

***Claim Form (User Guide)***  
***Borang Tuntutan (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> .....	10-25
M. Do and Dont's when submitting a claim / <i>Do dan Don't apabila mengemukakan tuntutan</i> .....	26

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/Prudential Assurance Malaysia Berhad Representative's Number  
Kod Ejen/Nombor Wakil Bank/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

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

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

**PART 1: TYPE OF CLAIM**  
**BAHAGIAN 1: JENIS TUNTUTAN**

<b>Medical Perubatan</b> [68]	<b>Critical Illness Penyakit Kritikal</b>
<b>Hospitalisation / Day Care Surgery</b> Rawatan Hospital / Pembedahan Harian <input type="checkbox"/> Hospitalisation / 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 <input type="checkbox"/> Surgical & Nursing Loan / Pinjaman Pembedahan & Kejururawatan	<input type="checkbox"/> Crisis Cover / Crisis Cover [11] <input type="checkbox"/> Crisis Cover Income / Crisis Cover Income [69]
<b>Outpatient Treatment</b> Rawatan Pesakit Luar <input type="checkbox"/> Pre & Post Hospitalisation / 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 / Dengue Fever Treatment / Rawatan Kanser & Dialisis Buah Pinggang / Demam Denggi Pesakit Luar <input type="checkbox"/> Home Nursing Care / Manfaat Penjagaan oleh Jururawat di Rumah	<input type="checkbox"/> Total and Permanent Disability / Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal [12] <input type="checkbox"/> Total and Permanent Disability / Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal <input type="checkbox"/> Total and Permanent Disability Instalment Benefit / Manfaat Ansuran Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal <input type="checkbox"/> Long Term Care Benefit / Manfaat Penjagaan Jangka Panjang <input type="checkbox"/> Death / Kematian [09] <input type="checkbox"/> Death / Kematian
<b>Allowance Benefits</b> Manfaat Elaun <input type="checkbox"/> Hospitalization Benefit / Allowance / Manfaat Hospital / Elaun <input type="checkbox"/> Well Being Benefit / Manfaat Kebajikan	<b>Others Lain-lain</b>
<b>Deductible Accumulation</b> Pengumpulan Deduktibel <input type="checkbox"/> Deductible Accumulation / Pengumpulan Deduktibel	<input type="checkbox"/> Essential Child Benefit / Manfaat Essential Child [11]
<b>Personal Accident</b> Kemalangan Peribadi [67]	<input type="checkbox"/> Neonatal Jaundice / Jaundis Neonatal <input type="checkbox"/> Life Stage / Life Change Benefit / Manfaat Peringkat Kehidupan <input type="checkbox"/> Incubation / Intensive Care Unit / High Dependency Unit / Inkubasi / Unit Rawatan Rapi / Unit Pergantungan Tinggi <input type="checkbox"/> Snatch Theft Benefit / Manfaat Ragut <input type="checkbox"/> Congenital Conditions / Penyakit Kongenital <input type="checkbox"/> Female Carcinoma-in-situ / Recovery Benefit / Karsinoma-in-situ Perempuan / Manfaat Pemulihan <input type="checkbox"/> Pregnancy / Maternity Complication / Komplikasi Kehamilan <input type="checkbox"/> Infectious Disease Benefit / Manfaat Penyakit Berjangkit
<input type="checkbox"/> Accident Medical Reimbursement / Bayaran Balik Perubatan Akibat Kemalangan <input type="checkbox"/> Weekly Indemnity / Manfaat Pampasan Mingguan <input type="checkbox"/> Accidental Disablement / Hilang Upaya Akibat Kemalangan	<input type="checkbox"/>

### 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 10-23. / Rujuk Garis Panduan untuk mengisi Senarai Semakan Tuntutan di Muka Surat 10-23.



**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>		
E-Mail Address* <i>Alamat E-mel*</i>		Name and Address of Employer <i>Nama dan Alamat Majikan</i>		
Occupation <i>Pekerjaan</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 MAKLUMAT PENUNTUT	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>				
E-mail Address* <i>Alamat E-mel*</i>				
Relationship to Life Assured <i>Hubungan dengan Hayat yang Diinsuranskan</i>				
*For personal details update (applicable for Assured only), please log on to <a href="https://pruaccessplus.prudential.com.my">https://pruaccessplus.prudential.com.my</a> and update Change of Contact Details. *Untuk kemas kini butiran peribadi (untuk Pemunya Polisi sahaja), sila log masuk ke <a href="https://pruaccessplus.prudential.com.my">https://pruaccessplus.prudential.com.my</a> .				
PART 4: CLAIM INFORMATION BAHAGIAN 4: MAKLUMAT TUNTUTAN				
4.1 For Medical, Critical Illness, Total Permanent Disability and Others Claim if due to illness <i>Untuk Tuntutan Jenis Perubatan, Penyakit Kritikal, Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal dan Lain-lain jika diakibatkan penyakit</i>				
4.1.1 Presented sign and symptom / diagnosis <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 Details of first and all doctors who have been consulted for the above condition. <i>Butiran kali pertama dan semua doktor yang telah berunding berkaitan dengan penyakit diatas .</i>				
Date of consultation <i>Tarikh rundingan perubatan</i>	Name of doctor & Address <i>Nama doktor &amp; Alamat</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.*

### 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.*

### 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 Claim if due to accident**  
*Untuk Tuntutan Jenis Perubatan, Kemalangan Peribadi dan Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal jika diakibatkan kemalangan.*

4.2.1 Date & Time of accident  
*Tarikh dan Masa kemalangan*

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*

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

4.2.6 Date returned to work  
*Tarikh kembali bekerja*

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

4.3.1 Occupation  
*Pekerjaan*

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:*

4.4 For Death Claim  
*Untuk Tuntutan Kematian*

4.4.1 Date & Time of death  
*Tarikh dan Masa kematian*

4.4.2 Place of death  
*Tempat kematian*

4.4.3 Cause of death  
*Sebab kematian*

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

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

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*

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

4.4.8 Has the deceased left a Will or Testament?  
*Adakah Si Mati meninggalkan wasiat?*

➤ 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>	✓	✓	X	X
Personal Accident / <i>Kemalangan Peribadi</i>	X	✓	X	X
Critical Illness / <i>Penyakit Kritikal</i>	✓	X	X	X
Total & Permanent Disability/ <i>Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal</i>	✓	✓	✓	X
Death / <i>Kematian</i>	X	X	X	✓
Others / <i>Lain-lain</i>	✓	X	X	X

Remark:

