

***Claim Form - Group Life & DMTM
(User Guide)***

***Borang Tuntutan - Group Life & DMTM
(Garis Panduan)***



TABLE OF CONTENTS / JADUAL KANDUNGAN

A. Policy Information / <i>Maklumat Polisi</i>	2
B. PART 1: Type of Claim / <i>Bahagian 1: Jenis Tuntutan</i>	2
C. PART 2: Life Assured's General Information / <i>Bahagian 2: Maklumat Umum Hayat Yang Diinsuranskan</i>	3
D. PART 3: Claimant's Details / <i>Bahagian 3: Maklumat Penuntut</i>	3
E. PART 4: Claim information / <i>Bahagian 4: Maklumat Tuntutan</i>	3 - 4
F. i. PART 5: Claim Requirement Checklist / <i>Bahagian 5: Senarai Semakan Tuntutan</i>	5
ii. Requirement List / <i>Senarai Semakan</i>	6
G. PART 6: Statement of Declaration / <i>Bahagian 6: Kenyataan Pengakuan</i>	7
H. Authorization for Medical Report Collection / <i>Pemberian Kuasa untuk Mengambil Laporan Perubatan</i>	7
I. PART 7: Statement of Witness / <i>Bahagian 7: Kenyataan Saksi</i>	7
J. Application for Direct Credit / <i>Permohonan Untuk Kredit Terus</i>	8
K. Frequently Asked Questions / <i>Soalan Lazim</i>	9
L. Guide to fill up Claim Checklist / <i>Panduan Untuk mengisi Senarai Semakan Tuntutan</i>	10 - 19
M. Do and Don't's when submitting a claim / <i>Do dan Don't apabila mengemukakan tuntutan</i>	20

Please complete in DARK BLACK ink only and TICK (✓) the boxes where appropriate.
Sila isi dengan menggunakan dakwat HITAM GELAP sahaja dan TANDAKAN (✓) dalam petak yang berkenaan.

Policy Number / Nombor Polisi

1. 2. 3.

4. 5. 6.

Date Submitted (dd/mm/yy) / Tarikh Dokumen Diserahkan (hh/bb/tt)

Agent's Code/Bank Staff's ID/Prudential Assurance Malaysia Berhad Representative's Number
Kod Ejen/ ID Wakil Bank/ Nombor Prudential Assurance Malaysia Berhad

Agent/Bank/Prudential Assurance Malaysia Berhad Representative's Name
Nama Ejen/Wakil Bank/Prudential Assurance Malaysia Berhad

Agent/Bank/Prudential Assurance Malaysia Berhad Representative's Contact Number
Nombor Telefon Ejen/Wakil Bank/ Prudential Assurance Malaysia Berhad

Notes:

1. Correspondences in relation to this claim will be delivered to the agent / bank representative / Prudential representative stated above, unless claimant explicitly specifies his / her preferred method.

2. "Life Assured" means the person whom Prudential provides insurance coverage as named in the insurance policy (or insurance certificate, if the policy concerned is a group policy).

Nota-Nota:

1. Surat menyurat akan dihantar kepada ejen / wakil bank / wakil Prudential yang dinyatakan diatas. Jika anda mempunyai pilihan yang lain, sila tanda yang berkenaan.

2. "Hayat Yang Diinsuranskan" merupakan seorang individu yang dinamakan dalam polisi insurans (atau sijil insurans, jika polisi berkenaan merupakan polisi kumpulan - Group Life) yang mana Prudential memberinya perlindungan insurans.

Correspondence Delivery Method:
Kaedah Penyampaian Surat Menyurat: Send directly to Claimant
Dihantar terus kepada pemohon Collection at PAMB / Bank Branches:
Pangambilan di Cawangan PAMB / Bank:

PART 1: TYPE OF CLAIM
BAHAGIAN 1: JENIS TUNTUTAN

<p>Medical Perubatan</p> <p>Hospitalization / Day Care Surgery Rawatan Hospital / Pembedahan Harian</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalization / Day Care Surgery Rawatan Hospital / Pembedahan Harian <input type="checkbox"/> Overseas treatment Rawatan di luar negara</p> <p><input type="checkbox"/> Partially settled by other insurances Dibiayai sebahagiannya oleh penanggung insurans lain</p> <p>Outpatient Treatment Rawatan Pesakit Luar</p> <p><input type="checkbox"/> Pre & Post Hospitalization Rawatan Sebelum & Selepas Masuk Hospital</p> <p><input type="checkbox"/> Emergency Treatment of Accidental Injury Rawatan Kecemasan untuk Kecelakaan Akibat Kemalangan</p> <p><input type="checkbox"/> Outpatient Cancer & Kidney Dialysis Treatment Rawatan Kanser & Dialisis Buah Pinggang Pesakit luar</p> <p><input type="checkbox"/> Home Nursing Care Manfaat Penjagaan oleh Jururawat di Rumah</p>	<p>Total and Permanent Disability / Terminal Illness Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal / Penyakit Maut</p> <p><input type="checkbox"/> Total and Permanent Disability / Terminal Illness Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal / Penyakit Maut</p> <p>Temporary Total Disability Hilang Upaya Menyeluruh Sementara</p> <p><input type="checkbox"/> Temporary Total Disability Hilang Upaya Menyeluruh Sementara</p> <p>Partial Permanent Disability Hilang Upaya Separa Kekal</p> <p><input type="checkbox"/> Partial Permanent Disability due to Illness Hilang Upaya Separa Kekal akibat Penyakit</p> <p><input type="checkbox"/> Partial Permanent Disability due to Accident Hilang Upaya Separa Kekal akibat Kemalangan</p> <p>Death Kematian</p> <p><input type="checkbox"/> Death Kematian</p> <p>Others Lain-lain</p> <p><input type="checkbox"/> Snatch Theft Benefit Manfaat Ragut</p> <p><input type="checkbox"/> Accidental Dental Benefit Manfaat Penyakit Barjangkit</p> <p><input type="checkbox"/> Involuntary Unemployment Benefit Manfaat Pengangguran Terpaksa</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p>Allowance Benefits Manfaat Elaun</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalization Benefit / Allowance Manfaat Hospital / Elaun</p> <p>Personal Accident Kemalangan Peribadi</p> <p><input type="checkbox"/> Accident Medical Reimbursement Bayaran Balik Perubatan Akibat Kemalangan</p> <p><input type="checkbox"/> Weekly Indemnity Manfaat Pampasan Mingguan</p> <p><input type="checkbox"/> Accidental Disablement Hilang Upaya Akibat Kemalangan</p> <p>Critical Illness Penyakit Kritikal</p> <p><input type="checkbox"/> Critical Illness Penyakit Kritikal</p>	

A. Policy Information / Maklumat Polisi

Fill up the following details:/ Isikan butiran berikut:

- Policy number/ Nombor polisi
- Date of submission/ tarikh dokumen diserahkan
- Agent/Bank/PAMB representative's details/ Informasi Ejen / Wakil Bank / Wakil PAMB (e.g.: code, name, and contact no/ kod, nama dan nombor telefon)
- Correspondence Delivery Method (if claimant would like to instruct his/her preferred delivery method)/ Kaedah penyampaian Surat-Menyurat (jika Penuntut ingin mengarahkan kaedah penghantaran mengikut pilihannya).

B. PART 1: Type of Claim / Bahagian 1: Jenis Tuntutan

- Choose the correct claim type according to your claim submission/ Pilih jenis tuntutan yang betul mengikut penyerahan tuntutan anda.

Note: Guide to fill up Claim Requirement Checklist is available at Page 10-19. / Rujuk Garis Panduan untuk mengisi Senarai Semakan Tuntutan di Muka Surat 10-19.



Correspondence Delivery method: Choose only **ONE** of your preferred delivery method.

Kaedah penyampaian Surat Menyurat: Pilih hanya kaedah penyampaian surat menyurat pilihan anda.

PART 2: LIFE ASSURED'S GENERAL INFORMATION BAHAGIAN 2: MAKLUMAT UMUM HAYAT YANG DIINSURANSKAN				
Name <i>Nama</i>				
NRIC/Old IC/Passport/BC/Other <i>KP Baru/Lama/Pasport/Sijil Kelahiran/Lain-lain</i>		Contact Number <i>Nombor Telefon</i>		
Mailing Address <i>Alamat Surat-Menyurat</i>	Name and Address of Employer <i>Nama dan Alamat Majikan</i>			
Occupation <i>Pekerjaan</i>		E-Mail Address <i>Alamat E-Mel</i>		
Other Insurance Coverage <i>Perlindungan Insurans Lain</i>	Name of Company / Insurer / Scheme <i>Nama Syarikat / Penanggung Insurans / Skim</i>	Policy / Membership Number <i>Nombor Polisi / No.Keahlian</i>	Sum Insured <i>Jumlah Diinsuranskan</i>	
PART 3: CLAIMANT'S DETAILS (IF OTHER THAN LIFE ASSURED) BAHAGIAN 3: MAKLUMAT PENUNTUT (SEKIRANYA BUKAN HAYAT YANG DIINSURANSKAN)				
CLAIMANT'S DETAILS <i>MAKLUMAT PENUNTUT</i>	Claimant A <i>Penuntut A</i>	Claimant B <i>Penuntut B</i>	Claimant C <i>Penuntut C</i>	Claimant D <i>Penuntut D</i>
Name <i>Nama</i>				
NRIC/Old IC/Passport/Other <i>KP baru/Lama/Pasport/Lain-lain</i>				
Correspondence Address <i>Alamat Surat-Menyurat</i>				
Contact Number <i>Nombor Telefon</i>				
Relationship to Life Assured <i>Hubungan dengan Hayat yang Diinsuranskan</i>				
PART 4: CLAIM INFORMATION BAHAGIAN 4: MAKLUMAT TUNTUTAN				
4.1 For Medical, Critical Illness, Total Permanent Disability, Temporary Total Disability and Others Claim if due to illness <i>Untuk Tuntutan Jenis Perubatan, Penyakit Kritikal, Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal, Hilang Upaya Menyeluruh Sementara dan Lain-lain jika diakibatkan penyakit</i>				
4.1.1 Presented sign and symptom <i>Jenis penyakit dan tanda-tanda</i>				
4.1.2 How long has Life Assured been aware of the condition <i>Berapa lamakah Hayat Yang Diinsuranskan mengetahui keadaan yang dihadapi</i>				
4.1.3 First consultation with doctor to seek treatment <i>Kali pertama bertemu dengan doktor dan mendapatkan rawatan</i>	<input type="text"/>	Day <i>Hari</i>	<input type="text"/>	Month <i>Bulan</i>
			<input type="text"/>	Year <i>Tahun</i>
4.1.4 Name of doctor whom you first consulted for the above condition <i>Nama doktor pertama yang dijumpa untuk jenis penyakit diatas</i>				
4.1.5 Name and Address of Clinic / Hospital <i>Nama dan Alamat Klinik / Hospital</i>				

C. PART 2: Life Assured's General Information / Bahagian 2: Maklumat Umum Hayat Yang Diinsuranskan

- Life Assured's general information is required for all claim type/ *Maklumat umum Hayat yang Diinsuranskan diperlukan untuk semua jenis tuntutan.*
- Please state other insurance coverage of Life Assured (if any)
Sila nyatakan perlindungan insurans lain bagi Hayat yang Diinsuranskan (jika ada)

Fast Facts

If Life Assured = Assured, please proceed directly to **Part 4**.
Sekiranya Hayat yang Diinsuranskan = Pemunya Polisi, sila teruskan ke Bahagian 4.

If Claimant = Dependant, please proceed to directly to **Part 3**
Sekiranya Penuntut = Tanggungan, sila teruskan ke Bahagian 3

D. PART 3: Claimant's Details / Bahagian 3: Maklumat Penuntut

- Details for all claimants (assignee / nominee / trustee) are required. / *Butiran untuk semua pihak menuntut (penerima hak / penama / pemegang amanah) diperlukan.*
- Details for Dependents are required for Group Life claim. / *Butiran tanggungan diperlukan untuk tuntutan Group Life.*

E. PART 4: Claim Information / Bahagian 4: Maklumat Tuntutan

- Fill up the claim information according to claim type./ *Isikan maklumat tuntutan mengikut jenis tuntutan.*

NOTE: If multiple claimants involved, please fill-up respective claimant details with maximum of 4 claimants and submit **ONE** form.

Nota: Sekiranya terlibat banyak pihak Penuntut, sila mengisi butiran tuntutan masing-masing, dengan maksimum 4 penuntut dan mengemukakan dalam **SATU** borang.

4.2 For Medical, Personal Accident and Total Permanent Disability and Temporary Total Disability Claim if due to accident
Untuk Tuntutan Jenis Perubatan, Kemalangan Peribadi, Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal dan Hilang Upaya Menyeluruh Sementara jika diakibatkan kemalangan.

