

**BORANG TUNTUTAN HOSPITAL BERKELOMPOK- KENYATAAN PIHAK YANG MENUNTUT
GROUP HOSPITAL BENEFIT CLAIM FORM - CLAIMANT'S STATEMENT**

Bahagian A / Part A

Borang ini hendaklah diisi oleh pekerja/ pihak yang menuntut. Semua soalan hendaklah dijawab dengan lengkap.

Tanda (-) tidak akan diterima.

This form is to be completed by the employee/ claimant. All questions must be answered. Dash (-) is not acceptable.

Dokumen sokongan yang diperlukan adalah / Supporting documents required are:-			
1. Salinan bil / Nota discaj menunjukkan tarikh masuk dan keluar hospital <i>Copy of hospital bill/ discharge note showing admission and discharge date</i>			
2. Surat Akuan Masuk dan Keluar <i>Admission and Discharge Card</i>			
3. Keputusan Makmal dan Radiologi <i>Laboratory and Radiology Reports</i>			
1. Butir tentang Pekerja/ Pihak Yang Menuntut / Particulars of Employee/ Claimant			
a.	No. Polisi Berkelompok / <i>Group Policy No.</i>	No. Sijil: <i>Certificate No.:</i>	
b.	Nama Majikan / <i>Name of Employer</i>		
c.	Nama Pekerja / <i>Name of Employee</i>		
d.	No. Kad Pengenalan <i>NRIC</i>	Lama: <i>Old:</i>	Baru: <i>New:</i>
e.	No. Pekerja / <i>Employee No.</i>		
f.	No. Telefon Bimbit <i>Mobile Phone No.</i>		
g.	Alamat Surat Menyurat Terkini <i>Current Correspondence Address</i>		
h.	Alamat e-mel / <i>Email address</i>		
i.	Pilihan saluran komunikasi / <i>Preferred communication channel*</i> : <input type="checkbox"/> E-mel/ <i>email</i> <input type="checkbox"/> Surat/ <i>Letter</i>		
2. Butir tentang Pihak Tanggungan (Jika Hayat yang Dilindungi ialah pihak tanggungan) Particulars of Dependant (if Life Assured is the Dependant)			
a.	Nama Tanggungan/ <i>Name of Dependant</i>		
b.	No. Kad Pengenalan <i>NRIC</i>	Lama: <i>Old:</i>	Baru: <i>New:</i>
c.	No. Telefon Bimbit / <i>Mobile Phone No.</i>		
d.	Hubungan dengan Pekerja/ <i>Relationship with Employee</i>		
3. Butir kemasukan hospital / Hospitalisation details			
a.	(a) Masuk hospital : Tarikh / Waktu <i>Admission : Date / Time</i>		
	(b) Keluar hospital : Tarikh / Waktu <i>Discharge : Date / Time</i>		

b.	Jika kemasukan ke hospital adalah akibat kemalangan, sila nyatakan <i>If hospitalization was due to accident, please state</i> (a) Tarikh dan masa kemalangan <i>Date and time of accident</i> (b) Bagaimana kemalangan tersebut berlaku? <i>How did the accident occur?</i> (c) Jenis dan tahap kemalangan tersebut berlaku? <i>Nature and extent of injury?</i>		
c.	Jika kemasukan ke hospital akibat penyakit, sila nyatakan <i>If hospitalization was due to illness, please state</i> (a) Apakah simtom yang dialami? <i>What were the symptoms presented?</i> (b) Sudah berapa lamakah simtom tersebut dialami sebelum kemasukkan hospital. <i>How long had these symptoms presented before admission to hospital?</i>		
d.	Sila berikan maklumat lanjut rundingan: <i>Please provide details of consultations:</i> (a) Doktor yang merujuk hayat yang dilidungi ke hospital <i>The doctor who referred Life Assured to hospital</i> (b) Semua doktor lain yang merawat untuk penyakit ini <i>All other doctors consulted for this illness</i> (c) Nama dan alamat doktor yang biasa merawat hayat yang dilidungi selain daripada yang di atas <i>Name and address of Life Assured's regular treating doctor other than the above.</i>	Tarikh (HH/BB/TTTT) hospital/ klinik <u>hospital/</u> <u>Date (DD/MM/YYYY)</u>	Nama dan alamat doctor/ hospital/ klinik <u>Name and address of doctor/</u> <u>clinic</u>
e.	Adakah hayat yang dilidungi kini diinsuranskan untuk faedah hospitalisasi dengan syarikat/ sumber lain? Jika ya, sila nyatakan <i>Is Life Assured presently insured for hospitalization benefits with other companies / Workmen's Compensation? If yes, please state.</i> <input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No Nama Syarikat Insurans No. Polisi Tarikh Berkuatkuasa (HH/BB/TTTT) Amaun Faedah (RM) <u>Names of Insurance Companies</u> <u>Policy No.</u> <u>Effective Dates (DD/MM/YYYY)</u> <u>Amount of Benefits (RM)</u>		