✓ - Applicable

X – 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)									
<b>Hospitalisation / Day Care Surgery/ Rawatan Hospital / Pembedahan Harian</b>										
<input type="checkbox"/> Hospitalisation / Day Care Surgery/ Rawatan Hospital / Pembedahan Harian	1a	3	4	6	12	13				
<input type="checkbox"/> Overseas Treatment/ Rawatan Di Luar Negara	1a	3	4	6	10	11				
<input type="checkbox"/> Partially Settled By Other Insurers/ Dibiayai Sebahagiannya Oleh Penanggung Insurans Lain	1a	3	4	6	9					
<input type="checkbox"/> Surgical & Nursing Loan/ Pinjaman Pembedahan & Kejururawatan	1a	3	4	6						
<b>Outpatient Treatment Benefit/ Perubatan Pesakit Luar</b>										
<input type="checkbox"/> Pre & Post Hospitalisation/ Rawatan Sebelum & Selepas Masuk Hospital	3	4	10	11						
<input type="checkbox"/> Outpatient Cancer & Kidney Dialysis / Dengue Fever Treatment/ Rawatan Kanser & Dialisis Buah Pinggang / Demam Denggi Pesakit Luar	2	3	4	10	11					
<input type="checkbox"/> Emergency Treatment of Accidental Injury/ Rawatan Kecemasan untuk Kecederaan Akibat Kemalangan	2	3	4	10	11	12	13			
<input type="checkbox"/> Home Nursing Care/ Manfaat Penjagaan oleh Jururawat di Rumah	3	4	10	11	24	25	26			
<b>Allowance Benefit/ Manfaat Elaun</b>										
<input type="checkbox"/> Hospitalization Benefit / Allowance/ Manfaat Hospital / Elaun	1a	5								
<input type="checkbox"/> Well Being Benefit/ Manfaat Kebajikan	1a	5	6							
<b>Deductible Accumulation/ Pengumpulan Deduktibel</b>										
<input type="checkbox"/> Deductible Accumulation/ Pengumpulan Deduktibel	1a	5								
<b>Personal Accident/ Kemalangan Peribadi</b>										
<input type="checkbox"/> Accident Medical Reimbursement (AMR)/ Bayaran Balik Perubatan Akibat Kemalangan	2	3	4	6	10	12	13			
<input type="checkbox"/> Weekly Indemnity (WI)/ Manfaat Pampasan Mingguan	1b	6	7	10	12	13				
<input type="checkbox"/> Accidental Disablement/ Hilang Upaya Akibat Kemalangan	1b	6	8	10	12	13	17			
<b>Critical Illness/ Penyakit Kritikal</b>										
<input type="checkbox"/> Crisis Cover/ Crisis Cover	1c	6	17							
<input type="checkbox"/> Payor / Waiver/ Payor / Waiver	1c	6	17	20						
<input type="checkbox"/> Crisis Cover Income/ Crisis Cover Income	Not Applicable/ Tidak Berkaitan									
<b>Total and Permanent Disability/ Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal</b>										
<input type="checkbox"/> Total and Permanent Disability / Long Term Care Benefit/ Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal / Manfaat Penjagaan Jangka Panjang	1d	6	13	17	22	23				
<input type="checkbox"/> Total and Permanent Disability Instalment Benefit/ Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal Ansuran	1e									
<input type="checkbox"/> Payor / Waiver/ Payor / Waiver	1d	6	13	17	20	22	23			
<b>Death/ Kematian</b>										
<input type="checkbox"/> Death/ Kematian	<input type="checkbox"/> (a) For Natural Death/ Untuk Kematian Semulajadi	1f	17	19	20	27				
<input type="checkbox"/> Spouse / Parent Payor / Waiver/ Spouse / Parent Payor / Waiver	<input type="checkbox"/> (b) For Accident or Suicide/ Untuk Kemalangan atau Bunuh Diri	1f	14	15	16	17	19	20	27	
<b>Others / Lain-lain</b>										
<input type="checkbox"/> Neonatal Jaundice/ Jaundis Neonatal	1g	5	6							
<input type="checkbox"/> Incubation / Intensive Care Unit / High Dependency Unit/ Inkubasi / Unit Rawatan Rapi / Unit Pergantungan Tinggi	1g	5								
<input type="checkbox"/> Congenital Conditions/ Penyakit Kongenital:	<input type="checkbox"/> (a) For Infant Care/ Untuk Infant Care	1h	3	4	6					
	<input type="checkbox"/> (b) For PRU lady/ Untuk PRU lady	1h	6							
<input type="checkbox"/> Pregnancy / Maternity Complication/ Komplikasi Kehamilan	<input type="checkbox"/> (a) For Infant Care/ Untuk Infant Care	1i	6	18	21					
	<input type="checkbox"/> (b) For PRU lady/ Untuk PRU lady	1i	6	18	21					
	<input type="checkbox"/> (c) For Medical Rider/ Untuk Rider Perubatan	1i	3	4	6	18	21			
<input type="checkbox"/> Life Stage / Life Change Benefit/ Manfaat Peringkat Kehidupan	21									
<input type="checkbox"/> Snatch Theft Benefit/ Manfaat Ragut	13									
<input type="checkbox"/> Female Carcinoma-in-situ / Recovery Benefit/ Karsinoma-in-situ Perempuan / Manfaat Pemulihan	1c	6								
<input type="checkbox"/> Infectious Disease Benefit/ Manfaat Penyakit Berjangkit	1j	5	6							
<input type="checkbox"/> Essential Child Benefit/ Manfaat Essential Child	1k	6	17							

### 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 10-23. / Rujuk Garis Panduan untuk mengisi Senarai Semakan Tuntutan di Muka Surat 10-23.

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 Claim (Please refer to Critical Illness Claim - Doctor's Statement Reference List for covered condition)/ <i>Tuntutan Penyakit Kritikal (Sila rujuk Senarai Rujukan Penyakit Kritikal -Kenyataan Doktor Yang Merawat untuk penyakit yang dilindungi)</i> (d) Total and Permanent Disability Claim/ <i>Tuntutan Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal</i> [Doc ID 11601013] (e) Total and Permanent Disability Instalment Benefit/ <i>Manfaat Ansuran Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal</i> [Doc ID 11601070] (f) Death Claim/ <i>Tuntutan Kematian</i> [Doc ID 11601010] (g) Paediatrician/ <i>Paediatrik</i> [Doc ID 11601087] (h) Congenital Condition Claim/ <i>Tuntutan Penyakit Kongenital</i> [Doc ID 11601059] (i) Pregnancy Complication Claim/ <i>Tuntutan Komplikasi-Komplikasi Kehamilan</i> [Doc ID 11601060] (j) Infectious Disease Benefit Claim/ <i>Tuntutan Manfaat Penyakit Berjangkit</i> [Doc ID 11601111] (k) Essential Child Claim/ <i>Tuntutan Essential Child</i> [Doc ID 11601120]		<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 diluar 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> <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. Supporting document such as copy of: Birth Cert, Marriage Cert, Sale & Purchase Agreement, Spouse Death Cert etc./ <i>Dokumen sokongan seperti salinan Sijil Kelahiran, Sijil Perkahwinan, Surat Perjanjian Jual Beli, Sijil Kematian Pasangan</i> <input type="checkbox"/> 22. 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"/> 23. Copy of confirmation letter from SOCSO (where applicable)/ <i>Salinan surat pernyataan dari PERKESO (jika berkenaan)</i> <input type="checkbox"/> 24. 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"/> 25. Copy of nursing qualifications certificate of the nurses/ <i>Salinan sijil kejururawatan bagi mengesahkan kelayakan jururawat</i> <input type="checkbox"/> 26. 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"/> 27. For death abroad: Report of death abroad from National Registration Department & Malaysian Embassy in country where death occurred, proof of transportation of corpse to Malaysia translated to English by a certified translator/ <i>Untuk kematian di luar negara: Laporan kematian luar negara dari Jabatan Pendaftaran Negara &amp; 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 / Event date, circumstances of illness / accident, extent of diagnosis / injuries and treatment details certified by the treating doctor on the receipt(s)/ <i>Tarikh dan punca kemalangan / penyakit, keadaan penyakit / 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 Receipts]/ <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>					
<b>List of ORIGINAL RECEIPT(s) submitted (including Deposit/Refund/Final Receipt(s)). Please paste on A4 paper according to receipt date.</b> <b>Senarai RESIT ASAL yang dilampirkan (termasuk Deposit/Pulangan/Resit Akhir). Sila tampal di atas kertas A4 mengikut susunan tarikh resit.</b>					
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.					<b>Total</b> <b>Jumlah</b>
<b>Special Instruction: Please indicate the Policy Number / Benefit to utilize in order of priority.</b> <b>Arahan Khas: Sila nyatakan Nombor Polisi / manfaat perlindungan yang dituntut dahulu mengikut keutamaan.</b>					
1. _____ 2. _____ 3. _____ <b>Remarks (if any):</b> <i>Kenyataan (jika ada):</i>					

### 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 10-23. / *Rujuk Garis Panduan untuk mengisi Senarai Semakan di Muka Surat 10-23.*



#### Fast Facts

For **death abroad**, additional document is required. Please refer to requirement list no.32.

\*Cost of translation shall be borne by the claimant.

*Untuk kematian di luar negara, dokumen tambahan adalah diperlukan. Sila rujuk kepada senarai semakan no.32.*

*\*Kos terjemahan haruslah ditanggung oleh penuntut*



#### Fast Facts

**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**

- 1./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.
- 2./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.
- 3./I/We understand and agree to the following Data Privacy Declaration./ Saya/Kami memahami dan bersetuju kepada Pengakuan Data Peribadi berikut:  
(a) 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").  
(b) 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.  
(c) 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.  
(d) 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.
4. 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 perubatan 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.
5. 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:  
(a) 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  
(b) 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 memaklumkan 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.

**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/behaves 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.  
\* Jikalau 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:		Name: Nama:
	NRIC / Passport No. : No. KP / Pasport:		NRIC / Passport No. : No. KP / Pasport:

Signature of Claimant A  
Tandatangan Pihak Penuntut A

Signature of Claimant B  
Tandatangan Pihak Penuntut B

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

Signature of Claimant C  
Tandatangan Pihak Penuntut C

Signature of Claimant D  
Tandatangan Pihak Penuntut D

**PART 7: STATEMENT OF WITNESS**  
**BAHAGIAN 7: KENYATAAN SAKSI**

I hereby certify all the above signatures were made in my presence./ Saya dengan ini mengesahkan bahawa semua tandatangan di atas dibuat di hadapan saya.

Note: The Witness must be at least 18 years of age and cannot be one of the signees of this form. / Nota: Saksi mestilah berumur 18 tahun ke atas dan bukan seorang yang menandatangani borang ini.

	Witness's Name: Nama Saksi:
	NRIC / Passport No. : No. KP / Pasport:
	Address: Alamat:

Signature of Witness / Tandatangan Saksi

**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 / 3<sup>rd</sup> 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.