4.2.1 Date & Time of accident
Tarikh dan Masa kemalangan

Day: Hari Month: Bulan Year: Tahun am/pm: am/pm

4.2.2 Place of accident
Tempat kemalangan

4.2.3 Detailed description of accident
Butiran kemalangan secara terperinci

4.2.4 First consultation with doctor to seek treatment
Kali pertama bertemu dengan doktor dan mendapatkan rawatan

Day: Hari Month: Bulan Year: Tahun

4.2.5 Last working date prior to Disability
Tarikh terakhir anda bekerja sebelum hilang upaya

Day: Hari Month: Bulan Year: Tahun

4.2.6 Date returned to work
Tarikh kembali bekerja

Day: Hari Month: Bulan Year: Tahun

4.3 Further information for Total Permanent Disability Claim
Maklumat Lanjut Untuk Tuntutan Hilang Keupayaan Tetap dan Kekal Keseluruhan

4.3.1 Occupation
Pekerjaan

Prior to suffering from disability: Sebelum hilang keupayaan Current employment status: Status pekerjaan sekarang

4.3.2 Name and Address of Employer
Nama dan Alamat Majikan

4.3.3 Please describe in detail the exact duties performed
Sila terangkan secara lengkap ciri-ciri kerja yang dilakukan

4.3.4 Are you medically boarded out?
Adakah anda diberhentikan kerja atas alasan kesihatan?

4.3.5 Are you currently confined to:
Adakah pergerakan anda kini terhad kepada:

Bed-Ridden *Terlantar di katil* Home *Rumah* Wheel Chair Bound *Menggunakan Kerusi Roda* Able to walk with Aid *Bergerak dengan bantuan*

4.4 For Death Claim
Untuk Tuntutan Kematian

4.4.1 Date & Time of death
Tarikh dan Masa kematian

Day: Hari Month: Bulan Year: Tahun am/pm: am/pm

4.4.2 Place of death
Tempat kematian

4.4.3 Cause of death
Sebab kematian

Illness *Penyakit* Accident *Kemalangan* Suicide *Bunuh Diri* Others, please specify: *Lain-lain, sila nyatakan:*

4.4.4 If due to accident, please provide date and time of accident
Jika diakibatkan oleh kemalangan, sila nyatakan Tarikh dan Masa kemalangan

Day: Hari Month: Bulan Year: Tahun am/pm: am/pm

4.4.5 Had the deceased suffered any illness previously?
Adakah Si Mati menghadapi apa-apa penyakit sebelum ini?

YES *YA* NO *TIDAK* **If YES, please provide details in below**
Jika YA, sila berikan butiran dibawah

Date of consultation <i>Tarikh rundingan perubatan</i>	Name of doctor <i>Nama doktor</i>	Address <i>Alamat</i>	Telephone Number <i>Nombor Telefon</i>

4.4.6 Marital Status at point of death
Status perkahwinan semasa kematian

Single *Bujang* Married *Berkahwin* Divorced *Berceraai* Widow/Widower *Duda/landa*

4.4.7 Deceased's surviving family member(s)
Ahli keluarga Si Mati

Spouse *Suami/Isteri* Father *Bapa* Mother *Ibu* Child(ren) *Anak-anak* _____ person(s) _____ orang

➤ For PART 4.1, 4.2, 4.3 & 4.4 - Please refer to the below table as reference to fill up Part 4 for the respective claim type:
Untuk Bahagian 4.1, 4.2, 4.3 & 4.4 - Sila rujuk jadual berikut sebagai rujukan untuk mengisi Bahagian 4 untuk jenis tuntutan-tuntutan lain.

Claim Type / <i>Jenis Tuntutan</i>	Part 4.1/ Bahagian 4.1	Part 4.2/ Bahagian 4.2	Part 4.3/ Bahagian 4.3	Part 4.4/ Bahagian 4.4
Medical / <i>Perubatan</i>	✓	✓	✗	✗
Personal Accident / <i>Kemalangan Peribadi</i>	✗	✓	✗	✗
Critical Illness / <i>Penyakit Kritikal</i>	✓	✗	✗	✗
Total & Permanent Disability/ <i>Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal</i>	✓	✓	✓	✗
Temporary Total Disability/ <i>Hilang Upaya Menyeluruh Sementara</i>	✓	✓	✗	✗
Death / <i>Kematian</i>	✗	✗	✗	✓
Others / <i>Lain-lain</i>	✓	✗	✗	✗

Remark:

✓ - Applicable

✗ - Not Applicable

PART 5: CLAIM REQUIREMENT CHECKLIST									
BAHAGIAN 5: SENARAI SEMAKAN TUNTUTAN									
NOTE: The following list serves as a guide for basic requirements. PAMB reserves the right to request or to view other relevant supporting document and information or the original of copied document whenever necessary. NOTA: Senarai berikut hanya sebagai garis panduan umum. PAMB berhak untuk meminta dokumen dan maklumat sokongan lain yang berkaitan, atau mempamerkan dokumen asal apabila diperlukan pada bila-bila masa sahaja.									
CLAIM TYPE JENIS TUNTUTAN	Requirement List No. (Refer to Page 5) No.Senarai Semakan (Rujuk kepada mukasurat 5)								
Hospitalization / Day Care Surgery/ Rawatan Hospital / Pembedahan Harian									
<input type="checkbox"/> Hospitalization / Day Care Surgery/ Rawatan Hospital / Pembedahan Harian	1a	3	4	6	12	13	17		
<input type="checkbox"/> Overseas treatment/ Rawatan di luar negara	1a	3	4	6	10	11	17		
<input type="checkbox"/> Partially settled by other insurers/ Dibiayai sebahagiannya oleh penanggung insurans lain	1a	4	5	6	9	17			
Outpatient Treatment Benefit/ Perubatan Pesakit Luar									
<input type="checkbox"/> Pre & Post Hospitalization/ Rawatan Sebelum & Selepas Masuk Hospital	3	4	10	11	17				
<input type="checkbox"/> Outpatient Cancer & Kidney Dialysis Treatment/ Rawatan Kanser & Dialisis Buah Pinggang Pesakit luar	3	4	6	10	11	17			
<input type="checkbox"/> Emergency Treatment of Accidental Injury/ Rawatan Kecemasan untuk Kecelakaan Akibat Kemalangan	2	3	4	10	11	12	13	17	
<input type="checkbox"/> Home Nursing Care/ Manfaat Penjagaan oleh Jururawat di Rumah	3	4	10	17	23	24	25		
Allowance Benefit/ Manfaat Elaun									
<input type="checkbox"/> Hospitalization Benefit / Allowance/ Manfaat Hospital / Elaun	1a	5	17						
Personal Accident/ Kemalangan Peribadi									
<input type="checkbox"/> Accident Medical Reimbursement (AMR)/ Bayaran Balik Perubatan Akibat Kemalangan	1b	3	4	6	10	12	13	17	
<input type="checkbox"/> Weekly Indemnity (WI)/ Manfaat Pampasan Mingguan	1b	6	7	10	11	12	13	17	
<input type="checkbox"/> Accidental Disablement/ Hilang Upaya Akibat Kemalangan	1b	6	8	10	12	13	17		
Critical Illness/ Penyakit Kritikal									
<input type="checkbox"/> Critical Illness / Critical Illness	1c	6	17						
Total and Permanent Disability/ Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal									
<input type="checkbox"/> Total and Permanent Disability/ Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal	1d	6	13	17	21	22			
Temporary Total Disability / Hilang Upaya Menyeluruh Sementara									
<input type="checkbox"/> Temporary Total Disability / Hilang Upaya Menyeluruh Sementara	1d	6	13	17	21	22			
Partial Permanent Disability due to Illness/ Hilang Upaya Separa Kekal akibat Penyakit									
<input type="checkbox"/> Partial Permanent Disability due to Illness/ Hilang Upaya Separa Kekal akibat Penyakit	1d	8	17	21	22				
Partial Permanent Disability due to Accident/ Hilang Upaya Separa Kekal akibat Kemalangan									
<input type="checkbox"/> Partial Permanent Disability due to Accident/ Hilang Upaya Separa Kekal akibat Kemalangan	1d	8	14	16	17	21	22		
Death/ Kematian									
<input type="checkbox"/> Death/ Kematian	<input type="checkbox"/> (a) For Natural Death/ Untuk Kematian Semulajadi	1e	17	19	20	28			
	<input type="checkbox"/> (b) For Accident or Suicide/ Untuk Kemalangan atau Bunuh Diri	1e	14	15	16	17	19	20	28
Others / Lain-lain									
<input type="checkbox"/> Snatch Theft Benefit / Manfaat Ragut	13	17							
<input type="checkbox"/> Accidental Dental Benefit / Manfaat Kemalangan Pergigian	1b	4	6	13	17				
<input type="checkbox"/> Involuntary Unemployment Benefit / Manfaat Pengangguran Terpaksa	17	26	27						

F. i. PART 5: Claim Requirement Checklist / Bahagian 5: Senarai Semakan Tuntutan

- Tick (v) the correct claim type and Refer to Requirement list in Page 5 of claim form for relevant documents to be submit./ Tanda (v) jenis tuntutan yang betul dan Rujuk kepada Senarai Semakan di muka surat 5 borang tuntutan untuk dokumen – dokumen tuntutan yang berkenaan.

Note: Guide to fill up Claim Requirement Checklist is available at Page 10-19. / Rujuk Garis Panduan untuk mengisi Senarai Semakan Tuntutan di Muka Surat 10-19.

Requirement List Senarai Semakan					
<input type="checkbox"/> 1. Doctor's Statement/ <i>Kenyataan Doktor yang merawat:</i> (a) Medical Claim/ <i>Tuntutan Perubatan</i> [Doc ID 11601007] (b) Personal Accident Claim/ <i>Tuntutan Kemalangan Paribadi</i> [Doc ID 11601004] (c) Critical Illness [Please refer to Confidential Medical Certificate Reference List for covered condition]/ <i>Penyakit Kritikal</i> (Sila rujuk Senarai Rujukan Sijil Pemeriksa Perubatan untuk penyakit yang dilindungi) (d) Total & Permanent Disability Claim/ <i>Tuntutan Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal</i> [Doc ID 11601013] (e) Death Claim/ <i>Tuntutan Kematian</i> [Doc ID 11601010]		<input type="checkbox"/> 12. Copy of driving license (for road traffic accident)/ <i>Salinan lesen memandu (untuk kemalangan jalan raya)</i> <input type="checkbox"/> 13. Copy of police report (where applicable)/ <i>Salinan laporan polis (jika berkenaan)</i> <input type="checkbox"/> 14. Police detailed investigation report/ <i>Laporan siasatan polis</i> <input type="checkbox"/> 15. Post mortem report / autopsy/ <i>Laporan bedah siasat awal /autopsi</i> <input type="checkbox"/> 16. Toxicology report/ <i>Laporan toksikologi</i> <input type="checkbox"/> 17. Copy of Life Assured or Claimant's NRIC or passport/ <i>Salinan kad pengenalan atau pasport hayat yang diinsuranskan atau penuntut</i> <input type="checkbox"/> 18. Copy of Birth Certificate/ <i>Salinan Sijil Kelahiran</i> <input type="checkbox"/> 19. Certified True Copy of Death Certificate by PAMB Branch Executive/ BDE/ RDM/ Bank Branch Manager/ <i>Salinan Sijil Kematian yang disahkan benar oleh eksekutif PAMB/BDE/RDM/ Pengurus Cawangan Bank</i> <input type="checkbox"/> 20. Proof of relationship/ <i>Bukti hubungan</i> <input type="checkbox"/> 21. Copy of letter medically boarded out from employer (where applicable)/ <i>Salinan surat persaraan atas alasan kesihatan daripada majikan (jika berkenaan)</i> <input type="checkbox"/> 22. Copy of confirmation letter from SOCSO (where applicable)/ <i>Salinan surat pernyataan dari PERKESO (jika berkenaan)</i> <input type="checkbox"/> 23. Recommendation letter from treating doctor for home nursing care/ <i>Surat cadangan daripada doktor menyatakan keperluan untuk bantuan penjagaan oleh jururawat di rumah</i> <input type="checkbox"/> 24. Copy of nursing qualifications certificate of the nurses/ <i>Salinan sijil kejururawatan bagi mengesahkan kelayakan jururawat</i> <input type="checkbox"/> 25. Breakdown charges detailing the time and period of the home nursing care services rendered per day/ <i>Caj terperinci menunjukkan masa dan tempoh penjagaan oleh jururawat pada setiap hari</i> <input type="checkbox"/> 26. Termination Letter from employer due to downsizing/ medical reason / <i>Surat Pemberhentian Kerja dari majikan disebabkan oleh pengurangan pekerja / alasan perubatan</i> <input type="checkbox"/> 27. Offer Letter from the employer when joining the company / <i>Surat Tawaran Kerja dari majikan ketika mula bekerja</i> <input type="checkbox"/> 28. For death abroad: Report of death abroad from National Registration Department & Malaysian Embassy in country where death occurred, proof of transportation corpse to Malaysia translated to English by a certified translator/ <i>Untuk kematian di luar negara: Laporan kematian luar negara dari Jabatan Pendaftaran Negara & Kedutaan Malaysia di negara kematian berlaku, bukti penghantaran mayat kembali ke Malaysia diterjemahkan ke Bahasa Inggeris oleh penterjemah sah.</i>			
<input type="checkbox"/> 2. Accident date, circumstances of accident, extent of injuries and treatment details certified by the treating doctor on the receipt(s)/ <i>Tarikh dan punca kemalangan, kecederaan dan rawatan yang disahkan oleh doktor yang merawat</i> <input type="checkbox"/> 3. Original final bills / tax invoices with itemized breakdown details/ <i>Bil-bil / Invois terperinci dengan penyata asal</i> <input type="checkbox"/> 4. Original receipts including deposit receipt [Please complete List of Original Receipt]/ <i>Resit-resit asal termasuk deposit [Sila lengkapkan Senarai Resit Asal]</i> <input type="checkbox"/> 5. Copy of admission final bills / tax invoices with itemized breakdown details/ <i>Salinan bil-bil / Invois terperinci dengan penyata</i> <input type="checkbox"/> 6. Copy of tests results: Histopathology, X-ray, MRI, CT scan, ultrasound, blood test, visual acuity, audiogram report and all other lab test report/ <i>Salinan laporan ujian: Histopatologi, sinar-X, MRI, CT, ultrasound, ujian darah, visual acuity, audiogram, dan lain-lain ujian makmal</i> <input type="checkbox"/> 7. Medical certificate/ <i>Sijil perubatan</i> <input type="checkbox"/> 8. Photograph showing injury / amputation for one full body and one showing the affected body part (where applicable)/ <i>Gambar asal menunjukkan kecederaan seluruh badan dan satu gambar menunjukkan anggota yang cedera (jika berkenaan)</i> <input type="checkbox"/> 9. Copy of settlement letter from other insurers/ <i>Salinan surat pernyataan dari penanggung insurans lain</i> <input type="checkbox"/> 10. Medical report and medical bills translated in English (for overseas treatment)/ <i>Laporan perubatan dan bil-bil diterjemahkan dalam Bahasa Inggeris (untuk rawatan di luar negara)</i> <input type="checkbox"/> 11. Copy of passport indicating evidence of travel (for overseas treatment)/ <i>Salinan pasport yang menunjukkan bukti perjalanan (untuk rawatan di luar negara)</i>					
List of ORIGINAL RECEIPT(s) submitted (including Deposit/Refund/Final Receipt(s)). Please paste on A4 paper according to receipt date. Senarai RESIT ASAL yang dilampirkan (termasuk Deposit/Pulangan/Resit Akhir). Sila tampal di atas kertas A4 mengikut susunan tarikh resit.					
Receipt Date Tarikh Resit	Receipt No. No. Resit	Receipt Amount Amaun Resit	Receipt Date Tarikh Resit	Receipt No. No. Resit	Receipt Amount Amaun Resit
Note: If space provided is insufficient, please continue on separate sheet of paper and firmly attach it to this form. Nota: Jika kekurangan ruang, sila sambung di kertas berasingan dan lampirkan bersama borang ini dengan rapi.					Total Jumlah
Special Instruction: Please indicate the Policy Number / Benefit to utilize in order of priority. Arahan Khas: Sila nyatakan Nombor Polisi / manfaat perlindungan yang dituntut dahulu mengikut keutamaan.					
1. 2. 3. Remarks (if any): Kenyataan (jika ada):					