Pemberian Hak dan Pengisytiharan/ Authorization and Declaration

Saya/ Kami dengan ini mengisytiharkan bahawa jawapan yang diberikan disini adalah benar dan menerima tanggungjawab sepenuhnya sama ada ia ditulis oleh saya / kami atau bagi pihak saya / kami. Saya / Kami dengan ini memberi kuasa kepada sebarang Hospital, Klinik, Pakar Perubatan, Kakitangan Perubatan atau orang perseorangan (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk institusi perubatan, penginsurans semula, penyelaras tuntutan / penyiasat, peguam, persatuan industri, pengawal selia, badan-badan berkanun, pihak berkuasa kerajaan dan agensi pelaporan kredit) yang pernah merawat saya / kami untuk mendedahkan sebarang maklumat termasuk sejarah perubatan saya kepada MCIS Insurance Bhd untuk memproses tuntutan insurans saya / kami. // *We hereby declare that the forgoing answers are true and accept full responsibility whether they are written by me/ us or someone else on my/ our behalf. // We hereby authorize any Hospitals, Clinics, Physician, Medical Staff or other person (within or outside Malaysia, including medical institutions, reinsurers, claim adjusters / investigators, solicitors, industry associations, regulators, statutory bodies, government authorities and credit reporting agencies) who has attended to me/ us to disclose any information including past medical history to MCIS Insurance Bhd in order to process my/ our insurance claim(s).*

 Tandatangan Pekerja/ Pihak Yang Menuntut
Signature of Employee/ Claimant

Nama/ Name: _____

No. KP/ NRIC: _____

Tarikh/ Date: _____

 Tandatangan Saksi
Signature of Witness

Nama/ Name: _____

No. KP/ NRIC: _____

Tarikh/ Date: _____

**BORANG TUNTUTAN HOSPITAL BERKELOMPOK – KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT
GROUP HOSPITAL BENEFIT CLAIM FORM – ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT**

Bahagian B / Part B

Semua soalan hendaklah dijawab dengan lengkap. Tanda (-) tidak akan diterima. Segala penukaran hendaklah disahkan oleh doktor yang merawat / All questions must be answered. Dash (-) is not acceptable. All alterations must be initialed by treating physician.