APPLICATION FOR DIRECT CREDIT  
PERMOHONAN UNTUK KREDIT TERUS



**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 Diinsurankan

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/  
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

**Important Notes:/ Nota Penting:**

- This application for Direct Credit Facility ("application") is only allowed for a valid bank account with a licensed financial institution in Malaysia that participates in the Interbank GIRO (IBG) payment system ("Account")./ Permohonan untuk Kemudahan Kredit Terus ("permohonan") ini hanya dibenarkan untuk akaun bank yang sah dengan sebuah institusi kewangan berlesen di Malaysia yang mengambil bahagian dalam sistem pembayaran GIRO Antara Bank (IBG)("Akaun");
- Prudential Assurance Malaysia Berhad ("PAMB") may approve this application to grant the Direct Credit Facility ("Facility") in its absolute discretion. The Payee will be informed in writing if PAMB approves this application. Notwithstanding, PAMB can still choose to pay the monies payable under the Proposals and Policies mentioned in this form ("Proposal and Policy") to the relevant party by cheque./ Prudential Assurance Malaysia Berhad (PAMB) boleh meluluskan permohonan ini untuk membenarkan Kemudahan Kredit Terus ("Kemudahan") mengikut budi bicaranya sepenuhnya. Penerima akan dimaklumkan secara bertulis sekiranya PAMB meluluskan permohonan ini. Walau bagaimanapun, PAMB masih boleh memilih untuk membayar wang yang berbayar di bawah Cadangan-Cadangan dan Polisi-Polisi yang disebut dalam borang ini ("Cadangan dan Polisi") kepada pihak yang berkenaan melalui cek.
- In this form, "Payee" is referring to the proposer/assured/policy owner of the Proposals and Policies, or the person entitled to receive monies pursuant to the Proposal and Policy./ Dalam borang ini, "Penerima" adalah merujuk kepada pencadang/pemegang polisi/pemilik polisi bagi Cadangan dan Polisi, atau seorang individu yang berhak untuk menerima wang menurut Cadangan dan Polisi.

**PART 1: BANK ACCOUNT DETAILS (as appeared in the bank passbook or statement)**  
**BAHAGIAN 1: BUTIRAN AKAUN BANK (seperti yang tertera di dalam buku akaun bank atau penyata bank)**

Bank Name/ Nama Bank <input type="text"/>	Applicant's Name/ Nama Pemohon <input type="text"/>
Account No./ No.Akaun Bank <input type="text"/>	Account Type/ Jenis Akaun *Tick [v] where appropriate/ Tandakan [v] pada kotak yang berkenaan <input type="checkbox"/> Conventional/ Konvensional <input type="checkbox"/> Islamic/ Islam
NRIC No. (New)/NRIC No. (Old)/ No.K/P (Baru)/No.K/P (Lama) <input type="text"/>	Passport/Police/Army/Company Registration No./ No.Pasport/Polis/ Tentera/Pendaftaran Syarikat <input type="text"/>

**PART 2: STATEMENT OF DECLARATION / BAHAGIAN 2: KENYATAAN PENGAKUAN**

In consideration of PAMB approving this application, I/we, who am/are also the Payee, hereby agree and declare that:/ Sebagai balasan kepada PAMB membenarkan permohonan ini, saya/kami, yang mana saya/kami adalah seorang Penerima, dengan ini bersetuju dan mengisytiharkan bahawa:

- PAMB shall pay and credit the relevant monies payable pursuant to the Proposal and Policy ("Monies") into the Account;/ PAMB akan membayar dan mengkreditkan wang yang relevan yang boleh dibayar menurut Cadangan dan Polisi ("Wang") ke Akaun;
- PAMB shall continue to pay/credit the Monies into the Account until and unless PAMB receives a written instruction from the Payee to revoke the authority given to PAMB pursuant to this application or PAMB approves a new application to change the Account details provided in this application, at least one (1) month before the next payment date;/ PAMB akan terus membayar/mengkreditkan Wang tersebut ke dalam Akaun sehingga dan melainkan PAMB menerima arahan bertulis daripada Penerima untuk menarik balik kuasa diberikan kepada PAMB menurut permohonan ini atau PAMB meluluskan permohonan yang baru untuk mengubah butiran Akaun diberikan dalam permohonan ini, sekurang-kurangnya satu(1) bulan sebelum tarikh bayaran seterusnya;
- 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;

**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.

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

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

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

### 3. What is Deductible Accumulation? / *Apakah Pengumpulan Deduktibel?*

**Answer:** Deductible is a fixed amount that you must first pay regardless of the total cost of the Eligible Expenses in each Annexure Year. Claimant may submit claim to PAMB for accumulation of deductible amount.

**Jawapan:** *Deduktibel adalah jumlah tetap yang anda mesti bayar dahulu tanpa mengira jumlah kos Perbelanjaan Yang Layak dalam setiap tahun. Penuntut boleh mengemukakan tuntutan kepada PAMB untuk pengumpulan deduktibel.*

### 4. 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 23.

**Jawapan:** *Anda boleh merujuk kepada Panduan untuk mengisi Senarai Semakan Tuntutan yang terdapat di Mukasurat 10 hingga 23.*

### 5. 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 an in-patient admission bill. / *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 rawatan Hospital .*

### Part 1: Type of Claim - Tick (v) Hospitalization / Day Care Surgery

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

PART 1: TYPE OF CLAIM BAHAGIAN 1: JENIS TUNTUTAN	
<b>Medical</b> <i>Perubatan</i> [68]	<b>Critical Illness</b> <i>Penyakit Kritikal</i>
<b>Hospitalisation / Day Care Surgery</b> <i>Rawatan Hospital / Pembedahan Harian</i>	[11]
<input type="checkbox"/> <b>Hospitalisation / Day Care Surgery</b> <i>Rawatan Hospital / Pembedahan Harian</i>	<input type="checkbox"/> <b>Crisis Cover</b> <i>Crisis Cover</i>
<input type="checkbox"/> <b>Overseas Treatment</b> <i>Rawatan Di Luar Negara</i>	[69]
<input type="checkbox"/> <b>Partially Settled By Other Insurers</b> <i>Dibiayai Sebahagiannya Oleh Penanggung Insurans Lain</i>	<input type="checkbox"/> <b>Crisis Cover Income</b> <i>Crisis Cover Income</i>
<input type="checkbox"/> <b>Surgical &amp; Nursing Loan</b> <i>Pinjaman Pembedahan &amp; Kejururawatan</i>	<b>Total and Permanent Disability</b> <i>Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal</i> [12]

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

*Bahagian 5: Senarai Semakan Tuntutan -Tandakan (v) Rawatan Hospital / Pembedahan Harian*

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)			
Hospitalisation / Day Care Surgery/ Rawatan Hospital / Pembedahan Harian							
<input checked="" type="checkbox"/>	Hospitalisation / Day Care Surgery/ Rawatan Hospital / Pembedahan Harian	1a	3	4	6	12	13
<input type="checkbox"/>	Overseas Treatment/ Rawatan Di Luar Negara	1a	3	4	6	10	11
<input type="checkbox"/>	Partially Settled By Other Insurers/ Dibiayai Sebahagiannya Oleh Penanggung Insurans Lain	1a	3	4	6	9	
<input type="checkbox"/>	Surgical & Nursing Loan/ Pinjaman Pembedahan & Kejururawatan	1a	3	4	6		

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> : <input checked="" type="checkbox"/> (a) Medical Claim/ <i>Tuntutan Perubatan</i> [Doc ID: 11601007] <input type="checkbox"/> (b) Personal Accident Claim/ <i>Tuntutan Kemalangan Peribadi</i> [Doc ID 11601004] <input type="checkbox"/> (c) Critical Illness Claim (Please refer to Critical Illness Claim - Doctor's Statement Reference List for covered condition)/ <i>Tuntutan Penyakit Kritikal</i> (Sila rujuk Senarai Rujukan Penyakit Kritikal -Kenyataan Doktor Yang Merawat untuk penyakit yang dilindungi) <input type="checkbox"/> (d) Total and Permanent Disability Claim/ <i>Tuntutan Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal</i> [Doc ID 11601013] <input type="checkbox"/> (e) Total and Permanent Disability Instalment Benefit/ <i>Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal Ansuran</i> [Doc ID 11601070] <input type="checkbox"/> (f) Death Claim/ <i>Tuntutan Kematian</i> [Doc ID 11601010] <input type="checkbox"/> (g) Paediatrician/ <i>Paediatrik</i> [Doc ID 11601087] <input type="checkbox"/> (h) Congenital Condition Claim/ <i>Tuntutan Penyakit Kongenital</i> [Doc ID 11601059] <input type="checkbox"/> (i) Pregnancy Complication Claim/ <i>Tuntutan Komplikasi-Komplikasi Kehamilan</i> [Doc ID 11601060] <input type="checkbox"/> (j) Infectious Disease Benefit Claim/ <i>Tuntutan Manfaat Penyakit Berjangkit</i> [Doc ID 11601111] <input type="checkbox"/> (k) Essential Child/ <i>Essential Child</i> [Doc ID 11601120]	<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</i> (untuk rawatan diluarnegera) <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> <input checked="" type="checkbox"/> 12. Copy of driving license (for road traffic accident)/ <i>Salinan lesen memandu (untuk kemalangan jalan raya)</i> <input checked="" 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. Supporting document such as copy of: Birth Cert, Marriage Cert, Sale & Purchase Agreement, Spouse Death Cert etc./ <i>Dokumen sokongan seperti salinan Sijil Kelahiran, Sijil Perkahwinan, Surat Perjanjian Jual Beli, Sijil Kematian Pasangan</i> <input type="checkbox"/> 22. 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"/> 23. Copy of confirmation letter from SOCSO (where applicable)/ <i>Salinan surat pernyataan dari PERKESO (jika berkenaan)</i> <input type="checkbox"/> 24. Recommendation letter from treating doctor for home nursing care/Surat cadangan daripada doktor menyatakan keperluan untuk bantuan penjagaan oleh jururawat di rumah <input type="checkbox"/> 25. Copy of nursing qualifications certificate of the nurses/ <i>Salinan sijil kejururawatan bagi mengesahkan kelayakan jururawat</i> <input type="checkbox"/> 26. 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"/> 27. For death abroad: Report of death abroad from National Registration Department & Malaysian Embassy in country where death occurred, proof of transportation of corpse to Malaysia translated to English by a certified translator/ <i>Untuk kematian di luar negara: Laporan kematian luar negara dari Jabatan Pendaftaran Negara &amp; 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 / Event date, circumstances of illness / accident, extent of diagnosis / injuries and treatment details certified by the treating doctor on the receipt(s)/ <i>Tarikh dan punca kemalangan / penyakit, keadaan penyakit / 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 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> <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>	