F. ii : Requirement List / Senarai Semakan

- Submit the relevant documents based on requirement list/ Mengemukakan dokumen - dokumen yang berkaitan berdasarkan senarai semakan.
- Fill up original receipts submitted according to receipt date/ Mengisi resit asal yang dikemukakan mengikut kepada tarikh penerimaan.

Note: Guide to fill up Requirement List is available at Page 10-19. / Rujuk Garis Panduan untuk mengisi Senarai Semakan di Muka Surat 10-19.



For **death abroad**, additional document is required. Please refer to requirement list no.28.

*Cost of translation shall be borne by the claimant.

Untuk **kematian di luar negara**, dokumen tambahan adalah diperlukan. Sila rujuk kepada senarai semakan no.28.

*Kos terjemahan haruslah ditanggung oleh penuntut



Special Instruction: Please let us know which Policy Number / Benefit to utilize in order of priority.

Arahan Khas: Sila bagitahu kami Nombor Polisi / Manfaat Perlindungan yang dituntut dahulu mengikut keutamaan.

PART 6: STATEMENT OF DECLARATION
BAHAGIAN 6: KENYATAAN PENGAKUAN

- I/We hereby declare that I/We am/are authorised to make this claim and the information provided in this form is true and that the insured life of the claims concerned in this form ("Insured Life") has not suffered from any pre-existing condition at the time this policy was taken up. / Saya/Kami mengisytiharkan bahawa saya/kami adalah dibenarkan untuk membuat tuntutan ini dan maklumat yang diberikan di dalam borang ini adalah benar dan hayat yang diinsuranskan yang berkenaan dengan tuntutan dalam borang ini ("Hayat yang Diinsuranskan") tidak mengidap sebarang keadaan/penyakit sedia ada pada waktu polisi ini dikeluarkan.
- I/We hereby agree that PAMB shall be at the liberty to deny liability or recover any amounts paid, if any part of the information is incomplete, untrue or incorrect. / Saya/Kami bersetuju bahawa pihak PAMB berhak untuk menafikan liabiliti tuntutan atau meminta kembali amaun yang sudah dibayar, sekiranya terdapat apa-apa maklumat yang tidak lengkap/tidak benar/tidak betul.
- I/We understand and agree to the following Data Privacy Declaration: / Saya/Kami memahami dan bersetuju kepada Pengakuan Data Peribadi berikut:
 - any personal data collected or held by PAMB (whether given now or subsequently to PAMB) can be processed and used to process this application, data matching, fraud detection and prevention, discharging PAMB's duties as an insurer, and communicating with me/us for any of these purposes ("Purposes"); sebarang data peribadi yang dikumpul dan dipegang oleh PAMB (sama ada yang diberikan sekarang atau pada masa hadapan kepada PAMB) boleh diproses dan digunakan untuk memproses permohonan ini, pemadanan data, mengesan dan mencegah fraud, melaksanakan tugas-tugas PAMB sebagai syarikat insurans, dan berkomunikasi dengan saya/kami untuk mana-mana tujuan disebut di atas ("Tujuan-Tujuan").
 - To achieve these Purposes, PAMB (and any third party appointed by PAMB) can transfer and disclose to third parties such as reinsurers, claims investigator companies, other insurers, industry associations, hospitals, clinics, doctors, PAMB's intermediaries, individuals or entities within PAMB and Prudential plc's group of companies, and other third party service providers PAMB has appointed. As some of these third parties are not located in Malaysia, PAMB can transfer the personal data to places outside of Malaysia; / Bagi mencapai Tujuan-Tujuan di atas, PAMB (dan mana-mana pihak ketiga yang dilantik oleh PAMB) boleh memindahkan dan mendedahkan data peribadi kepada pihak-pihak ketiga seperti penanggung insurans, syarikat siasatan tuntutan, syarikat insurans lain, persatuan berkaitan dengan industri insurans, hospital, klinik, doktor, pihak pengantara bagi PAMB, individu atau entiti dalam PAMB, kumpulan syarikat bagi PAMB dan Prudential plc, dan juga pemberi perkhidmatan pihak ketiga lain yang telah dilantik oleh PAMB. Oleh sebab sesetengah pihak-pihak ketiga ini tidak terletak di dalam Malaysia, PAMB boleh memindahkan data peribadi tersebut ke tempat-tempat di luar Malaysia.
 - I/We understand that I/We have a right to get access and request for correction of any personal data held by PAMB. Such requests can be made at PAMB's Customer Service Centre; / Saya/Kami faham bahawa saya/kami mempunyai hak untuk akses dan memohon pembetulan dibuat ke atas mana-mana data peribadi yang dipegang oleh PAMB. Permohonan tersebut boleh dibuat di Pusat Perkhidmatan Pelanggan PAMB;
 - This Data Privacy Declaration can be revised from time to time, of which the notice of any such revision can be given on PAMB's corporate website or by such other means of communication deemed suitable by PAMB. / Pengakuan Data Peribadi ini boleh diubah dari semasa ke semasa, yang mana notis untuk sebarang perubahan boleh diberi melalui laman sesawang korporat PAMB atau mana-mana cara komunikasi yang PAMB anggap sesuai.
- PAMB is authorised by me/us and the Insured Life to ask for medical information from any doctor, medical specialised, hospital or clinic that has any records or knowledge of the Insured Life's health and to gather information from any person (includes an individual, any company, society, insurer, organisation, institution) on any relevant information to do with the Insured Life. A copy of this authorisation will be as valid as the original and be legally binding to anyone who takes over any of my/our rights, as well as the rights of the Insured Life. / PAMB telah diberi kuasa oleh Saya/Kami dan hayat yang diinsuranskan untuk mendapatkan maklumat perubahan daripada mana-mana doktor, pakar perubatan, hospital atau klinik yang mempunyai rekod atau pengetahuan tentang kesihatan dan mengumpulkan maklumat daripada sesiapa (termasuk individu, syarikat, masyarakat, penanggung insurans, organisasi, institusi) atau mengenai apa-apa maklumat berkaitan dengan hayat yang diinsuranskan. Salinan kebenaran ini akan sah seperti yang asal dan di sisi undang-undang kepada sesiapa yang mengambil alih mana-mana hak Saya/Kami, serta hak-hak hayat yang diinsuranskan.
- In relation to the personal data relating to another individual ("Data Subject"), I/We represent and warrant that: / Berhubung dengan data peribadi berkaitan dengan individu yang lain ("Subjek Data"), Saya/Kami membuat representasi dan menjamin bahawa:
 - I/We have obtained the Data Subject's consent to provide the personal data to PAMB; and / Saya/Kami telah mendapatkan persetujuan daripada Subjek Data tersebut untuk memberi data peribadi kepada PAMB; dan
 - I/We have informed the Data Subject about the Data Privacy Declaration and the Data Subject understood and has agreed and authorised PAMB to process, use, disclose and transfer the personal data in accordance with the Data Privacy Declaration. / Saya/Kami telah maklumkan Subjek Data mengenai Pengakuan Data Peribadi dan Subjek Data faham dan bersetuju serta memberi kebenaran kepada PAMB untuk memproses, menggunakan, mendedahkan, dan memindahkan data peribadi mengikut Pengakuan Data Peribadi.
- I/We understand and agree that unless a longer period of document retention is required by law or PAMB's internal policies, PAMB will only retain the original physical documents submitted to PAMB for 6 months from the date PAMB received that document. PAMB shall not be held liable for disposal of such documents. Therefore, if I/We want the original physical document to be returned, I/We will have to submit the request to PAMB in the form PAMB decides within 3 months from the date PAMB first received that document. / Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa melainkan undang-undang atau polisi dalaman PAMB memerlukan tempoh penyimpanan dokumen yang lebih lama, PAMB hanya akan menyimpan dokumen fizikal asal yang diberi kepada PAMB untuk tempoh 6 bulan dari tarikh PAMB menerima dokumen tersebut. PAMB tidak akan bertanggungjawab atas kepupusan dokumen tersebut. Oleh itu, jika saya/kami ingin dokumen asal dikembalikan, saya/kami perlu memohon kepada PAMB melalui bentuk permohonan yang ditentukan oleh PAMB dalam masa 3 bulan dari tarikh pertama PAMB menerima dokumen tersebut.

Authorization for Medical Report Collection

Pemberian Kuasa Untuk Mengambil Laporan Perubatan

I/We hereby authorized _____ (IC No: _____) to collect my/our medical report on my/our behalf/belhalves and then to submit the medical report to PAMB. I/We shall not hold PAMB accountable or liable in any way for any unauthorized access to or disclosure of, the information in the medical report, or for any unauthorized act relating to such information, conducted by the earlier-named person. / Saya/Kami dengan ini mengizinkan _____ (IC No. _____) untuk mengambil laporan perubatan bagi pihak saya/kami dan kemudiannya menghantarkan laporan perubatan tersebut kepada PAMB. Saya/Kami tidak akan memegang PAMB bertanggung jawab atau menanggung apa liabiliti pun dalam apa jua bentuk terhadap akses kepada atau pendedahan secara tidak sah atau tanpa apa-apa kebenaran, bagi maklumat dalam laporan perubatan saya, atau untuk setiap tindakan tidak sah atau tanpa kebenaran yang berkaitan dengan maklumat tersebut, oleh orang yang dinamakan di atas.

Name: _____
 Nama: _____
 NRIC / Passport No. : _____
 No. KP / Pasport: _____

Signature of Assured or Assignee / Tandatangan Pemunya Polisi atau Penerima Hak

*If assured/assignee is entity, kindly include entity stamp with name and designation of the authorised person signatory.

*Jika/ kalau syarikat, sila turunkan cop syarikat disertakan nama dan jawatan pegawai syarikat.