1.	Nama Pesakit <i>Patient's Name</i>	
2.	No. Kad Pengenalan <i>NRIC</i>	Lama: <i>Old:</i> Baru: <i>New:</i>
3.	(a) Pendaftaran : Tarikh / Waktu <i>Admission : Date / Time</i> (b) Keluar : Tarikh / Waktu <i>Discharge : Date / Time</i> HH/BB/TT DD/MM/YY Waktu/Time HH/BB/TT DD/MM/YY Waktu/Time
4.	Jika kemasukan ke hospital adalah akibat kemalangan, sila nyatakan <i>If hospitalization was due to accident, please state</i> (a) Tarikh dan masa kemalangan <i>Date and time of accident</i> (b) Jenis kemalangan: <i>Nature of accident</i>	
5.	Tarikh pertama kali anda memberi rawatan kepada pesakit bagi penyakit / kecederaan / keadaan ini. <i>The date on which you first saw the patient for this illness / injury / condition</i>	
6.	Adakah pesakit dirujuk kepada hospital anda oleh doktor yang lain? Jika ada, sila nyatakan nama dan alamat doktor tersebut, serta berikan salinan surat rujukan. <i>Was the patient referred to your hospital by any other doctor? If yes, please indicate his / her name, address and provide a copy of referral letter.</i>	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No Butir doctor and merujuk/ <i>Details of referral doctor:</i>
7.	Apakah simptom yang diberitahu oleh pesakit ketika pertama kali dia berjumpa dengan anda? <i>What were the symptoms that patient complained of when he / she first saw you?</i>	
8.	(a) Berdasarkan maklumat diberi oleh pesakit, berapa lamakah dia telah mengalami simptom tersebut? <i>According to patient, how long had he / she been experiencing these symptoms</i> (b) Pada pendapat anda, berapa lamakah simptom tersebut telah wujud? <i>How long do you think these symptoms had lasted?</i>	
9.	Pernahkah sebelum ini pesakit menerima rawatan untuk simptom di atas? Jika ada, sila nyatakan nama dan alamat doktor serta tarikh rawatan. <i>Had patient previously received any treatment for above symptoms? If yes, please furnish name, address of doctors and dates of consultation.</i>	
10.	Adakah sebarang siasatan, ujian atau prosedur dilakukan? Jika ada, sila nyatakan maklumat lanjut atau sertakan salinan keputusan asal yang disahkan. <i>Have any investigation, test or procedure been performed? If yes, please furnish the details or certified true copy of the result.</i>	
11.	(a) Apakah diagnosis anda? <i>What was your diagnosis?</i> (b) Sebab dan patologi berkaitan diagnosis di atas <i>Cause and pathology underlying the present diagnosis</i> (c) Adakah anda memberitahu pesakit tentang diagnosis tersebut? Jika ya, sila nyatakan tarikh. <i>Did you inform the patient of the diagnosis? If yes, please provide date.</i>	