No. 12 & 13: Only applicable for claim related to accident./ *Untuk tuntutan berkaitan dengan kemalangan sahaja.*

- 1a – Doctor’s Statement (Medical Claim)/ *Kenyataan Doktor yang merawat (Tuntutan Perubatan).*
- 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.*
- 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:**

PRUvalue med 300 (Deductible 50k)/ PRUvalue med 300 (Deductible 50k)

Total bill = RM40,000 / Jumlah bil = RM40,000

Claim fully paid by Company XYZ / Tuntutan dibayar sepenuhnya oleh Syarikat XYZ

Submitted claim to PAMB to accumulate deductible amount only / Mengemukakan tuntutan kepada PAMB untuk pengumpulan deductibel sahaja.

**Part 1: Type of Claim - Tick (v) Deductible Accumulation**

*Bahagian 1: Jenis Tuntutan - Tandakan (v) Pengumpulan Deductibel*

PART 1: TYPE OF CLAIM BAHAGIAN 1: JENIS TUNTUTAN	
<b>Medical</b> Perubatan [68]	<b>Critical Illness</b> Penyakit Kritikal
<b>Hospitalisation / Day Care Surgery</b> Rawatan Hospital / Pembedahan Harian <input type="checkbox"/> Hospitalisation / 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 <input type="checkbox"/> Surgical & Nursing Loan Pinjaman Pembedahan & Kejururawatan	<input type="checkbox"/> Crisis Cover Crisis Cover [11] <input type="checkbox"/> Crisis Cover Income Crisis Cover Income [69]
<b>Outpatient Treatment</b> Rawatan Pesakit Luar <input type="checkbox"/> Pre & Post Hospitalisation Rawatan Sebelum & Selepas Masuk Hospital <input type="checkbox"/> Emergency Treatment of Accidental Injury Rawatan Kecemasan untuk Kecelakaan Akibat Kemalangan <input type="checkbox"/> Outpatient Cancer & Kidney Dialysis / Dengue Fever Treatment Rawatan Kanser & Dialisis Buah Pinggang / Demam Denggi Pesakit Luar <input type="checkbox"/> Home Nursing Care Manfaat Penjagaan oleh Jururawat di Rumah	<input type="checkbox"/> Total and Permanent Disability Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal [12] <input type="checkbox"/> Total and Permanent Disability Instalment Benefit Manfaat Ansuran Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal <input type="checkbox"/> Long Term Care Benefit Manfaat Penjagaan Jangka Panjang <b>Death</b> Kematian [09] <input type="checkbox"/> Death Kematian
<b>Allowance Benefits</b> Manfaat Elaun <input type="checkbox"/> Hospitalization Benefit / Allowance Manfaat Hospital / Elaun <input type="checkbox"/> Well Being Benefit Manfaat Kebajikan	<b>Others</b> Lain-lain [11] <input type="checkbox"/> Essential Child Benefit Manfaat Essential Child <input type="checkbox"/> Neonatal Jaundice Jaundis Neonatal [57] <input type="checkbox"/> Life Stage / Life Change Benefit Manfaat Peringkat Kehidupan
<b>Deductible Accumulation</b> Pengumpulan Deduktibel <input checked="" type="checkbox"/> Deductible Accumulation Pengumpulan Deduktibel	
<b>Personal Accident</b>	

**Part 5: Claim Requirement Checklist - Tick (v) Deductible Accumulation**

*Bahagian 5: Senarai Semakan Tuntutan -Tandakan (v) Pengumpulan Deductibel*

Allowance Benefit/ Manfaat Elaun								
<input type="checkbox"/>	Hopitalization Benefit / Allowance/ Manfaat Hospital / Elaun	1a	5					
<input type="checkbox"/>	Well Being Benefit/ Manfaat Kebajikan	1a	5	6				
Deductible Accumulation/ Pengumpulan Deduktibel								
<input checked="" type="checkbox"/>	Deductible Accumulation/ Pengumpulan Deduktibel	1a	5					

**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. <b>Doctor's Statement/ Kenyataan Doktor Yang Merawat/</b>  <b>(a) Medical Claim/ Tuntutan Perubatan [Doc ID: 11601007]</b>                      (b) Personal Accident Claim/ Tuntutan Kemalangan Peribadi [Doc ID 11601004]                      (c) Critical Illness Claim (Please refer to Critical Illness Claim - Doctor's Statement Reference List for covered condition)/ Tuntutan Penyakit Kritikal (Sila rujuk Senarai Rujukan Penyakit Kritikal -Kenyataan Doktor Yang Merawat untuk penyakit yang dilindungi)                      (d) Total and Permanent Disability Claim/ Tuntutan Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal [Doc ID 11601013]                      (e) Total and Permanent Disability Instalment Benefit/ Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal Ansuran [Doc ID 11601070]                      (f) Death Claim/ Tuntutan Kematian [Doc ID 11601010]                      (g) Paediatrician/ Paediatric [Doc ID 11601087]                      (h) Congenital Condition Claim/ Tuntutan Penyakit Kongenital [Doc ID 11601059]                      (i) Pregnancy Complication Claim/ Tuntutan Komplikasi-Komplikasi Kehamilan [Doc ID 11601060]                      (j) Infectious Disease Benefit Claim/ Tuntutan Manfaat Penyakit Berjangkit [Doc ID 11601111]                      (k) Essential Child/ Essential Child [Doc ID 11601120]</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Accident / Event date, circumstances of illness / accident, extent of diagnosis / injuries and treatment details certified by the treating doctor on the receipt(s)/ Tarikh dan punca kemalangan / penyakit, keadaan penyakit / kecederaan dan rawatan yang disahkan oleh doktor yang merawat</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Original final bills / tax invoices with itemized breakdown details/ Bil-bil invois terperinci dengan penyata asal</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Original receipts including deposit receipt [Please complete List of Original Receipt]/ Resit-resit asal termasuk deposit [Sila lengkapkan Senarai Resit Asal]</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 5. <b>Copy of admission final bills / tax invoices with itemized breakdown details/ Salinan bil-bil / invois terperinci dengan penyata</b></p> <p><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/ Salinan laporan ujian: Histopatologi, sinar-X, MRI, CT, ultrasound, ujian darah, visual acuity, audiogram, dan lain-lain ujian makmal</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Medical certificate/ Sijil perubatan</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Photograph showing injury / amputation for one full body and one showing the affected body part (where applicable)/ Gambar asal menunjukkan kecederaan seluruh badan dan satu gambar menunjukkan anggota yang cedera (jika berkenaan)</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Copy of settlement letter from other insurers/ Salinan surat penyataan dari penanggung insurans lain</p>	<p><input 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 diluar negara)</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Copy of passport indicating evidence of travel (for overseas treatment)/ Salinan pasport yang menunjukkan bukti perjalanan (untuk rawatan di luar negara)</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Copy of driving license (for road traffic accident)/ Salinan lesen memandu (untuk kemalangan jalan raya)</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Copy of police report (where applicable)/ Salinan laporan polis (jika berkenaan)</p> <p><input type="checkbox"/> 14. Police detailed investigation report/ Laporan siasatan polis</p> <p><input type="checkbox"/> 15. Post mortem report / autopsy/ Laporan bedah siasat awal / autopsi</p> <p><input type="checkbox"/> 16. Toxicology report/ Laporan toksikologi</p> <p><input type="checkbox"/> 17. Copy of Life Assured or Claimant 's NRIC or passport/ Salinan kad pengenalan atau pasport hayat yang diinsuranskan atau penuntut</p> <p><input type="checkbox"/> 18. Copy of Birth Certificate/ Salinan Sijil Kelahiran</p> <p><input type="checkbox"/> 19. Certified True Copy of Death Certificate by PAMB Branch Executive/BDE/ RDM/Bank Branch Manager/ Salinan Sijil Kematian yang disahkan benar oleh eksekutif PAMB/BDE/RDM/ Pengurus Cawangan Bank</p> <p><input type="checkbox"/> 20. Proof of relationship/ Bukti hubungan</p> <p><input type="checkbox"/> 21. Supporting document such as copy of: Birth Cert, Marriage Cert, Sale &amp; Purchase Agreement, Spouse Death Cert etc./ Dokumen sokongan seperti salinan Sijil Kelahiran, Sijil Perkahwinan, Surat Perjanjian Jual Beli, Sijil Kematian Pasangan</p> <p><input type="checkbox"/> 22. Copy of letter medically boarded out from employer (where applicable)/ Salinan surat persaraan atas alasan kesihatan daripada majikan (jika berkenaan)</p> <p><input type="checkbox"/> 23. Copy of confirmation letter from SOCSO (where applicable)/ Salinan surat penyataan dari PERKESO (jika berkenaan)</p> <p><input type="checkbox"/> 24. Recommendation letter from treating doctor for home nursing care/ Surat cadangan daripada doktor menyatakan keperluan untuk bantuan penjagaan oleh jururawat di rumah</p> <p><input type="checkbox"/> 25. Copy of nursing qualifications certificate of the nurses/ Salinan sijil kejururawatan bagi mengesahkan kelayakan jururawat</p> <p><input type="checkbox"/> 26. Breakdown charges detailing the time and period of the home nursing care services rendered per day/ Caj terperinci menunjukkan masa dan tempoh penjagaan oleh jururawat pada setiap hari</p> <p><input type="checkbox"/> 27. For death abroad: Report of death abroad from National Registration Department &amp; Malaysian Embassy in country where death occurred, proof of transportation of corpse to Malaysia translated to English by a certified translator/ Untuk kematian di luar negara: Laporan kematian luar negara dari Jabatan Pendaftaran Negara &amp; Kedutaan Malaysia di Negara kematian berlaku, Bukti Penghantaran Mayat kembali ke Malaysia diterjemahkan ke Bahasa Inggeris oleh penterjemah sah</p>