(If other than Assured or Assignee) / (Sekiranya bukan Pemunya Polisi atau Penerima Hak)

Name: _____
 Nama: _____
 NRIC / Passport No.: _____
 No. KP / Pasport: _____

Signature of Claimant A
 Tandatangan Pihak Penuntut A

Name: _____
 Nama: _____
 NRIC / Passport No.: _____
 No. KP / Pasport: _____

Signature of Claimant B
 Tandatangan Pihak Penuntut B

Name: _____
 Nama: _____
 NRIC / Passport No.: _____
 No. KP / Pasport: _____

Signature of Claimant C
 Tandatangan Pihak Penuntut C

Name: _____
 Nama: _____
 NRIC / Passport No.: _____
 No. KP / Pasport: _____

Signature of Claimant D
 Tandatangan Pihak Penuntut D

G. PART 6: Statement of Declaration / Bahagian 6: Kenyataan Pengakuan

- Please read and sign upon agreed with the Statement of Declaration in Part 6./ Sila baca dan tandatangani yang dipersetujui dengan Kenyataan Pengakuan di Bahagian 6.

Fast Facts

If Assured / Assignee is entity, please include **Entity stamp** with name and designation of the authorised person signatory.

Jikalau Syarikat, sila turunkan **cop Syarikat** disertakan nama dan jawatan pegawai syarikat.

H. Authorization for Medical Report Collection /Pemberian Kuasa untuk Mengambil Laporan Perubatan

- If claimant wish like to authorize agent / 3rd party person to collect medical report from Hospital, Clinic etc, please fill in the name and NRIC No. of the authorized personnel. / Sekiranya Pihak Penuntut ingin memberi kuasa kepada ejen / orang lain untuk mengumpul laporan perubatan dari hospital, klinik, dan lain-lain. Sila isikan nama, No K/P orang yang diarahkan.

I. PART 7: Statement of Witness / Bahagian 7: Kenyataan Saksi

- To be duly signed and completed by witness./ Untuk disempurnakan dengan tandatangan saksi.

Instruction: To be completed in DARK BLACK ink only and tick the boxes as appropriate.
Arahan: Sila isi dengan menggunakan dakwat HITAM GELAP sahaja dan tandakan dalam petak yang berkenaan.

Proposal/Policy Number/ Nombor Cadangan/Polisi

1. 2. 3.
4. 5. 6.

Application Date/ Tarikh Permohonan

Proposer/Assured's Name/ Nama Pencadang/Pemunya Polisi

Life Assured's Name/ Nama Hayat Yang Dilnsurankan

Agent/Bank/Prudential Assurance Malaysia Berhad Representative's Code/
Kod Ejen/Wakil Bank/Prudential Assurance Malaysia Berhad

Agent/Bank/Prudential Assurance Malaysia Berhad Representative's Name/

Agent/Bank/Prudential Assurance Malaysia Berhad Representative's Contact Number/

Important Notes/ Nota Penting:

- This application for Direct Credit Facility ("applicant that participates in the Interbank GIRO (IBG) payee dibenarkan untuk akaun bank yang sah dengan sebuah GIRO Antara Bank (IBG) ("Akaun").
- Prudential Assurance Malaysia Berhad ("PAMB") is discretion. The Payee will be informed in writi meluaskan permohonan ini untuk membenarkan dimaklumkan secara bertulis sekiranya PAMB n
- In this form, "Payee" is referring to the proposer/ pursuant to the Proposal and Policy./ Dalam borang dan Polisi, atau seorang individu yang berhak untuk men
- Please complete the Direct Credit section for arrangement bank account. PAMB will pay all these payouts into digital service or product, such as DuitNow to pay the pay the monies to the payee within a year from the PAMB is required to lodge the unclaimed monies semua urusan pembayaran daripada polisi-polisi yang i pembayaran ke dalam bank akaun penerima yang t bergantung kepada perkhidmatan atau produk digital produk tersebut boleh digunakan. Jika PAMB tidak dop wang akan dianggap sebagai wang tidak dituntut. Ma

PART 1: BANK ACCOUNT DETAILS (as appeared in th BAHAGIAN 1: BUTIRAN AKAUN BANK (seperti yang

Bank Name/ Nama Bank	<input type="text"/>
Account No./ No. Akaun Bank	<input type="text"/>
NRIC No. (New)/NRIC No. (Old)/ No.K/P (Baru)/No.K/P (Lama)	<input type="text"/>

PART 2: STATEMENT OF DECLARATION / BAHAGIA

In consideration of PAMB approving this application, PAMB membenarkan permohonan ini, saya/kami, yang ma

- PAMB shall pay and credit the relevant monies payat mengkreditkan wang yang relevan yang boleh dibayar m
- PAMB shall continue to pay/credit the Monies into the given to PAMB pursuant to this application or PAMB ap month before the next payment date./ PAMB akan teru, arahan bertulis daripada Penerima untuk menarik balik i untuk mengubah butiran Akaun diberikan dalam permoh

3. PAMB shall not be held liable for any losses that I/we may suffer or have suffered, whether directly or indirectly, if for any reason PAMB is unable or delayed to pay and credit the Monies into the Account through no fault of PAMB, including but not limited to, the payment being rejected by the financial institution due to incorrect Account details./ PAMB tidak bertanggungjawab terhadap sebarang kerugian yang mungkin saya/kami tanggung atau telah tanggung, sama ada secara langsung atau tidak langsung, jika untuk sebarang sebab PAMB tidak dapat atau lewat membayar dan mengkreditkan Wang tersebut ke dalam Akaun atas sebab bukan salah PAMB, termasuk tetapi tidak terhad kepada bayaran ditolak oleh institusi kewangan kerana butiran Akaun yang tidak betul;

4. I/we agree to immediately refund to PAMB in full the Monies which is paid by mistake or which I/we am/are not entitled to receive./ Saya/kami bersetuju untuk membayar balik dengan serta-merta dan secara penuh Wang tersebut yang telah tersalah bayar atau wang yang saya/kami tidak ada hak untuk menerimanya;

5. PAMB is kept harmless and fully indemnified against any and all actions, claims, proceedings, costs (including legal costs on solicitor and client basis) and damages, including any compensation paid by PAMB to settle such claim, that may howsoever arise from or be incidental to my/our instruction pursuant to this application. This authorization and indemnity contained in this application shall be binding upon my/our respective successors-in-title, executors, administrators, personal representatives and/or heirs; and/ PAMB dilindungi dan dilepaskan secara sepenuhnya daripada sebarang dan semua tindakan, tuntutan, prosiding, kos (termasuk kos perundangan atas dasar penguacara dan pelanggan) serta kerugian, termasuk sebarang pampasan dibayar oleh PAMB untuk menyelesaikan tuntutan sedemikian, yang mungkin timbul dalam apa cara sekalipun daripada atau berkaitan dengan arahan saya/kami menurut permohonan ini. Pemberian kuasa dan tanggung rugi ini adalah mengikat ke atas pengganti hak milik, wasi, pentadbir dan wakil peribadi serta/atau waris saya/kami; dan

6. I/we understand and agree to the following Data Privacy Declaration./ Saya/kami faham dan bersetuju kepada Pengakuan Data Peribadi berikut:

- Any personal data collected or held by PAMB (whether given now or subsequently to PAMB) can be processed and used to process this application, for data matching, fraud detection and prevention, discharging PAMB's duties as an insurer, updating PAMB's records, marketing and promotion of other financial products and services by PAMB, group of companies of PAMB and Prudential plc, as well as communicating with me/us for any of these purposes ("Purposes"); Sebarang data peribadi yang dikumpul dan dipegang oleh PAMB (sama ada yang diberikan sekarang atau pada masa hadapan kepada PAMB) boleh diproses dan digunakan untuk memproses permohonan ini, pemadanan data, mengesan dan mencegah frod, melaksanakan tugas-tugas PAMB sebagai syarikat insurans, mengemaskini rekod PAMB, pemasaran dan promosi produk dan perkhidmatan kewangan lain oleh PAMB, kumpulan syarikat bagi PAMB dan Prudential plc, serta berkomunikasi dengan saya/kami untuk mana-mana tujuan disebut di atas ("Tujuan-Tujuan");
- To achieve these Purposes, PAMB (and any third party appointed by PAMB) can transfer and disclose the personal data to third parties such as financial institutions, reinsurers, claims investigator companies, other insurers, industry associations, PAMB's intermediaries, individuals or entities within PAMB, group of companies of PAMB and Prudential plcs, as well as other third party service providers PAMB has appointed. As some of these third parties are not located in Malaysia, PAMB can transfer the personal data to places outside of Malaysia./ Bagi mencapai Tujuan-Tujuan di atas, PAMB (dan mana-mana pihak ketiga yang dilantik oleh PAMB) boleh memindah dan mendedahkan data peribadi kepada pihak-pihak ketiga seperti institusi kewangan, penanggung insurans semula, syarikat siasatan tuntutan, syarikat insurans lain, persatuan berkaitan dengan industri insurans, pihak pengantara bagi PAMB, individu atau entiti dalam PAMB, kumpulan syarikat bagi PAMB dan Prudential plc, dan juga pemberi perkhidmatan pihak ketiga lain yang telah dilantik oleh PAMB. Oleh sebab sesetengah pihak-pihak ketiga ini tidak terletak di dalam Malaysia, PAMB boleh memindahkan data peribadi tersebut ke tempat-tempat di luar Malaysia;
- I/we understand that I/we have a right to get access and request for correction of any personal data held by PAMB. Such requests can be made at PAMB's Customer Service Centre; and/ Saya/kami faham bahawa saya/kami mempunyai hak untuk akses dan memohon pembetulan dibuat ke atas mana-mana data peribadi yang dipegang oleh PAMB. Permohonan tersebut boleh dibuat di Pusat Perkhidmatan Pelanggan PAMB; dan
- This Data Privacy Declaration can be revised from time to time, of which the notice of any such revision can be given on PAMB's corporate website or by such other means of communication deemed suitable by PAMB./ Pengakuan Data Peribadi ini boleh diubah dari semasa ke semasa, yang mana notis untuk sebarang perubahan boleh diberi melalui laman korporat PAMB atau mana-mana cara komunikasi yang PAMB anggap sesuai.
- I/we understand and agree that unless a longer period of document retention is required by law or PAMB's internal policies, PAMB will only retain the original physical documents submitted to PAMB for 6 months from the date PAMB received that document. PAMB shall not be held liable for disposal of such documents. Therefore, if I/we want the original physical document to be returned, I/we will have to submit the request to PAMB in the form PAMB decides within 3 months from the date PAMB first received that document./ Saya/kami memahami dan bersetuju bahawa melainkan undang-undang atau polisi dalaman PAMB memerlukan tempoh penyimpanan dokumen yang lebih lama, PAMB hanya akan menyimpan dokumen fizikal asal yang diberi kepada PAMB untuk tempoh 6 bulan dari tarikh PAMB menerima dokumen tersebut. PAMB tidak akan bertanggungjawab atas pelupusan dokumen tersebut. Oleh itu, jika saya/kami ingin dokumen asal dikembalikan, saya/kami perlu memohon kepada PAMB melalui bentuk permohonan yang ditentukan oleh PAMB dalam masa 3 bulan dari tarikh pertama PAMB menerima dokumen tersebut.

Note: In the event of any ambiguity between the English and Bahasa Melayu version, the English version shall prevail and be given effect to.
Nota: Sekiranya terdapat ketidak-selarian antara versi Bahasa Inggeris dengan Bahasa Melayu, versi Bahasa Inggeris akan diutamakan dan dikuatkuasakan.

Signature of Applicant/ Tandatangan Pemohon
Name/ Nama:
NRIC/Passport No./ No. Kad Pengenalan/ Pasport:

PART 3: STATEMENT OF WITNESS / BAHAGIAN 3: KENYATAAN SAKSI

I hereby certify the above signature(s) was/were made in my presence./ Saya dengan ini mengesahkan bahawa tandatangan di atas dibuat di hadapan saya.

Note: The Witness must be at least 18 years of age and cannot be a named contingent assured/named nominee/trustee.
Nota: Saksi mestilah berumur 18 tahun ke atas dan bukan Pemilik Kontingen/Penama/Pemegang Amanah yang telah dilantik.

Signature of Witness/ Tandatangan Saksi
Witness's Name/ Nama Saksi:
NRIC/Passport No./ No. Kad Pengenalan/ Pasport:

J. Application for Direct Credit / Permohonan Untuk Kredit Terus

- Complete the Application for Direct Credit with correct Bank and Identification details./ Lengkapkan Permohonan Untuk Kredit Terus dengan butiran Bank dan Pengenalan yang betul.
- *For Group Life policy, please affix applicant's company stamp in Part 2: Statement of Witness / *Untuk polisi kumpulan - Group Life, sila turunkan cap syarikat Pemohon di Bahagian 2: Kenyataan Pengakuan

Fast Facts

Application for Direct Credit: Only applicable to Claimant applying Direct Credit for the **FIRST TIME** or **updating bank account details.**

Permohonan Untuk Kredit Terus: Hanya kepada Penuntut yang menggunakan Kredit Terus untuk **KALI PERTAMA** atau **mengemaskini butiran akaun bank.**

Frequently Asked Questions / *Soalan Lazim*

1. Where can I obtain Claim Form for submission? / *Di mana saya boleh mendapatkan Borang Tuntutan untuk penyerahan?*

Answer: Claim Form is available at Corporate Website, RAISE and PRUpartner. Alternatively, you may obtain it at any of PAMB branches.

