan/lain-lain prosedur diagnosis atau rawatan khusus.

---

---

---

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

---

---

---

16. In your opinion, is there any physical impairment or disease/illness which may have contributed directly or indirectly, to the accident? / Pada pendapat anda, adakah terdapat kecacatan fizikal atau penyakit yang mungkin menyumbang secara langsung atau tidak langsung terhadap kemalangan ini?

---

---

---

---

---

---

---

---

17. What is the present condition of the injuries? / Apakah keadaan kecederaan sekarang?

---

18. Has any permanent disability resulted from the accident? Please give details. / Adakah apa-apa hilang upaya kekal akibat kemalangan tersebut? Sila nyatakan butir.

---

I hereby certify that the above answers are all complete and true to the best of my knowledge.

Saya dengan ini mengesahkan bahawa semua jawapan di atas adalah lengkap dan benar sejauh mana yang saya ketahui dan percayai.

Signature of Doctor / Tandatangan Doktor

Name & Practice Stamp / Cop Nama & Alamat

Name & Address of Hospital/Clinic

Nama & Alamat Hospital/Klinik

Date / Tarikh : \_\_\_\_\_