- 1a – Doctor’s Statement (Medical Claim)/ Kenyataan Doktor yang merawat (Tuntutan Perubatan).
- 5 – Copy of admission final bills / tax invoices with itemized breakdown / Salinan bil-bil / invois terperinci dengan penyata.

**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*

1<sup>st</sup> 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 - AMR*

PART 1: TYPE OF CLAIM BAHAGIAN 1: JENIS TUNTUTAN	
<b>Medical</b> Perubatan [68]	<b>Critical Illness</b> Penyakit Kritikal
<b>Hospitalisation / Day Care Surgery</b> Rawatan Hospital / Pembedahan Harian <input type="checkbox"/> Hospitalisation / 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 <input type="checkbox"/> Surgical & Nursing Loan Pinjaman Pembedahan & Kejururawatan	<input type="checkbox"/> Crisis Cover Crisis Cover <input type="checkbox"/> Crisis Cover Income Crisis Cover Income <b>Total and Permanent Disability</b> Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal [12]
<b>Outpatient Treatment</b> Rawatan Pesakit Luar <input type="checkbox"/> Pre & Post Hospitalisation 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 / Dengue Fever Treatment Rawatan Kanser & Dialisis Buah Pinggang / Demam Denggi Pesakit Luar <input type="checkbox"/> Home Nursing Care Manfaat Penjagaan oleh Jururawat di Rumah	<input type="checkbox"/> Total and Permanent Disability Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal <input type="checkbox"/> Total and Permanent Disability Instalment Benefit Manfaat Ansuran Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal <input type="checkbox"/> Long Term Care Benefit Manfaat Penjagaan Jangka Panjang <b>Death</b> Kematian [09] <input type="checkbox"/> Death Kematian
<b>Allowance Benefits</b> Manfaat Elaun <input type="checkbox"/> Hospitalization Benefit / Allowance Manfaat Hospital / Elaun <input type="checkbox"/> Well Being Benefit Manfaat Kebajikan	<b>Others</b> Lain-lain <input type="checkbox"/> Essential Child Benefit Manfaat Essential Child [11]
<b>Deductible Accumulation</b> Pengumpulan Deduktibel <input type="checkbox"/> Deductible Accumulation Pengumpulan Deduktibel	<input type="checkbox"/> Neonatal Jaundice Jaundis Neonatal <input type="checkbox"/> Life Stage / Life Change Benefit Manfaat Peringkat Kehidupan <input type="checkbox"/> Incubation / Intensive Care Unit / High Dependency Unit Inkubasi / Unit Rawatan Rapi / Unit Pergantungan Tinggi <input type="checkbox"/> Snatch Theft Benefit Manfaat Ragut <input type="checkbox"/> Congenital Conditions Penyakit Kongenital <input type="checkbox"/> Female Carcinoma-in-situ / Recovery Benefit Karsinoma-in-situ Perempuan / Manfaat Pemulihan <input type="checkbox"/> Pregnancy / Maternity Complication Komplikasi Kehamilan <input type="checkbox"/> Infectious Disease Benefit Manfaat Penyakit Berjangkit <input type="checkbox"/>
<b>Personal Accident</b> Kemalangan Peribadi [67] <input type="checkbox"/> Accident Medical Reimbursement Bayaran Balik Perubatan Akibat Kemalangan <input type="checkbox"/> Weekly Indemnity Manfaat Pampasan Mingguan <input type="checkbox"/> Accidental Disablement Hilang Upaya Akibat Kemalangan	

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

**- Tick (✓) Personal Accident – Accident Medical Reimbursement**

*Bahagian 5: Senarai Semakan Tuntutan -Tandakan (✓) Rawatan Hospital / Pembedahan Harian*

*- 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)								
<b>Hospitalisation / Day Care Surgery/ Rawatan Hospital / Pembedahan Harian</b>									
<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation / Day Care Surgery/ Rawatan Hospital / Pembedahan Harian	1a	3	4	6	12	13			
<input type="checkbox"/> Overseas Treatment/ Rawatan Di Luar Negara	1a	3	4	6	10	11			
<input type="checkbox"/> Partially Settled By Other Insurers/ Dibiayai Sebahagiannya Oleh Penanggung Insurans Lain	1a	3	4	6	9				
<input type="checkbox"/> Surgical & Nursing Loan/ Pinjaman Pembedahan & Kejururawatan	1a	3	4	6					
<b>Outpatient Treatment Benefit/ Perubatan Pesakit Luar</b>									
<input type="checkbox"/> Pre & Post Hospitalisation/ Rawatan Sebelum & Selepas Masuk Hospital	3	4	10	11					
<input type="checkbox"/> Outpatient Cancer & Kidney Dialysis / Dengue Fever Treatment/ Rawatan Kanser & Dialisis Buah Pinggang / Demam Denggi Pesakit Luar	2	3	4	10	11				
<input type="checkbox"/> Emergency Treatment of Accidental Injury/ Rawatan Kecemasan untuk Kecederaan Akibat Kemalangan	2	3	4	10	11	12	13		
<input type="checkbox"/> Home Nursing Care/ Manfaat Penjagaan oleh Jururawat di Rumah	3	4	10	11	24	25	26		
<b>Allowance Benefit/ Manfaat Elaun</b>									
<input type="checkbox"/> Hospitalization Benefit / Allowance/ Manfaat Hospital / Elaun	1a	5							
<input type="checkbox"/> Well Being Benefit/ Manfaat Kebajikan	1a	5	6						
<b>Deductible Accumulation/ Pengumpulan Deduktibel</b>									
<input type="checkbox"/> Deductible Accumulation/ Pengumpulan Deduktibel	1a	5							
<b>Personal Accident/ Kemalangan Peribadi</b>									
<input checked="" type="checkbox"/> Accident Medical Reimbursement (AMR)/ Bayaran Balik Perubatan Akibat Kemalangan	2	3	4	6	10	12	13		
<input type="checkbox"/> Weekly Indemnity (WI)/ Manfaat Pampasan Mingguan	1b	6	7	10	12	13			
<input type="checkbox"/> Accidental Disablement/ Hilang Upaya Akibat Kemalangan	1b	6	8	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	
<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 Claim (Please refer to Critical Illness Claim - Doctor's Statement Reference List for covered condition)/ <i>Tuntutan Penyakit Kritikal</i> (Sila rujuk Senarai Rujukan Penyakit Kritikal -Kenyataan Doktor Yang Merawat untuk penyakit yang dilindungi)                      (d) Total and Permanent Disability Claim/ <i>Tuntutan Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal</i> [Doc ID 11601013]                      (e) Total and Permanent Disability Instalment Benefit/ <i>Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal Ansuran</i> [Doc ID 11601070]                      (f) Death Claim/ <i>Tuntutan Kematian</i> [Doc ID 11601010]                      (g) Paediatrician/ <i>Paediatric</i> [Doc ID 11601087]                      (h) Congenital Condition Claim/ <i>Tuntutan Penyakit Kongenital</i> [Doc ID 11601059]                      (i) Pregnancy Complication Claim/ <i>Tuntutan Komplikasi-Komplikasi Kehamilan</i> [Doc ID 11601060]                      (j) Infectious Disease Benefit Claim/ <i>Tuntutan Manfaat Penyakit Berjangkit</i> [Doc ID 11601111]                      (k) Essential Child/ <i>Essential Child</i> [Doc ID 11601120]</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2. Accident / Event date, circumstances of illness / accident, extent of diagnosis / injuries and treatment details certified by the treating doctor on the receipt(s)/ <i>Tarikh dan punca kemalangan / penyakit, keadaan penyakit / kecederaan dan rawatan yang disahkan oleh doktor yang merawat</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 3. Original final bills / tax invoices with itemized breakdown details/ <i>Bil-bil invois terperinci dengan penyata asal</i></p> <p><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></p> <p><input type="checkbox"/> 5. Copy of admission final bills / tax invoices with itemized breakdown details/ <i>Salinan bil-bil / invois 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 checked="" 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 diluar 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 checked="" 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 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 type="checkbox"/> 21. Supporting document such as copy of: Birth Cert, Marriage Cert, Sale &amp; Purchase Agreement, Spouse Death Cert etc./ <i>Dokumen sokongan seperti salinan Sijil Kelahiran, Sijil Perkahwinan, Surat Perjanjian Jual Beli, Sijil Kematian Pasangan</i></p> <p><input type="checkbox"/> 22. 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 type="checkbox"/> 23. Copy of confirmation letter from SOCSO (where applicable)/ <i>Salinan surat pernyataan dari PERKESO (jika berkenaan)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 24. 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"/> 25. Copy of nursing qualifications certificate of the nurses/ <i>Salinan sijil kejururawatan bagi mengesahkan kelayakan jururawat</i></p> <p><input type="checkbox"/> 26. 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"/> 27. For death abroad: Report of death abroad from National Registration Department &amp; Malaysian Embassy in country where death occurred, proof of transportation of corpse to Malaysia translated to English by a certified translator/ <i>Untuk kematian di luar negara: Laporan kematian luar negara dari Jabatan Pendaftaran Negara &amp; Kedutaan Malaysia di Negara kematian berlaku, Bukti Penghantaran Mayat kembali ke Malaysia diterjemahkan ke Bahasa Inggeris oleh penterjemah sah</i></p>