Jawapan: *Borang Tuntutan boleh didapati di Laman Web Korporat, RAISE dan PRUpartner. Alternatif, anda boleh mendapatkannya di mana-mana cawangan PAMB.*

2. If Claimant / Dependant more than 4 persons? Do I need to complete a new set of Claim Form? / *Sekiranya Penuntut / Tanggungan lebih daripada 4 orang? Adakah saya perlu melengkapkan satu set Borang Tuntutan baru?*

Answer: Yes. The 5th claimant / dependant may proceed to fill up a new claim form. However, Part 1, 4 and 5 to be waived.

Jawapan: *Ya. Penuntut / Tanggungan ke-5 boleh mengisi borang tuntutan baru. Namun begitu, Bahagian 1, 4 dan 5 boleh diketepikan.*

3. How to fill up Claim Checklist?/ *Bagaimana untuk mengisi Senarai Semakan Tuntutan?*

Answer: You may refer to Guide to fill up Claim Checklist available at Page 10 to 19.

Jawapan: *Anda boleh merujuk kepada Panduan untuk mengisi Senarai Semakan Tuntutan yang terdapat di Muka surat 10 hingga 19.*

4. What need to be submitted in order to speed up my claim?/ *Apa yang perlu dikemukakan untuk mempercepatkan tuntutan saya?*

Answer: Claim Form to be duly signed and completed. In addition, please ensure the following documents are submitted together with claim form:

- Claim Requirement Checklist (**Page 4 & 5 completed with all the receipts submitted and special instruction (if any)**).
- Application Direct Credit (**Applicable for FIRST TIME or updating of bank account details only**).
- All Claim Documents as per requirement checklist.

Jawapan: *Borang Tuntutan yang telah ditandatangani dan dilengkapi. Di samping itu, sila pastikan dokumen-dokumen berikut diserahkan bersama-sama dengan borang tuntutan:*

- *Senarai Semakan Tuntutan (Muka surat 4 & 5) lengkap dengan semua resit yang dikemukakan dan arahan khas (jika ada).*
- *Permohonan Untuk Kredit Terus (untuk permohonan PERTAMA KALI atau mengemas kini butiran akaun bank sahaja).*
- *Semua Dokumen-dokumen Tuntutan mengikut senarai semakan tuntutan.*

Guide to fill up Claim Checklist:/ Panduan untuk mengisi senarai tuntutan:

Example A:/ Contoh A:

Life Assured was admitted to Gleneagles Medical Centre on 23/10/2017 – 25/10/2017 due to **Dengue Fever**. He would like submit for allowance benefit. / Hayat yang Diinsuranskan telah dimasukkan ke Pusat Perubatan Gleneagles pada 23/10/2017 -25/10/2017 disebabkan oleh **Demam Denggi**. Dia ingin menghantar dokumen untuk manfaat elaun.

Part 1: Type of Claim - Tick (v) Hospitalization Benefit / Allowance

Bahagian 1: Jenis Tuntutan - Tandakan (v) Manfaat Hospital / Elaun

PART 1: TYPE OF CLAIM BAHAGIAN 1: JENIS TUNTUTAN	
Medical Perubatan Hospitalization / Day Care Surgery Rawatan Hospital / Pembedahan Harian <input type="checkbox"/> Hospitalization / Day Care Surgery Rawatan Hospital / Pembedahan Harian <input type="checkbox"/> Overseas treatment Rawatan di luar negara <input type="checkbox"/> Partially settled by other insurers Dibiayai sebahagiannya oleh penanggung insurans lain	Total and Permanent Disability / Terminal Illness Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal / Penyakit Maut <input type="checkbox"/> Total and Permanent Disability / Terminal Illness Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal / Penyakit Maut Temporary Total Disability Hilang Upaya Menyeluruh Sementara <input type="checkbox"/> Temporary Total Disability Hilang Upaya Menyeluruh Sementara
Outpatient Treatment Rawatan Pesakit Luar <input type="checkbox"/> Pre & Post Hospitalization Rawatan Sebelum & Selepas Masuk Hospital <input type="checkbox"/> Outpatient Cancer & Kidney Dialysis Treatment Rawatan Kanser & Dialisis Buah Pinggang Pesakit luar <input type="checkbox"/> Emergency Treatment of Accidental Injury Rawatan Kecemasan untuk Kecelakaan Akibat Kemalangan <input type="checkbox"/> Home Nursing Care Manfaat Penjagaan oleh Jururawat di Rumah	Partial Permanent Disability Hilang Upaya Separa Kekal <input type="checkbox"/> Partial Permanent Disability due to Illness Hilang Upaya Separa Kekal akibat Penyakit <input type="checkbox"/> Partial Permanent Disability due to Accident Hilang Upaya Separa Kekal akibat Kemalangan Death Kematian <input type="checkbox"/> Death Kematian Others Lain-lain
Allowance Benefits Manfaat Elaun <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalization Benefit / Allowance Manfaat Hospital / Elaun	

Part 5: Claim Requirement Checklist - Tick (v) Hospitalization Benefit / Allowance

Bahagian 5: Senarai Semakan Tuntutan -Tandakan (v) Manfaat Hospital / Elaun

CLAIM TYPE JENIS TUNTUTAN	Requirement List No. (Refer to Page 5) No.Senarai Semakan (Rujuk kepada mukasurat 5)							
Hospitalization / Day Care Surgery/ Rawatan Hospital / Pembedahan Harian								
<input type="checkbox"/> Hospitalization / Day Care Surgery/ Rawatan Hospital / Pembedahan Harian	1a	3	4	6	12	13	17	
<input type="checkbox"/> Overseas treatment/ Rawatan di luar negara	1a	3	4	6	10	11	17	
<input type="checkbox"/> Partially settled by other insurers/ Dibiayai sebahagiannya oleh penanggung insurans lain	1a	4	5	6	9	17		
Outpatient Treatment Benefit/ Perubatan Pesakit Luar								
<input type="checkbox"/> Pre & Post Hospitalization/ Rawatan Sebelum & Selepas Masuk Hospital	3	4	10	11	17			
<input type="checkbox"/> Outpatient Cancer & Kidney Dialysis Treatment/ Rawatan Kanser & Dialisis Buah Pinggang Pesakit luar	3	4	6	10	11	17		
<input type="checkbox"/> Emergency Treatment of Accidental Injury/ Rawatan Kecemasan untuk Kecelakaan Akibat Kemalangan	2	3	4	10	11	12	13	17
<input type="checkbox"/> Home Nursing Care/ Manfaat Penjagaan oleh Jururawat di Rumah	3	4	10	17	23	24	25	
Allowance Benefit/ Manfaat Elaun								
<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalization Benefit / Allowance/ Manfaat Hospital / Elaun	1a	5	17					

Refer to Requirement list in Page 5 of Claim Form. Documents to submit are:

Rujuk kepada Senarai Semakan seperti di muka surat 5 di Borang Tuntutan. Dokumen-dokumen yang dikehendaki adalah:

Requirement List Senarai Semakan	
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Doctor's Statement/ <i>Kenyataan Doktor yang merawat:</i> (a) Medical Claim/ Tuntutan Perubatan [Doc ID 11601007] (b) Personal Accident Claim/ <i>Tuntutan Kemalangan Peribadi [Doc ID 11601004]</i> (c) Critical Illness (Please refer to Confidential Medical Certificate Reference List for covered condition)/ <i>Penyakit Kritikal (Sila rujuk Senarai Rujukan Sijil Pemeriksa Perubatan untuk penyakit yang dilindungi)</i> (d) Total & Permanent Disability Claim/ <i>Tuntutan Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal [Doc ID 11601013]</i> (e) Death Claim/ <i>Tuntutan Kematian [Doc ID 11601010]</i>	<input type="checkbox"/> 12. Copy of driving license (for road traffic accident)/ <i>Salinan lesen memandu (untuk kemalangan jalan raya)</i> <input type="checkbox"/> 13. Copy of police report (where applicable)/ <i>Salinan laporan polis (jika berkenaan)</i> <input type="checkbox"/> 14. Police detailed investigation report/ <i>Laporan siasatan polis</i> <input type="checkbox"/> 15. Post mortem report / autopsy/ <i>Laporan bedah siasat awal / autopsi</i> <input type="checkbox"/> 16. Toxicology report/ <i>Laporan toksikologi</i> <input checked="" type="checkbox"/> 17. Copy of Life Assured or Claimant 's NRIC or passport/ Salinan kad pengenalan atau pasport hayat yang diinsuranskan atau penuntut <input type="checkbox"/> 18. Copy of Birth Certificate/ <i>Salinan Sijil Kelahiran</i> <input type="checkbox"/> 19. Certified True Copy of Death Certificate by PAMB Branch Executive/ BDE/ RDM/Bank Branch Manager/ <i>Salinan Sijil Kematian yang disahkan benar oleh eksekutif PAMB/BDE/RDM/ Pengurus Cawangan Bank</i> <input type="checkbox"/> 20. Proof of relationship/ <i>Bukti hubungan</i> <input type="checkbox"/> 21. Copy of letter medically boarded out from employer (where applicable)/ <i>Salinan surat persaraan atas alasan kesihatan daripada majikan (jika berkenaan)</i> <input type="checkbox"/> 22. Copy of confirmation letter from SOCSO (where applicable)/ <i>Salinan surat pernyataan dari PERKESO (jika berkenaan)</i> <input type="checkbox"/> 23. Recommendation letter from treating doctor for home nursing care/ <i>Surat cadangan daripada doktor menyatakan keperluan untuk bantuan penjagaan oleh jururawat di rumah</i> <input type="checkbox"/> 24. Copy of nursing qualifications certificate of the nurses/ <i>Salinan sijil kejururawatan bagi mengesahkan kelayakan jururawat</i> <input type="checkbox"/> 25. Breakdown charges detailing the time and period of the home nursing care services rendered per day/ <i>Caj terperinci menunjukkan masa dan tempoh penjagaan oleh jururawat pada setiap hari</i> <input type="checkbox"/> 26. Termination Letter from employer due to downsizing/ medical reason / <i>Surat Pemberhentian Kerja dari majikan disebabkan oleh pengurangan pekerja / alasan perubatan</i> <input type="checkbox"/> 27. Offer Letter from the employer when joining the company / <i>Surat Tawaran Kerja dari majikan ketika mula bekerja</i> <input type="checkbox"/> 28. For death abroad: Report of death abroad from National Registration Department & Malaysian Embassy in country where death occurred, proof of transportation corpse to Malaysia translated to English by a certified translator/ <i>Untuk kematian di luar negara: Laporan kematian luar negara dari Jabatan Pendaftaran Negara & Kedutaan Malaysia di negara kematian berlaku, bukti penghantaran mayat kembali ke Malaysia diterjemahkan ke Bahasa Inggeris oleh penterjemah sah.</i>
<input type="checkbox"/> 2. Accident date, circumstances of accident, extent of injuries and treatment details certified by the treating doctor on the receipt(s)/ <i>Tarikh dan punca kemalangan, kecederaan dan rawatan yang disahkan oleh doktor yang merawat</i>	
<input type="checkbox"/> 3. Original final bills / tax invoices with itemized breakdown details/ <i>Bil-bil / invois terperinci dengan penyata asal</i>	
<input type="checkbox"/> 4. Original receipts including deposit receipt [Please complete List of Original Receipt]/ <i>Resit-resit asal termasuk deposit [Sila lengkapkan Senarai Resit Asal]</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> 5. Copy of admission final bills / tax invoices with itemized breakdown details/ Salinan bil-bil / invois terperinci dengan penyata	
<input type="checkbox"/> 6. Copy of tests results: Histopathology, X-ray, MRI, CT scan, ultrasound, blood test, visual acuity, audiogram report and all other lab test report/ <i>Salinan laporan ujian: Histopatologi, sinar-X, MRI, CT, ultrasound, ujian darah, visual acuity, audiogram, dan lain-lain ujian makmal</i>	
<input type="checkbox"/> 7. Medical certificate/ <i>Sijil perubatan</i>	
<input type="checkbox"/> 8. Photograph showing injury / amputation for one full body and one showing the affected body part (where applicable)/ <i>Gambar asal menunjukkan kecederaan seluruh badan dan satu gambar menunjukkan anggota yang cedera (jika berkenaan)</i>	
<input type="checkbox"/> 9. Copy of settlement letter from other insurers/ <i>Salinan surat pernyataan dari penanggung insurans lain</i>	
<input type="checkbox"/> 10. Medical report and medical bills translated in English (for overseas treatment)/ <i>Laporan perubatan dan bil-bil diterjemahkan dalam Bahasa Inggeris (untuk rawatan di luar negara)</i>	
<input type="checkbox"/> 11. Copy of passport indicating evidence of travel (for overseas treatment)/ <i>Salinan pasport yang menunjukkan bukti perjalanan (untuk rawatan di luar negara)</i>	

➤ 1a – Medical Claim / *Tuntutan Perubatan [Doc ID 11601007]*

➤ 5 – Copy of admission final bills / tax invoices with itemized breakdown details/ *Salinan bil-bil / invois terperinci dengan penyata.*