12.	(a) Rawatan perubatan diberi <i>Medical treatment given</i> (b) Jenis pembedahan yang dilakukan <i>Nature of operation performed</i> (c) Nama pakar bedah <i>Name of surgeon</i> (d) Tarikh pembedahan dilakukan <i>Date surgery performed</i>															
13.	Adakah kemungkinan pesakit menghidapi semula penyakit tersebut? <i>Any possibility of patient having relapse?</i>	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No														
14.	Adakah penyakit/ keadaan berkaitan dengan berikut? Jika ya, sila ✓ / <i>Is the illness/ condition related to the following? If yes, please ✓:</i> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30px;"><input type="checkbox"/></td> <td>Pembedahan Kosmetik/ Plastik, Pemeriksaan Perubatan Rutin/ <i>Cosmetic / plastic surgery, routine health screening</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Kemabukan, Penyalahgunaan Dadah, AIDS, venereal disease/ <i>Intoxication, illegal drugs, AIDS, penyakit kelamin</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Tindakan Melukakan Diri Sendiri, Bunuh Diri, Percubaan Bunuh Diri/ <i>Self inflicted injury, suicide, attempted suicide</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Kongenital/ Penyakit Keturunan/ <i>Congenital / hereditary conditions</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Penyakit Mental/ Penyakit Susah Tidur/ <i>Psychotic / mental disorder/ nervous/sleep disorder</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sukan Berbahaya, Tindakan Melanggar Undang-undang/ <i>Hazardous sports, unlawful act</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Tiada di atas/ <i>None of the above</i></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	Pembedahan Kosmetik/ Plastik, Pemeriksaan Perubatan Rutin/ <i>Cosmetic / plastic surgery, routine health screening</i>	<input type="checkbox"/>	Kemabukan, Penyalahgunaan Dadah, AIDS, venereal disease/ <i>Intoxication, illegal drugs, AIDS, penyakit kelamin</i>	<input type="checkbox"/>	Tindakan Melukakan Diri Sendiri, Bunuh Diri, Percubaan Bunuh Diri/ <i>Self inflicted injury, suicide, attempted suicide</i>	<input type="checkbox"/>	Kongenital/ Penyakit Keturunan/ <i>Congenital / hereditary conditions</i>	<input type="checkbox"/>	Penyakit Mental/ Penyakit Susah Tidur/ <i>Psychotic / mental disorder/ nervous/sleep disorder</i>	<input type="checkbox"/>	Sukan Berbahaya, Tindakan Melanggar Undang-undang/ <i>Hazardous sports, unlawful act</i>	<input type="checkbox"/>	Tiada di atas/ <i>None of the above</i>
<input type="checkbox"/>	Pembedahan Kosmetik/ Plastik, Pemeriksaan Perubatan Rutin/ <i>Cosmetic / plastic surgery, routine health screening</i>															
<input type="checkbox"/>	Kemabukan, Penyalahgunaan Dadah, AIDS, venereal disease/ <i>Intoxication, illegal drugs, AIDS, penyakit kelamin</i>															
<input type="checkbox"/>	Tindakan Melukakan Diri Sendiri, Bunuh Diri, Percubaan Bunuh Diri/ <i>Self inflicted injury, suicide, attempted suicide</i>															
<input type="checkbox"/>	Kongenital/ Penyakit Keturunan/ <i>Congenital / hereditary conditions</i>															
<input type="checkbox"/>	Penyakit Mental/ Penyakit Susah Tidur/ <i>Psychotic / mental disorder/ nervous/sleep disorder</i>															
<input type="checkbox"/>	Sukan Berbahaya, Tindakan Melanggar Undang-undang/ <i>Hazardous sports, unlawful act</i>															
<input type="checkbox"/>	Tiada di atas/ <i>None of the above</i>															
15.	Pernahkah sebelum ini pesakit diberi rawatan atau dimasukkan ke hospital ini atau hospital-hospital lain untuk rawatan penyakit ini atau penyakit-penyakit lain? Sila nyatakan. <i>Has the patient previously been treated or hospitalized in this or any other hospital for this or any other disease? Please state:</i> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><u>Tarikh / Date</u></td> <td style="width: 33%;"><u>Penyakit / Disease / Illness</u></td> <td style="width: 33%;"><u>Rawatan/ Details of Treatment</u></td> <td style="width: 33%;"><u>Doktor/ Hospital/ Klinik / Doctor/ Hospital/ Clinic</u></td> </tr> </table>		<u>Tarikh / Date</u>	<u>Penyakit / Disease / Illness</u>	<u>Rawatan/ Details of Treatment</u>	<u>Doktor/ Hospital/ Klinik / Doctor/ Hospital/ Clinic</u>										
<u>Tarikh / Date</u>	<u>Penyakit / Disease / Illness</u>	<u>Rawatan/ Details of Treatment</u>	<u>Doktor/ Hospital/ Klinik / Doctor/ Hospital/ Clinic</u>													
16.	Untuk pesakit wanita sahaja / <i>For female patients only</i> (a) Adakah pesakit hamil ketika dimasukkan ke hospital? <input type="checkbox"/> Tidak/ No <input type="checkbox"/> Ya/ Yes _____ bulan/ months <i>Was the patient pregnant at the time of hospitalization</i> (b) Adakah penyakit dengan secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh kehamilan / melahirkan anak / pembedahan caesarian / menggugurkan / keguguran dan lain-lain kesakitan yang berkaitan? Sila beri lanjutan. <i>Was illness caused directly or indirectly by pregnancy / child birth / caesarean section / abortion / miscarriage and all complications arising therefrom? Please elaborate.</i>															

Pengisytiharan / Declaration

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya sendiri telah memeriksa dan merawat pesakit untuk kecederaan/ panyakit yang dialami beliau seperti tersebut diatas dan semua jawapan di atas adalah benar setakat pengetahuan saya.
I hereby certify that I have personally examined and treated the patient for his/ her injuries/ illness described above and the above answers are all true to the best of my knowledge.

.....
Tandatangan Doktor yang Merawat
Signature of Attending Physician

.....
Cop Nama & Hospital/ Klinik
Official stamp of Hospital/ clinic

.....
Tarikh
Date