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

- 1a – Doctor's Statement (Medical Claim)/ *Kenyataan Doktor yang merawat (Tuntutan Perubatan).*
- 2 – Accident date, circumstances of accident, extent of injuries and treatment details certified by treating doctor on the receipt(s)/ *Tarikh dan punca kemalangan, kecederaan dan rawatan yang disahkan oleh doctor yang merawat.*
- 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)*
- *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.*

List of ORIGINAL RECEIPT(s) submitted (including Deposit/Refund/Final Receipt(s)). Please paste on A4 paper according to receipt date. <i>Senarai RESIT ASAL yang dilampirkan (termasuk Deposit/Pulangan/Resit Akhir). Sila tampal di atas kertas A4 mengikut susunan tarikh resit.</i>					
Receipt Date <i>Tarikh Resit</i>	Receipt No. <i>No. Resit</i>	Receipt Amount <i>Amaun Resit</i>	Receipt Date <i>Tarikh Resit</i>	Receipt No. <i>No. Resit</i>	Receipt Amount <i>Amaun Resit</i>
25-Oct-2017	A001234	2,000.00			
25-Oct-2017	A001235	3,000.00			
26-Oct-2017	B001236	4,700.00			
27-Oct-2017	B001237	2,300.00			
Note: If space provided is insufficient, please continue on separate sheet of paper and firmly attach it to this form. <i>Nota: Jika kekurangan ruang, sila sambung di kertas berasingan dan lampirkan bersama borang ini dengan rapi.</i>				<b>Total Jumlah</b>	<b>12,000.00</b>
<b>Special Instruction: Please indicate the Policy Number / Benefit to utilize in order of priority.</b> <i>Arahan Khas: Sila nyatakan Nombor Polisi / manfaat perlindungan yang dituntut dahulu mengikut keutamaan.</i>					
1. First RM 5,000 to claim from Accident Medical Reimbursement (AMR) 2. Balance RM 7,000 to claim from Medical Plan. 3.					
Remarks (if any): <i>Kenyataan (jika ada):</i>					

**Example D:/ Contoh D:**

Critical Illness: Heart Attack / *Penyakit Kritikal: Serangan Jantung*

Description: Prolonged chest pain, with ECG & blood test changes (cardiac marker) / *Penerangan: Sakit dada berpanjangan, dengan perubahan ECG dan ujian darah (cardiac marker)*

Diagnosis Date: 13/11/2017 / *Tarikh Diagnosis: 13/11/2017*

Diagnosis: ST elevation Myocardial Infarction / *Diagnosis: ST elevation Myocardial Infarction*

Total Eligible Amount: RM50,000 / *Jumlah Kelayakan: RM50,000*

**Part 1: Type of Claim - Tick (v) Crisis Cover**

*Bahagian 1: Jenis Tuntutan - Tandakan (v) Crisis Cover*

PART 1: TYPE OF CLAIM BAHAGIAN 1: JENIS TUNTUTAN	
<b>Medical</b> <i>Perubatan</i> [68]	<b>Critical Illness</b> <i>Penyakit Kritikal</i>
<b>Hospitalisation / Day Care Surgery</b> <i>Rawatan Hospital / Pembedahan Harian</i>	[11]
<input type="checkbox"/> Hospitalisation / Day Care Surgery <i>Rawatan Hospital / Pembedahan Harian</i>	<input type="checkbox"/> Crisis Cover <i>Crisis Cover</i>
<input type="checkbox"/> Overseas Treatment <i>Rawatan Di Luar Negara</i>	[69]
<input type="checkbox"/> Partially Settled By Other Insurers <i>Dibiayai Sebahagiannya Oleh Penanggung Insurans Lain</i>	<input type="checkbox"/> Crisis Cover Income <i>Crisis Cover Income</i>
<input type="checkbox"/> Surgical & Nursing Loan <i>Pinjaman Pembedahan &amp; Kejururawatan</i>	<b>Total and Permanent Disability</b> <i>Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal</i> [12]

**Part 5: Claim Requirement Checklist - Tick (v) Critical Illness / Crisis Cover**

*Bahagian 5: Senarai Semakan Tuntutan -Tandakan (v) Penyakit Kritikal / Crisis Cover*

Critical Illness/ <i>Penyakit Kritikal</i>							
<input checked="" type="checkbox"/> Crisis Cover/ <i>Crisis Cover</i>	1c	6	17				
<input type="checkbox"/> Payor / Waiver/ <i>Payor / Waiver</i>	1c	6	17	20			
<input type="checkbox"/> Crisis Cover Income/ <i>Crisis Cover Income</i>	Not Applicable/ <i>Tidak Berkaitan</i>						

**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></p> <p>(a) Medical Claim/ <i>Tuntutan Perubatan</i> [Doc ID: 11601007]</p> <p>(b) Personal Accident Claim/ <i>Tuntutan Kemalangan Peribadi</i> [Doc ID 11601004]</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> (c) Critical Illness Claim (Please refer to Critical Illness Claim - Doctor's Statement Reference List for covered condition)/ <i>Tuntutan Penyakit Kritikal (Sila rujuk Senarai Rujukan Penyakit Kritikal -Kenyataan Doktor Yang Merawat untuk penyakit yang dilindungi)</i></p> <p>(d) Total and Permanent Disability Claim/ <i>Tuntutan Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal</i> [Doc ID 11601013]</p> <p>(e) Total and Permanent Disability Instalment Benefit/ <i>Manfaat Ansuran Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal</i> [Doc ID 11601070]</p> <p>(f) Death Claim/ <i>Tuntutan Kematian</i> [Doc ID 11601010]</p> <p>(g) Paediatrician/ <i>Paediatric</i> [Doc ID 11601087]</p> <p>(h) Congenital Condition Claim/ <i>Tuntutan Penyakit Kongenital</i> [Doc ID 11601059]</p> <p>(i) Pregnancy Complication Claim/ <i>Tuntutan Komplikasi-Komplikasi Kehamilan</i> [Doc ID 11601060]</p> <p>(j) Infectious Disease Benefit Claim/ <i>Tuntutan Manfaat Penyakit Berjangkit</i> [Doc ID 11601111]</p> <p>(k) Essential Child Claim/ <i>Tuntutan Essential Child</i> [Doc ID 11601120]</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Accident / Event date, circumstances of illness / accident, extent of diagnosis / injuries and treatment details certified by the treating doctor on the receipt(s)/ <i>Tarikh dan punca kemalangan / penyakit, keadaan penyakit / 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 invois 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 / invois 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(untukrawatandiluarnegara)</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 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 type="checkbox"/> 21. Supporting document such as copy of: Birth Cert, Marriage Cert, Sale &amp; Purchase Agreement, Spouse Death Cert etc./ <i>Dokumen sokongan seperti salinan Sijil Kelahiran, Sijil Perkahwinan, Surat Perjanjian Jual Beli, Sijil Kematian Pasangan</i></p> <p><input type="checkbox"/> 22. 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 type="checkbox"/> 23. Copy of confirmation letter from SOCSO (where applicable)/ <i>Salinan surat pernyataan dari PERKESO (jika berkenaan)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 24. 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"/> 25. Copy of nursing qualifications certificate of the nurses/ <i>Salinan sijil kejururawatan bagi mengesahkan kelayakan jururawat</i></p> <p><input type="checkbox"/> 26. 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"/> 27. For death abroad: Report of death abroad from National Registration Department &amp; Malaysian Embassy in country where death occurred, proof of transportation of corpse to Malaysia translated to English by a certified translator/ <i>Untuk kematian di luar negara: Laporan kematian luar negara dari Jabatan Pendaftaran Negara &amp; Kedutaan Malaysia di Negara kematian berlaku, Bukti Penghantaran Mayat kembali ke Malaysia diterjemahkan ke Bahasa Inggeris oleh penterjemah sah</i></p>