➤ 17 – Copy of Life Assured or Claimant 's NRIC or passport/ *Salinan kad pengenalan atau pasport hayat yang diinsuranskan atau penuntut*

➤ List down all the receipts submitted according to receipt date./ *Senaraikan semua resit-resit asal yang dikemukakan mengikut susunan tarikh resit*

Example B:/ Contoh B:

Policy type: Group Life / Jenis polisi: Group Life

Claimant: Life Assured's Spouse and Child / Penuntut: Isteri dan Anak kepada Hayat Yang Diinsuranskan

Claim type: Pre & Post Hospitalization / Jenis Tuntutan: Rawatan Sebelum & Selepas Masuk Hospital

Part 1: Type of Claim - Tick (v) Pre & Post Hospitalization

Bahagian 1: Jenis Tuntutan - Tandakan (v) Rawatan Sebelum & Selepas Masuk Hospital

PART 1: TYPE OF CLAIM BAHAGIAN 1: JENIS TUNTUTAN	
Medical Perubatan Hospitalization / Day Care Surgery Rawatan Hospital / Pembedahan Harian <input type="checkbox"/> Hospitalization / Day Care Surgery Rawatan Hospital / Pembedahan Harian <input type="checkbox"/> Overseas treatment Rawatan di luar negara <input type="checkbox"/> Partially settled by other insurers Dibiayai sebahagiannya oleh penanggung insurans lain	Total and Permanent Disability / Terminal Illness Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal / Penyakit Maut <input type="checkbox"/> Total and Permanent Disability / Terminal Illness Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal / Penyakit Maut Temporary Total Disability Hilang Upaya Menyeluruh Sementara <input type="checkbox"/> Temporary Total Disability Hilang Upaya Menyeluruh Sementara
Outpatient Treatment Rawatan Pesakit Luar <input checked="" type="checkbox"/> Pre & Post Hospitalization Rawatan Sebelum & Selepas Masuk Hospital <input type="checkbox"/> Emergency Treatment of Accidental Injury Rawatan Kecemasan untuk Kecederaan Akibat Kemalangan <input type="checkbox"/> Outpatient Cancer & Kidney Dialysis Treatment <input type="checkbox"/> Home Nursing Care Manfaat Penjagaan oleh	Partial Permanent Disability Hilang Upaya Separa Kekal <input type="checkbox"/> Partial Permanent Disability due to Illness Hilang Upaya Separa Kekal akibat Penyakit <input type="checkbox"/> Partial Permanent Disability due to Accident Hilang Upaya Separa Kekal akibat Kemalangan

Part 3: Claimant's Details / Dependant's Details - To complete Dependant's details

Bahagian 3: Maklumat Penuntut / Maklumat Tanggungan - Isi Maklumat Tanggungan

PART 3: CLAIMANT'S DETAILS (IF OTHER THAN LIFE ASSURED) / DEPENDANT'S DETAILS (FOR GROUP LIFE POLICY) BAHAGIAN 3: MAKLUMAT PENUNTUT (SEKIRANYA BUKAN HAYAT YANG DIINSURANSKAN) / MAKLUMAT TANGGUNGAN (UNTUK GROUP LIFE POLISI)				
CLAIMANT'S DETAILS MAKLUMAT PENUNTUT	Claimant A Penuntut A	Claimant B Penuntut B	Claimant C Penuntut C	Claimant D Penuntut D
Name Nama				
NRIC/Old IC/Passport/Other KP baru/Lama/Pasport/Lain-lain				
Correspondence Address Alamat Surat-Menyurat				
Contact Number Nombor Telefon				
Relationship to Life Assured Hubungan dengan Hayat yang Diinsuranskan				

Part 5: Claim Requirement Checklist - Tick (v) Pre & Post Hospitalization

Bahagian 5: Senarai Semakan Tuntutan -Tandakan (v) Rawatan Sebelum & Selepas Masuk Hospital

Outpatient Treatment Benefit/ Perubatan Pesakit Luar									
<input checked="" type="checkbox"/> Pre & Post Hospitalization/ Rawatan Sebelum & Selepas Masuk Hospital	3	4	10	11	17				

Refer to Requirement list in Page 5 of Claim Form. Documents to submit are:

Rujuk kepada Senarai Semakan seperti di muka surat 5 di Borang Tuntutan. Dokumen-dokumen yang dikehendaki adalah:

Requirement List Senarai Semakan	
<input type="checkbox"/> 1. Doctor's Statement-/ <i>Kenyataan Doktor yang merawat:</i> (a) Medical Claim/ <i>Tuntutan Perubatan</i> [Doc ID 11601007] (b) Personal Accident Claim/ <i>Tuntutan Kemalangan Peribadi</i> [Doc ID 11601004] (c) Critical Illness (Please refer to Confidential Medical Certificate Reference List for covered condition)/ <i>Penyakit Kritikal (Sila rujuk Senarai Rujukan Sijil Pemeriksa Perubatan untuk penyakit yang dilindungi)</i> (d) Total & Permanent Disability Claim/ <i>Tuntutan Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal</i> [Doc ID 11601013] (e) Death Claim/ <i>Tuntutan Kematian</i> [Doc ID 11601010]	<input type="checkbox"/> 12. Copy of driving license (for road traffic accident)/ <i>Salinan lesen memandu (untuk kemalangan jalan raya)</i> <input type="checkbox"/> 13. Copy of police report (where applicable)/ <i>Salinan laporan polis (jika berkenaan)</i> <input type="checkbox"/> 14. Police detailed investigation report/ <i>Laporan siasatan polis</i> <input type="checkbox"/> 15. Post mortem report / autopsy/ <i>Laporan bedah siasat awal / autopsi</i> <input type="checkbox"/> 16. Toxicology report/ <i>Laporan toksikologi</i> <input checked="" type="checkbox"/> 17. Copy of Life Assured or Claimant 's NRIC or passport/ <i>Salinan kad pengenalan atau pasport hayat yang diinsuranskan atau penuntut</i> <input type="checkbox"/> 18. Copy of Birth Certificate/ <i>Salinan Sijil Kelahiran</i> <input type="checkbox"/> 19. Certified True Copy of Death Certificate by PAMB Branch Executive/ BDE/ RDM/Bank Branch Manager/ <i>Salinan Sijil Kematian yang disahkan benar oleh eksekutif PAMB/BDE/RDM/ Pengurus Cawangan Bank</i> <input type="checkbox"/> 20. Proof of relationship/ <i>Bukti hubungan</i> <input type="checkbox"/> 21. Copy of letter medically boarded out from employer (where applicable)/ <i>Salinan surat persaraan atas alasan kesihatan daripada majikan (jika berkenaan)</i> <input type="checkbox"/> 22. Copy of confirmation letter from SOCSO (where applicable)/ <i>Salinan surat pernyataan dari PERKESO (jika berkenaan)</i> <input type="checkbox"/> 23. Recommendation letter from treating doctor for home nursing care/ <i>Surat cadangan daripada doktor menyatakan keperluan untuk bantuan penjagaan oleh jururawat di rumah</i> <input type="checkbox"/> 24. Copy of nursing qualifications certificate of the nurses/ <i>Salinan sijil kejururawatan bagi mengesahkan kelayakan jururawat</i> <input type="checkbox"/> 25. Breakdown charges detailing the time and period of the home nursing care services rendered per day/ <i>Caj terperinci menunjukkan masa dan tempoh penjagaan oleh jururawat pada setiap hari</i> <input type="checkbox"/> 26. Termination Letter from employer due to downsizing/ medical reason / <i>Surat Pemberhentian Kerja dari majikan disebabkan oleh pengurangan pekerja / alasan perubatan</i> <input type="checkbox"/> 27. Offer Letter from the employer when joining the company / <i>Surat Tawaran Kerja dari majikan ketika mula bekerja</i> <input type="checkbox"/> 28. For death abroad: Report of death abroad from National Registration Department & Malaysian Embassy in country where death occurred, proof of transportation corpse to Malaysia translated to English by a certified translator/ <i>Untuk kematian di luar negara: Laporan kematian luar negara dari Jabatan Pendaftaran Negara & Kedutaan Malaysia di negara kematian berlaku, bukti penghantaran mayat kembali ke Malaysia diterjemahkan ke Bahasa Inggeris oleh penterjemah sah.</i>
<input type="checkbox"/> 2. Accident date, circumstances of accident, extent of injuries and treatment details certified by the treating doctor on the receipt(s)/ <i>Tarikh dan punca kemalangan, kecederaan dan rawatan yang disahkan oleh doktor yang merawat</i> <input checked="" type="checkbox"/> 3. Original final bills / tax invoices with itemized breakdown details/ <i>Bil-bil / invois terperinci dengan penyata asal</i> <input checked="" type="checkbox"/> 4. Original receipts including deposit receipt [Please complete List of Original Receipt]/ <i>Resit-resit asal termasuk deposit [Sila lengkapkan Senarai Resit Asal]</i> <input type="checkbox"/> 5. Copy of admission final bills / tax invoices with itemized breakdown details/ <i>Salinan bil-bil / invois terperinci dengan penyata</i> <input type="checkbox"/> 6. Copy of tests results: Histopathology, X-ray, MRI, CT scan, ultrasound, blood test, visual acuity, audiogram report and all other lab test report/ <i>Salinan laporan ujian: Histopatologi, sinar-X, MRI, CT, ultrasound, ujian darah, visual acuity, audiogram, dan lain-lain ujian makmal</i> <input type="checkbox"/> 7. Medical certificate/ <i>Sijil perubatan</i> <input type="checkbox"/> 8. Photograph showing injury / amputation for one full body and one showing the affected body part (where applicable)/ <i>Gambar asal menunjukkan kecederaan seluruh badan dan satu gambar menunjukkan anggota yang cedera (jika berkenaan)</i> <input type="checkbox"/> 9. Copy of settlement letter from other insurers/ <i>Salinan surat pernyataan dari penanggung insurans lain</i> <input type="checkbox"/> 10. Medical report and medical bills translated in English (for overseas treatment)/ <i>Laporan perubatan dan bil-bil diterjemahkan dalam Bahasa Inggeris (untuk rawatan di luar negara)</i> <input type="checkbox"/> 11. Copy of passport indicating evidence of travel (for overseas treatment)/ <i>Salinan pasport yang menunjukkan bukti perjalanan (untuk rawatan di luar negara)</i>	

No. 10 & No.11: Only applicable for overseas treatment claim/ Untuk rawatan luar negara sahaja.

- 3 – Original final bills / tax invoices with itemized breakdown details/ *Bil-bil / invois terperinci dengan penyata asal*
- 4 – Original receipts including deposit receipt [Please complete List of Original Receipt]/ *Resit-resit asal termasuk deposit [Sila lengkapkan Senarai Resit Asal]*
- 17 – Copy of Life Assured or Claimant 's NRIC or passport/ *Salinan kad pengenalan atau pasport hayat yang diinsuranskan atau penuntut*

Example C:/ Contoh C:

Accident: 25/10/2017 / *Kemalangan: 25/10/2017*

Description: Accidental fall from stairs. / *Penerangan: Jatuh dari tangga*

Diagnosis: Laceration on right forehead, fracture right humerus. / *Diagnosis: Luka pada dahi kanan, patah humerus kanan.*

Date of admission: 25-27/10/2017 / *Tarikh kemasukan: 25-27/10/2017 (Gleneagles Medical Centre)*

Total eligible amount: RM12K / *Jumlah amount yang layak: RM12k*

1st RM5000: claim in AMR / *RM5000 pertama: tuntutan dalam AMR*

Balance RM7000: claim in medical plan./ *Baki RM7000: tuntutan dalam perubatan*

Part 1: Type of Claim - Tick (v) Hospitalization / Day Care Surgery
 - Tick (v) **Personal Accident – Accident Medical Reimbursement**