- 1c – Doctor’s Statement (Critical Illness Claim)/ *Kenyataan Doktor yang merawat (Tuntutan Penyakit Kritikal)*  
Please refer to **Critical Illness Claim- Doctor's Statement Reference List** for covered condition / *Sila rujuk Senarai Rujukan Penyakit Kritikal - Kenyataan Doktor Yang Merawat untuk penyakit yang dilindungi*

**CRITICAL ILLNESS CLAIM - DOCTOR'S STATEMENT**

*Heart Related Conditions*

*Note: This form is to be completed at the Patient's expense by the Attending Physician/ Surgeon who treated the patient.*



Patient's Personal Details				
Name		Policy Number		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
NRIC/Old IC/Passport/Birth Cert/Others	Date of Birth	Gender		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female	
The claim is being filled for the following illness: (Please tick [✓] in the appropriate box)				
		Section to be completed		
<input type="checkbox"/>	Coronary Artery Disease Requiring Surgery/ By-Pass Surgery	A, B, I & J	<input type="checkbox"/>	Percutaneous Heart Valve Surgery
<input type="checkbox"/>	Other Serious Coronary Artery Disease	A, B, I & J	<input type="checkbox"/>	Surgery of Aorta
<input type="checkbox"/>	Angioplasty & Other Invasive Treatments	A, B, I & J	<input type="checkbox"/>	Minimally invasive surgery to Aorta
<input type="checkbox"/>	Keyhole Coronary By-Pass Surgery	A, B, I & J	<input type="checkbox"/>	Cardiomyopathy
<input type="checkbox"/>	Enhanced External Counterpulsation Procedure	A, B, I & J	<input type="checkbox"/>	Pericardiectomy
<input type="checkbox"/>	Heart Attack/ Acute Myocardial Infarction	A, C, I & J	<input type="checkbox"/>	Insertion of Pacemaker
<input type="checkbox"/>	Heart Valve Replacement/ Surgery	A, D, I & J	<input type="checkbox"/>	Insertion of Cardiac Defibrillator
			Section to be completed	
			A, D, I & J	
			A, E, I & J	
			A, E, I & J	
			A, F, I & J	
			A, G, I & J	
			A, H, I & J	
			A, H, I & J	

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

**Example E:/ Contoh E:**

Critical Illness: Chronic Relapsing Pancreatitis / *Penyakit Kritikal: kronik Pancreatitis berulang*

Description: Multiple attacks of acute Pancreatitis, Malabsorption syndrome (supported by imaging report & blood test results) / *Penerangan: serangan pancreatitis berulang, sindrom malabsorpsi (disokong dengan laporan pengimejan & keputusan ujian darah)*

Diagnosis Date: 21/01/2019 / *Tarikh Diagnosis: 21/01/2019*

Diagnosis: Chronic Pancreatitis / *Diagnosis: Kronik Pancreatitis*

Total Eligible Amount: RM40,000 / *Jumlah Kelayakan: RM 40,000*

**Part 1: Type of Claim - Tick (v) Crisis Cover**

*Bahagian 1: Jenis Tuntutan - Tandakan (v) Crisis Cover*

PART 1: TYPE OF CLAIM BAHAGIAN 1: JENIS TUNTUTAN	
<b>Medical</b> <i>Perubatan</i> [68]	<b>Critical Illness</b> <i>Penyakit Kritikal</i>
<b>Hospitalisation / Day Care Surgery</b> <i>Rawatan Hospital / Pembedahan Harian</i>	[11]
<input type="checkbox"/> Hospitalisation / Day Care Surgery <i>Rawatan Hospital / Pembedahan Harian</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Crisis Cover <i>Crisis Cover</i>
<input type="checkbox"/> Overseas Treatment <i>Rawatan Di Luar Negara</i>	<input type="checkbox"/> Crisis Cover Income <i>Crisis Cover Income</i> [69]
<input type="checkbox"/> Partially Settled By Other Insurers <i>Dibiayai Sebahagiannya Oleh Penanggung Insurans Lain</i>	<input type="checkbox"/> Surgical & Nursing Loan <i>Pinjaman Pembedahan &amp; Kejururawatan</i>
	<b>Total and Permanent Disability</b> <i>Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal</i> [12]

**Part 5: Claim Requirement Checklist - Tick (v) Critical Illness / Crisis Cover**

*Bahagian 5: Senarai Semakan Tuntutan -Tandakan (v) Penyakit Kritikal / Crisis Cover*

Critical Illness/ Penyakit Kritikal							
<input checked="" type="checkbox"/> Crisis Cover/ <i>Crisis Cover</i>	1c	6	17				
<input type="checkbox"/> Payor / Waiver/ <i>Payor / Waiver</i>	1c	6	17	20			
<input type="checkbox"/> Crisis Cover Income/ <i>Crisis Cover Income</i>	Not Applicable/ <i>Tidak Berkaitan</i>						

Note / *Nota:*

\*This is one of the new critical illness conditions which is only applicable for PRUwith You & PRUwealth as of 1st January 2019.

*\*Penyakit ini adalah salah satu daripada senarai penyakit kritikal yang baru ditambah yang hanya terpakai untuk PRUwith You & PRUwealth berkuatkuasa dari 1st Januari 2019.*

\*The requirement list for this example listed on the claim form is similar to example D due to the same claim type. (i.e. Critical illness).

*\*Senarai semakan yang disenaraikan dalam borang tuntutan untuk contoh ini adalah sama seperti contoh D kerana sama jenis tuntutan (i.e. Penyakit kronik)*



**Example F:/ Contoh F:**

Others Claim: Female Carcinoma-in-situ / *Tuntutan Lain-lain: Karsinoma-in-situ Perempuan*  
 Diagnosis: Carcinoma-in-situ of the breast / *Diagnosis: Karsinoma-in-situ payudara*  
 Date of admission: 03-06/06/2018 / *Tarikh Kemasukan: 03-06/06/2018 (Sunway Medical Centre)*  
 Procedure: Imaging and biopsy of breast done / *Prosedur: Imbasan dan biopsi payudara dilakukan*  
 Claim for PRU lady benefit / *Tuntutan untuk Manfaat PRU lady*

**Part 1: Type of Claim - Tick (v) Female Carcinoma-in-situ / Recovery Benefit**

*Bahagian 1: Jenis Tuntutan - Tandakan (v) Karsinoma-in-situ Perempuan / Manfaat Pemulihan*

Others Lain-lain	
<input type="checkbox"/> Essential Child Benefit <i>Manfaat Essential Child</i>	[11]
[57]	
<input type="checkbox"/> Neonatal Jaundice <i>Jaundis Neonatal</i>	<input type="checkbox"/> Life Stage / Life Change Benefit <i>Manfaat Peringkat Kehidupan</i>
<input type="checkbox"/> Incubation / Intensive Care Unit / High Dependency Unit <i>Inkubasi / Unit Rawatan Rapi / Unit Pergantungan Tinggi</i>	<input type="checkbox"/> Snatch Theft Benefit <i>Manfaat Ragut</i>
<input type="checkbox"/> Congenital Conditions <i>Penyakit Kongenital</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Female Carcinoma-in-situ / Recovery Benefit <i>Karsinoma-in-situ Perempuan / Manfaat Pemulihan</i>
<input type="checkbox"/> Pregnancy / Maternity Complication <i>Komplikasi Kehamilan</i>	<input type="checkbox"/> Infectious Disease Benefit <i>Manfaat Penyakit Berjangkit</i>
<input type="checkbox"/>	

**Part 5: Claim Requirement Checklist - Tick (v) Female Carcinoma-in-situ / Recovery Benefit**

*Bahagian 5: Senarai Semakan Tuntutan - Tandakan (v) Karsinoma-in-situ Perempuan / Manfaat Pemulihan*