Bahagian 1: Jenis Tuntutan - Tandakan (v) Rawatan Hospital / Pembedahan Harian

- Tandakan (v) Kemalangan Peribadi - Bayaran Balik Perubatan Akibat Kemalangan

PART 1: TYPE OF CLAIM BAHAGIAN 1: JENIS TUNTUTAN	
Medical <i>Perubatan</i>	Total and Permanent Disability / Terminal Illness <i>Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal / Penyakit Maut</i>
Hospitalization / Day Care Surgery <i>Rawatan Hospital / Pembedahan Harian</i>	<input type="checkbox"/> Total and Permanent Disability / Terminal Illness <i>Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal / Penyakit Maut</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalization / Day Care Surgery <i>Rawatan Hospital / Pembedahan Harian</i>	Temporary Total Disability <i>Hilang Upaya Menyeluruh Sementara</i>
<input type="checkbox"/> Overseas treatment <i>Rawatan di luar negara</i>	<input type="checkbox"/> Temporary Total Disability <i>Hilang Upaya Menyeluruh Sementara</i>
<input type="checkbox"/> Partially settled by other insurers <i>Dibiayai sebahagiannya oleh penanggung insurans lain</i>	Partial Permanent Disability <i>Hilang Upaya Separa Kekal</i>
Outpatient Treatment <i>Rawatan Pesakit Luar</i>	<input type="checkbox"/> Partial Permanent Disability due to Illness <i>Hilang Upaya Separa Kekal akibat Penyakit</i>
<input type="checkbox"/> Pre & Post Hospitalization <i>Rawatan Sebelum & Selepas Masuk Hospital</i>	<input type="checkbox"/> Partial Permanent Disability due to Accident <i>Hilang Upaya Separa Kekal akibat Kemalangan</i>
<input type="checkbox"/> Emergency Treatment of Accidental Injury <i>Rawatan Kecemasan untuk Kecederaan Akibat Kemalangan</i>	Death <i>Kematian</i>
<input type="checkbox"/> Home Nursing Care <i>Manfaat Penjagaan oleh Jururawat di Rumah</i>	<input type="checkbox"/> Death <i>Kematian</i>
<input type="checkbox"/> Outpatient Cancer & Kidney Dialysis Treatment <i>Rawatan Kanser & Dialisis Buah Pinggang Pesakit luar</i>	Others <i>Lain-lain</i>
Allowance Benefits <i>Manfaat Elaun</i>	<input type="checkbox"/> Snatch Theft Benefit <i>Manfaat Ragut</i>
<input type="checkbox"/> Hospitalization Benefit / Allowance <i>Manfaat Hospital / Elaun</i>	<input type="checkbox"/> Accidental Dental Benefit <i>Manfaat Penyakit Berjangkit</i>
Personal Accident <i>Kemalangan Peribadi</i>	<input type="checkbox"/> Involuntary Unemployment Benefit <i>Manfaat Pengangguran Terpaksa</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Accident Medical Reimbursement <i>Bayaran Balik Perubatan Akibat Kemalangan</i>	
<input type="checkbox"/> Weekly Indemnity <i>Manfaat Pampasan Mingguan</i>	
<input type="checkbox"/> Accidental Disablement <i>Hilang Upaya Akibat Kemalangan</i>	

Part 5: Claim Requirement Checklist - Tick (✓) Hospitalization / Day Care Surgery

- Tick (✓) Personal Accident - Accident Medical Reimbursement

Bahagian 5: Senarai Semakan Tuntutan -Tandakan (✓) Rawatan Hospital – Kemalangan

- Tandakan (✓) Kemalangan Peribadi – Bayaran Balik Perubatan Akibat Kemalangan

PART 5: CLAIM REQUIREMENT CHECKLIST									
BAHAGIAN 5: SENARAI SEMAKAN TUNTUTAN									
NOTE: The following list serves as a guide for basic requirements. PAMB reserves the right to request or to view other relevant supporting document and information or the original of copied document whenever necessary. NOTA: Senarai berikut hanya sebagai garis panduan umum. PAMB berhak untuk meminta dokumen dan maklumat sokongan lain yang berkaitan, atau mempamerkan dokumen asal apabila diperlukan pada bila-bila masa sahaja.									
CLAIM TYPE JENIS TUNTUTAN	Requirement List No. (Refer to Page 5) No.Senarai Semakan (Rujuk kepada mukasurat 5)								
Hospitalization / Day Care Surgery/ Rawatan Hospital / Pembedahan Harian									
<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalization / Day Care Surgery/ Rawatan Hospital / Pembedahan Harian	1a	3	4	6	12	13	17		
<input type="checkbox"/> Overseas treatment/ Rawatan di luar negara	1a	3	4	6	10	11	17		
<input type="checkbox"/> Partially settled by other insurers/ Dibiayai sebahagiannya oleh penanggung insurans lain	1a	4	5	6	9	17			
Outpatient Treatment Benefit/ Perubatan Pesakit Luar									
<input type="checkbox"/> Pre & Post Hospitalization/ Rawatan Sebelum & Selepas Masuk Hospital	3	4	10	11	17				
<input type="checkbox"/> Outpatient Cancer & Kidney Dialysis Treatment/ Rawatan Kanser & Dialisis Buah Pinggang Pesakit luar	3	4	6	10	11	17			
<input type="checkbox"/> Emergency Treatment of Accidental Injury/ Rawatan Kecemasan untuk Kecederaan Akibat Kemalangan	2	3	4	10	11	12	13	17	
<input type="checkbox"/> Home Nursing Care/ Manfaat Penjagaan oleh Jururawat di Rumah	3	4	10	17	23	24	25		
Allowance Benefit/ Manfaat Elaun									
<input type="checkbox"/> Hospitalization Benefit / Allowance/ Manfaat Hospital / Elaun	1a	5	17						
Personal Accident/ Kemalangan Peribadi									
<input checked="" type="checkbox"/> Accident Medical Reimbursement (AMR)/ Bayaran Balik Perubatan Akibat Kemalangan	1b	3	4	6	10	12	13	17	

Refer to Requirement list in Page 5 of Claim Form. Documents to submit are:

Rujuk kepada Senarai Semakan seperti di muka surat 5 di Borang Tuntutan. Dokumen-dokumen yang dikehendaki adalah:

Requirement List Senarai Semakan	
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Doctor's Statement: / <i>Kenyataan Doktor yang merawat:</i> (a) Medical Claim/ Tuntutan Perubatan [Doc ID 11601007] (b) Personal Accident Claim/ Tuntutan Kemalangan Peribadi [Doc ID 11601004] (c) Critical Illness (Please refer to Confidential Medical Certificate Reference List for covered condition)/ <i>Penyakit Kritikal (Sila rujuk Senarai Rujukan Sijil Pemeriksa Perubatan untuk penyakit yang diilindungi)</i> (d) Total & Permanent Disability Claim/ <i>Tuntutan Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal [Doc ID 11601013]</i> (e) Death Claim/ <i>Tuntutan Kematian [Doc ID 11601010]</i>	<input checked="" type="checkbox"/> 12. Copy of driving license (for road traffic accident)/ Salinan lesen memandu (untuk kemalangan jalan raya) <input checked="" type="checkbox"/> 13. Copy of police report (where applicable)/ Salinan laporan polis (jika berkenaan) <input type="checkbox"/> 14. Police detailed investigation report/ <i>Laporan siasatan polis</i> <input type="checkbox"/> 15. Post mortem report / autopsy/ <i>Laporan bedah siasat awal / autopsi</i> <input type="checkbox"/> 16. Toxicology report/ <i>Laporan toksikologi</i> <input checked="" type="checkbox"/> 17. Copy of Life Assured or Claimant 's NRIC or passport/ Salinan kad pengenalan atau pasport hayat yang diinsuranskan atau penuntut <input type="checkbox"/> 18. Copy of Birth Certificate/ <i>Salinan Sijil Kelahiran</i> <input type="checkbox"/> 19. Certified True Copy of Death Certificate by PAMB Branch Executive/ BDE/ RDM/Bank Branch Manager/ <i>Salinan Sijil Kematian yang disahkan benar oleh eksekutif PAMB/BDE/RDM/ Pengurus Cawangan Bank</i> <input type="checkbox"/> 20. Proof of relationship/ <i>Bukti hubungan</i> <input type="checkbox"/> 21. Copy of letter medically boarded out from employer (where applicable)/ <i>Salinan surat persaraan atas alasan kesihatan daripada majikan (jika berkenaan)</i> <input type="checkbox"/> 22. Copy of confirmation letter from SOCSO (where applicable)/ <i>Salinan surat pernyataan dari PERKESO (jika berkenaan)</i> <input type="checkbox"/> 23. Recommendation letter from treating doctor for home nursing care/ <i>Surat cadangan daripada doktor menyatakan keperluan untuk bantuan penjagaan oleh jururawat di rumah</i> <input type="checkbox"/> 24. Copy of nursing qualifications certificate of the nurses/ <i>Salinan sijil kejururawatan bagi mengesahkan kelayakan jururawat</i> <input type="checkbox"/> 25. Breakdown charges detailing the time and period of the home nursing care services rendered per day/ <i>Caj terperinci menunjukkan masa dan tempoh penjagaan oleh jururawat pada setiap hari</i> <input type="checkbox"/> 26. Termination Letter from employer due to downsizing/ <i>medical reason / Surat Pemberhentian Kerja dari majikan disebabkan oleh pengurangan pekerja / alasan perubatan</i> <input type="checkbox"/> 27. Offer Letter from the employer when joining the company / <i>Surat Tawaran Kerja dari majikan ketika mula bekerja</i> <input type="checkbox"/> 28. For death abroad: Report of death abroad from National Registration Department & Malaysian Embassy in country where death occurred, proof of transportation corpse to Malaysia translated to English by a certified translator/ <i>Untuk kematian di luar negara: Laporan kematian luar negara dari Jabatan Pendaftaran Negara & Kedutaan Malaysia di negara kematian berlaku, bukti penghantaran mayat kembali ke Malaysia diterjemahkan ke Bahasa Inggeris oleh penterjemah sah.</i>
<input type="checkbox"/> 2. Accident date, circumstances of accident, extent of injuries and treatment details certified by the treating doctor on the receipt(s)/ <i>Tarikh dan punca kemalangan, kecederaan dan rawatan yang disahkan oleh doktor yang merawat</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> 3. Original final bills / tax invoices with itemized breakdown details/ Bil-bil / invois terperinci dengan penyata asal	
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Original receipts including deposit receipt [Please complete List of Original Receipt]/ Resit-resit asal termasuk deposit [Sila lengkapkan Senarai Resit Asal]	
<input type="checkbox"/> 5. Copy of admission final bills / tax invoices with itemized breakdown details/ <i>Salinan bil-bil / invois terperinci dengan penyata</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> 6. Copy of tests results: Histopathology, X-ray, MRI, CT scan, ultrasound, blood test, visual acuity, audiogram report and all other lab test report/ Salinan laporan ujian: Histopatologi, sinar-X, MRI, CT, ultrasound, ujian darah, visual acuity, audiogram, dan lain-lain ujian makmal	
<input type="checkbox"/> 7. Medical certificate/ <i>Sijil perubatan</i>	
<input type="checkbox"/> 8. Photograph showing injury / amputation for one full body and one showing the affected body part (where applicable)/ <i>Gambar asal menunjukkan kecederaan seluruh badan dan satu gambar menunjukkan anggota yang cedera (jika berkenaan)</i>	
<input type="checkbox"/> 9. Copy of settlement letter from other insurers/ <i>Salinan surat pernyataan dari penanggung insurans lain</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> 10. Medical report and medical bills translated in English (for overseas treatment)/ Laporan perubatan dan bil-bil diterjemahkan dalam Bahasa Inggeris (untuk rawatan di luar negara)	
<input type="checkbox"/> 11. Copy of passport indicating evidence of travel (for overseas treatment)/ <i>Salinan pasport yang menunjukkan bukti perjalanan (untuk rawatan di luar negara)</i>	

No. 10: Only applicable for overseas treatment claim/ Untuk rawatan luar negara sahaja.

- 1a – Medical Claim / Tuntutan Perubatan [Doc ID 11601007]
- 1b – Personal Accident Claim / Tuntutan Kemalangan Peribadi [Doc ID 11601004]

- 3 – Original final bills / tax invoices with itemized breakdown details/ *Bil/invois terperinci dengan penyata asal.*
- 4 – Original receipts including deposit receipt [Please complete List of Original Receipt]/ *Resit-resit asal termasuk deposit [Sila lengkapkan senarai resit asal]*
- 6 – Copy of tests results: Histopathology, X-ray, MRI, CT scan, Ultrasound, Blood test, visual acuity, audiogram report and all other lab test report./ *Salinan laporan ujian: Histopatologi, Sinar X, MRI, CT, Ultrasound, ujian darah, visual acuity, audiogram dan lain-lain ujian makmal*
- 12 – Copy of driving license (for road traffic accident) / *Salinan lesen memandu (untuk kemalangan jalan raya)*
- 13 – Copy of police report (where applicable) / *Salinan laporan polis (jika berkenaan)*
- 17 – Copy of Life Assured or Claimant 's NRIC or passport/ *Salinan kad pengenalan atau pasport hayat yang diinsuranskan atau penuntut*
- **List down all the receipts submitted according to receipt date./ *Senaraikan semua resit-resit asal yang dikemukakan mengikut susunan tarikh resit***
- **Please indicate according to the Policy Number / Benefit to utilize in order of priority in Special Instruction Column./ *Sila nyatakan Nombor Polisi / Manfaat perlindungan yang dituntut dahulu mengikut keutamaan di arahan khas.***

Special Instruction: Please indicate the Policy Number / Benefit to utilize in order of priority.

Arahan Khas: Sila nyatakan Nombor Polisi / manfaat perlindungan yang dituntut dahulu mengikut keutamaan.

- 1. 1st RM5k to claim in AMR.**
- 2. Balance RM7k to claim in Medical Plan.**

Remarks (if any):

Kenyataan (jika ada):

Example D:/ Contoh D:

Policy type: Creditshield or PRUcredit Essential / *Jenis polisi: Creditshield atau PRUcredit Essential*

Claim type: Temporary Total Disability / *Jenis Tuntutan: Hilang Upaya Menyeluruh Sementara*

Part 1: Type of Claim - Tick (✓) Temporary Total Disability

Bahagian 1: Jenis Tuntutan - Tandakan (✓) Hilang Upaya Menyeluruh Sementara

PART 1: TYPE OF CLAIM BAHAGIAN 1: JENIS TUNTUTAN	
Medical <i>Perubatan</i> Hospitalization / Day Care Surgery <i>Rawatan Hospital / Pembedahan Harian</i> <input type="checkbox"/> Hospitalization / Day Care Surgery <i>Rawatan Hospital / Pembedahan Harian</i> <input type="checkbox"/> Overseas treatment <i>Rawatan di luar negara</i> <input type="checkbox"/> Partially settled by other insurers <i>Dibiayai sebahagiannya oleh penanggung insurans lain</i>	Total and Permanent Disability / Terminal Illness <i>Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal / Penyakit Maut</i> <input type="checkbox"/> Total and Permanent Disability / Terminal Illness <i>Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal / Penyakit Maut</i> Temporary Total Disability <i>Hilang Upaya Menyeluruh Sementara</i> <input checked="" type="checkbox"/> Temporary Total Disability <i>Hilang Upaya Menyeluruh Sementara</i>

Part 4: Claim Information - Complete Part 4.1 and Part 4.2

Bahagian 4: Maklumat Tuntutan - Isi Bahagian 4.1 dan Bahagian 4.2

PART 4: CLAIM INFORMATION BAHAGIAN 4: MAKLUMAT TUNTUTAN	
4.1 For Medical, Critical Illness, Total Permanent Disability, Temporary Total Disability and Others Claim if due to illness <i>Untuk Tuntutan Jenis Perubatan, Penyakit Kritikal, Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal, Hilang Upaya Menyeluruh Sementara dan Lain-lain jika diakibatkan penyakit</i>	
4.1.1 Presented sign and symptom <i>Jenis penyakit dan tanda-tanda</i>	<input type="text"/>
4.1.2 How long has Life Assured been aware of the condition <i>Berapa lamakah Hayat Yang Diinsurankan mengetahui keadaan yang dihadapi</i>	<input type="text"/>
4.1.3 First consultation with doctor to seek treatment <i>Kali pertama bertemu dengan doktor dan mendapatkan rawatan</i>	<input type="text"/> Day <i>Hari</i> <input type="text"/> Month <i>Bulan</i> <input type="text"/> Year <i>Tahun</i>
4.1.4 Name of doctor whom you first consulted for the above condition <i>Nama doktor pertama yang dijumpa untuk jenis penyakit diatas</i>	<input type="text"/>
4.1.5 Name and Address of Clinic / Hospital <i>Nama dan Alamat Klinik / Hospital</i>	<input type="text"/>
4.2 For Medical, Personal Accident and Total Permanent Disability and Temporary Total Disability Claim if due to accident <i>Untuk Tuntutan Jenis Perubatan, Kemalangan Peribadi, Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal dan Hilang Upaya Menyeluruh Sementara jika diakibatkan kemalangan.</i>	
4.2.1 Date & Time of accident <i>Tarikh dan Masa kemalangan</i>	<input type="text"/> Day <i>Hari</i> <input type="text"/> Month <i>Bulan</i> <input type="text"/> Year <i>Tahun</i> <input type="text"/> am/pm <i>am/pm</i>
4.2.2 Place of accident <i>Tempat kemalangan</i>	<input type="text"/>
4.2.3 Detailed description of accident <i>Butiran kemalangan secara terperinci</i>	<input type="text"/>
4.2.4 First consultation with doctor to seek treatment <i>Kali pertama bertemu dengan doktor dan mendapatkan rawatan</i>	<input type="text"/> Day <i>Hari</i> <input type="text"/> Month <i>Bulan</i> <input type="text"/> Year <i>Tahun</i>
4.2.5 Last working date prior to Disability <i>Tarikh terakhir anda berkerja sebelum hilang upaya</i>	<input type="text"/> Day <i>Hari</i> <input type="text"/> Month <i>Bulan</i> <input type="text"/> Year <i>Tahun</i>
4.2.6 Date returned to work <i>Tarikh kembali bekerja</i>	<input type="text"/> Day <i>Hari</i> <input type="text"/> Month <i>Bulan</i> <input type="text"/> Year <i>Tahun</i>

Part 5: Claim Requirement Checklist - Tick (v) Temporary Total Disability

Bahagian 5: Senarai Semakan Tuntutan -Tandakan (v) Hilang Upaya Menyeluruh Sementara

Temporary Total Disability / Hilang Upaya Menyeluruh Sementara								
<input checked="" type="checkbox"/>	Temporary Total Disability / Hilang Upaya Menyeluruh Sementara	1d	6	13	17	21	22	

Refer to Requirement list in Page 5 of Claim Form. Documents to submit are:





Rujuk kepada Senarai Semakan seperti di muka surat 5 di Borang Tuntutan. Dokumen-dokumen yang dikehendaki adalah:

Requirement List Senarai Semakan	
<p><input checked="" type="checkbox"/> 1. Doctor's Statement/ <i>Kenyataan Doktor yang merawat:</i> (a) Medical Claim/ <i>Tuntutan Perubatan</i> [Doc ID 11601007] (b) Personal Accident Claim/ <i>Tuntutan Kemalangan Peribadi</i> [Doc ID 11601004] (c) Critical Illness (Please refer to Confidential Medical Certificate Reference List for covered condition)/ <i>Penyakit Kritikal (Sila rujuk Senarai Rujukan Sijil Pemeriksa Perubatan untuk penyakit yang dilindungi)</i> (d) Total & Permanent Disability Claim/ <i>Tuntutan Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal</i> [Doc ID 11601013] (e) Death Claim/ <i>Tuntutan Kematian</i> [Doc ID 11601010]</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Accident date, circumstances of accident, extent of injuries and treatment details certified by the treating doctor on the receipt(s)/ <i>Tarikh dan punca kemalangan, kecederaan dan rawatan yang disahkan oleh doktor yang merawat</i></p> <p><input type="checkbox"/> 3. Original final bills / tax invoices with itemized breakdown details/ <i>Bil-bil / inois terperinci dengan penyata asal</i></p> <p><input type="checkbox"/> 4. Original receipts including deposit receipt [Please complete List of Original Receipt]/ <i>Resit-resit asal termasuk deposit [Sila lengkapkan Senarai Resit Asal]</i></p> <p><input type="checkbox"/> 5. Copy of admission final bills / tax invoices with itemized breakdown details/ <i>Salinan bil-bil / inois terperinci dengan penyata</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 6. Copy of tests results: Histopathology, X-ray, MRI, CT scan, ultrasound, blood test, visual acuity, audiogram report and all other lab test report/ <i>Salinan laporan ujian: Histopatologi, sinar-X, MRI, CT, ultrasound, ujian darah, visual acuity, audiogram, dan lain-lain ujian makmal</i></p> <p><input type="checkbox"/> 7. Medical certificate/ <i>Sijil perubatan</i></p> <p><input type="checkbox"/> 8. Photograph showing injury / amputation for one full body and one showing the affected body part (where applicable)/ <i>Gambar asal menunjukkan kecederaan seluruh badan dan satu gambar menunjukkan anggota yang cedera (jika berkenaan)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 9. Copy of settlement letter from other insurers/ <i>Salinan surat pernyataan dari penanggung insurans lain</i></p> <p><input type="checkbox"/> 10. Medical report and medical bills translated in English (for overseas treatment)/ <i>Laporan perubatan dan bil-bil diterjemahkan dalam Bahasa Inggeris (untuk rawatan di luar negara)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 11. Copy of passport indicating evidence of travel (for overseas treatment)/ <i>Salinan pasport yang menunjukkan bukti perjalanan (untuk rawatan di luar negara)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> 12. Copy of driving license (for road traffic accident)/ <i>Salinan lesen memandu (untuk kemalangan jalan raya)</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 13. Copy of police report (where applicable)/ <i>Salinan laporan polis (jika berkenaan)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 14. Police detailed investigation report/ <i>Laporan siasatan polis</i></p> <p><input type="checkbox"/> 15. Post mortem report / autopsy/ <i>Laporan bedah siasat awal / autopsi</i></p> <p><input type="checkbox"/> 16. Toxicology report/ <i>Laporan toksikologi</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 17. Copy of Life Assured or Claimant 's NRIC or passport/ <i>Salinan kad pengenalan atau pasport hayat yang diinsuranskan atau penuntut</i></p> <p><input type="checkbox"/> 18. Copy of Birth Certificate/ <i>Salinan Sijil Kelahiran</i></p> <p><input type="checkbox"/> 19. Certified True Copy of Death Certificate by PAMB Branch Executive/ BDE/ RDM/Bank Branch Manager/ <i>Salinan Sijil Kematian yang disahkan benar oleh eksekutif PAMB/BDE/RDM/ Pengurus Cawangan Bank</i></p> <p><input type="checkbox"/> 20. Proof of relationship/ <i>Bukti hubungan</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 21. Copy of letter medically boarded out from employer (where applicable)/ <i>Salinan surat persaraan atas alasan kesihatan daripada majikan (jika berkenaan)</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 22. Copy of confirmation letter from SOCSO (where applicable)/ <i>Salinan surat pernyataan dari PERKESO (jika berkenaan)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 23. Recommendation letter from treating doctor for home nursing care/ <i>Surat cadangan daripada doktor menyatakan keperluan untuk bantuan penjagaan oleh jururawat di rumah</i></p> <p><input type="checkbox"/> 24. Copy of nursing qualifications certificate of the nurses/ <i>Salinan sijil kejururawatan bagi mengesahkan kelayakan jururawat</i></p> <p><input type="checkbox"/> 25. Breakdown charges detailing the time and period of the home nursing care services rendered per day/ <i>Caj terperinci menunjukkan masa dan tempoh penjagaan oleh jururawat pada setiap hari</i></p> <p><input type="checkbox"/> 26. Termination Letter from employer due to downsizing/ medical reason / <i>Surat Pemberhentian Kerja dari majikan disebabkan oleh pengurangan pekerja / alasan perubatan</i></p> <p><input type="checkbox"/> 27. Offer Letter from the employer when joining the company / <i>Surat Tawaran Kerja dari majikan ketika mula bekerja</i></p> <p><input type="checkbox"/> 28. For death abroad: Report of death abroad from National Registration Department & Malaysian Embassy in country where death occurred, proof of transportation corpse to Malaysia translated to English by a certified translator/ <i>Untuk kematian di luar negara: Laporan kematian luar negara dari Jabatan Pendaftaran Negara & Kedutaan Malaysia di negara kematian berlaku, bukti penghantaran mayat kembali ke Malaysia diterjemahkan ke Bahasa Inggeris oleh penterjemah sah.</i></p>





- 2b – Total and Permanent Disability Claim / *Tuntutan Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal* [Doc ID 11601013]
- 6 – Copy of tests results: Histopathology, X-ray, MRI, CT scan, Ultrasound, Blood test, visual acuity, audiogram report and all other lab test report./ *Salinan laporan ujian: Histopatologi, Sinar X, MRI, CT, Ultrasound, ujian darah, visual acuity, audiogram dan lain-lain ujian makmal*
- 13 – Copy of police report (where applicable)/ *Salinan laporan polis (jika berkenaan)*
- 17 – Copy of Life Assured or Claimant 's NRIC or passport/ *Salinan kad pengenalan atau pasport hayat yang diinsuranskan atau penuntut*
- 21 – Copy of letter medically boarded out from employer (where applicable)/ *Salinan surat persaraan atas alasan kesihatan daripada majikan (jika berkenaan)*
- 22– Copy of confirmation letter from SOCSO (where applicable)/ *Salinan surat pernyataan dari PERKESO (jika berkenaan)*

WHEN SUBMITTING A CLAIM KETIKA MENGEMUKAKAN TUNTUTAN

DO

-  Ensure to submit latest Claim Form.
Pastikan menghantar borang tuntutan terkini.
-  Ensure your signature on the claim form tallies with the one in the records.
Memastikan tandatangan anda pada borang tuntutan selaras dengan rekod yang sedia ada.
-  Completeness and submit all the required claim documents.
Kelengkapan dan mengemukakan semua dokumen tuntutan yang diperlukan.
-  Ensure Bank/Identification details in Application Direct Credit are tally with the original bank statement and identification card
Memastikan butiran Bank / Pengenalan dalam Permohonan Kredit Terus adalah selaras dengan penyata bank asal dan kad pengenalan.

DON'T

-  Submit Old Claim Form after the cut-off date.
Hantar Borang Tuntutan Lama selepas tarikh luput.
-  Provide different signature.
Sediakan tandatangan yang berbeza.
-  Omission of claim requirements upon submission.
Peninggalan dokumen-dokumen semasa diserahkan.
-  Bank / Identification details written differently in Application Direct Credit with Original bank statement and Identification card may resulted in delay of claim payout.
Butiran Bank / Pengenalan dalam Permohonan Kredit Terus yang tidak selaras dengan penyata bank asal dan kad pengenalan akan menyebabkan kelewatanpembayaran tuntutan.