Others / Lain-lain								
<input type="checkbox"/> Neonatal Jaundice/ <i>Jaundis Neonatal</i>		1g	5	6				
<input type="checkbox"/> Incubation / Intensive Care Unit / High Dependency Unit/ <i>Inkubasi / Unit Rawatan Rapi / Unit Pergantungan Tinggi</i>		1g	5					
<input type="checkbox"/> Congenital Conditions/ <i>Penyakit Kongenital:</i>	<input type="checkbox"/> (a) For Infant Care/ <i>Untuk Infant Care</i>	1h	3	4	6			
	<input type="checkbox"/> (b) For PRU lady/ <i>Untuk PRU lady</i>	1h	6					
<input type="checkbox"/> Pregnancy / Maternity Complication/ <i>Komplikasi Kehamilan</i>	<input type="checkbox"/> (a) For Infant Care/ <i>Untuk Infant Care</i>	1i	6	18	21			
	<input type="checkbox"/> (b) For PRU lady/ <i>Untuk PRU lady</i>	1i	6	18	21			
	<input type="checkbox"/> (c) For Medical Rider/ <i>Untuk Rider Perubatan</i>	1i	3	4	6	18	21	
<input type="checkbox"/> Life Stage / Life Change Benefit/ <i>Manfaat Peringkat Kehidupan</i>		21						
<input type="checkbox"/> Snatch Theft Benefit/ <i>Manfaat Ragut</i>		13						
<input checked="" type="checkbox"/> Female Carcinoma-in-situ / Recovery Benefit/ <i>Karsinoma-in-situ Perempuan / Manfaat Pemulihan</i>		1c	6					
<input type="checkbox"/> Infectious Disease Benefit/ <i>Manfaat Penyakit Berjangkit</i>		1j	5	6				
<input type="checkbox"/> Essential Child Benefit/ <i>Manfaat Essential Child</i>		1k	6	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	
<p><input checked="" type="checkbox"/> 1. <b>Doctor's Statement/ Kenyataan Doktor Yang Merawat:</b></p> <p>(a) Medical Claim/ Tuntutan Perubatan [Doc ID: 11601007]</p> <p>(b) Personal Accident Claim/ Tuntutan Kemalangan Peribadi [Doc ID 11601004]</p> <p><b>(c) Critical Illness Claim (Please refer to Critical Illness Claim - Doctor's Statement Reference List for covered condition)/ Tuntutan Penyakit Kritikal (Sila rujuk Senarai Rujukan Penyakit Kritikal -Kenyataan Doktor Yang Merawat untuk penyakit yang dilindungi)</b></p> <p>(d) Total and Permanent Disability Claim/ Tuntutan Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal [Doc ID 11601013]</p> <p>(e) Total and Permanent Disability Instalment Benefit/ Manfaat Ansuran Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal [Doc ID 11601070]</p> <p>(f) Death Claim/ Tuntutan Kematian [Doc ID 11601010]</p> <p>(g) Paediatrician/ Paediatrik [Doc ID 11601087]</p> <p>(h) Congenital Condition Claim/ Tuntutan Penyakit Kongenital [Doc ID 11601059]</p> <p>(i) Pregnancy Complication Claim/ Tuntutan Komplikasi-Komplikasi Kehamilan [Doc ID 11601060]</p> <p>(j) Infectious Disease Benefit Claim/ Tuntutan Manfaat Penyakit Berjangkit [Doc ID 11601111]</p> <p>(k) Essential Child Claim/ Tuntutan Essential Child [Doc ID 11601120]</p>	<p><input type="checkbox"/> 10. Medical report and medical bills translated in English (for overseas treatment)/ Laporan perubatan dan bil-bil diterjemahkan dalam Bahasa Inggeris(untukrawatandiluarnegara)</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Copy of passport indicating evidence of travel (for overseas treatment)/ Salinan pasport yang menunjukkan bukti perjalanan (untuk rawatan di luar negara)</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Copy of driving license (for road traffic accident)/ Salinan lesen memandu (untuk kemalangan jalan raya)</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Copy of police report (where applicable)/ Salinan laporan polis (jika berkenaan)</p> <p><input type="checkbox"/> 14. Police detailed investigation report/ Laporan siasatan polis</p> <p><input type="checkbox"/> 15. Post mortem report / autopsy/ Laporan bedah siasat awal / autopsi</p> <p><input type="checkbox"/> 16. Toxicology report/ Laporan toksikologi</p> <p><input type="checkbox"/> 17. Copy of Life Assured or Claimant 's NRIC or passport/ Salinan kad pengenalan atau pasport hayat yang diinsuranskan atau penuntut</p> <p><input type="checkbox"/> 18. Copy of Birth Certificate/ Salinan Sijil Kelahiran</p> <p><input type="checkbox"/> 19. Certified True Copy of Death Certificate by PAMB Branch Executive/BDE/ RDM/Bank Branch Manager/ Salinan Sijil Kematian yang disahkan benar oleh eksekutif PAMB/BDE/RDM/ Pengurus Cawangan Bank</p> <p><input type="checkbox"/> 20. Proof of relationship/ Bukti hubungan</p> <p><input type="checkbox"/> 21. Supporting document such as copy of: Birth Cert, Marriage Cert, Sale &amp; Purchase Agreement, Spouse Death Cert etc./ Dokumen sokongan seperti salinan Sijil Kelahiran, Sijil Perkahwinan, Surat Perjanjian Jual Beli, Sijil Kematian Pasangan</p> <p><input type="checkbox"/> 22. Copy of letter medically boarded out from employer (where applicable)/ Salinan surat persaraan atas alasan kesihatan daripada majikan (jika berkenaan)</p> <p><input type="checkbox"/> 23. Copy of confirmation letter from SOCSO (where applicable)/ Salinan surat pernyataan dari PERKESO (jika berkenaan)</p> <p><input type="checkbox"/> 24. Recommendation letter from treating doctor for home nursing care/Surat cadangan daripada doktor menyatakan keperluan untuk bantuan penjagaan oleh jururawat di rumah</p> <p><input type="checkbox"/> 25. Copy of nursing qualifications certificate of the nurses/ Salinan sijil kejururawatan bagi mengesahkan kelayakan jururawat</p> <p><input type="checkbox"/> 26. Breakdown charges detailing the time and period of the home nursing care services rendered per day/ Caj terperinci menunjukkan masa dan tempoh penjagaan oleh jururawat pada setiap hari</p> <p><input type="checkbox"/> 27. For death abroad: Report of death abroad from National Registration Department &amp; Malaysian Embassy in country where death occurred, proof of transportation of corpse to Malaysia translated to English by a certified translator/ Untuk kematian di luar negara: Laporan kematian luar negara dari Jabatan Pendaftaran Negara &amp; Kedutaan Malaysia di Negara kematian berlaku, Bukti Penghantaran Mayat kembali ke Malaysia diterjemahkan ke Bahasa Inggeris oleh penterjemah sah</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. Accident / Event date, circumstances of illness / accident, extent of diagnosis / injuries and treatment details certified by the treating doctor on the receipt(s)/ Tarikh dan punca kemalangan / penyakit, keadaan penyakit / kecederaan dan rawatan yang disahkan oleh doktor yang merawat</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Original final bills / tax invoices with itemized breakdown details/ Bil-bil invois terperinci dengan penyata asal</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Original receipts including deposit receipt [Please complete List of Original Receipt]/ Resit-resit asal termasuk deposit [Sila lengkapkan Senarai Resit Asal]</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Copy of admission final bills / tax invoices with itemized breakdown details/ Salinan bil-bil / invois terperinci dengan penyata</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 6. <b>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</b></p> <p><input type="checkbox"/> 7. <b>Medical certificate/ Sijil perubatan</b></p> <p><input type="checkbox"/> 8. Photograph showing injury / amputation for one full body and one showing the affected body part (where applicable)/ Gambar asal menunjukkan kecederaan seluruh badan dan satu gambar menunjukkan anggota yang cedera (jika berkenaan)</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Copy of settlement letter from other insurers/ Salinan surat pernyataan dari penanggung insurans lain</p>	

- 1c – Doctor’s Statement (Critical Illness Claim)/ *Kenyataan Doktor yang merawat (Tuntutan Penyakit Kritikal)*  
Please refer to **Critical Illness Claim - Doctor's Statement Reference List** for covered condition / *Sila rujuk Senarai Rujukan Penyakit Kritikal - Kenyataan Doktor Yang Merawat untuk penyakit yang dilindungi*

**CRITICAL ILLNESS CLAIM - DOCTOR'S STATEMENT**  
*Cancer*







*Note: This form is to be completed at the Patient's expense by the Attending Physician/ Surgeon who treated the patient.*

Patient's Personal Details			
Name		Policy Number	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
NRIC/Old IC/Passport/Birth Cert/Others	Date of Birth	Gender	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
The claim is being filled for the following illness: (Please tick [✓] in the appropriate box)			
Section to be completed		Section to be completed	
<input type="checkbox"/> Cancer/ Early Stage Cancer	A, B, C, & D	<input type="checkbox"/> Mastectomy For Carcinoma-In-Situ Breast	A, B, C, & D
<input type="checkbox"/> Carcinoma-in-situ (Breast/ Cervix Uteri/ Uterus/ Ovary/ Fallopian Tube/ Vagina)	A, B, C, & D	<input type="checkbox"/> Prostatectomy For Stage 1 Prostate Cancer	A, B, C, & D
		<input type="checkbox"/> Cystectomy For Carcinoma-In-Situ Urinary Bladder/ Papillary Carcinoma Of The Bladder	A, B, C, & D





- 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*

## 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 kelewatan pembayaran tuntutan.*