

**CLAIM REQUIREMENT CHECKLIST**  
**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 2) No.Senarai Semakan (Rujuk kepada mukasurat 2)							
<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 Kecelakaan 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/ Manfaat Assuran Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal	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
<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					

**Requirement List****Senarai Semakan**

- |   |  |
|---|--|
| <p><input 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>(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/ <i>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 / <i>Resit-resit asal termasuk deposit</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 type="checkbox"/> 6. Copy of tests results: Histopathology, X-ray, MRI, CT scan, ultrasound, blood test, visual acuity, audiogram report and all other lab test report/ <i>Salinan laporan ujian: Histopatologi, sinar-X, MRI, CT, ultrasound, ujian darah, visual acuity, audiogram, dan lain-lain ujian makmal</i></p> <p><input type="checkbox"/> 7. Medical certificate/ <i>Sijil perubatan</i></p> <p><input type="checkbox"/> 8. Photograph showing injury / amputation for one full body and one showing the affected body part (where applicable)/ <i>Gambar asal menunjukkan kecederaan seluruh badan dan satu gambar menunjukkan anggota yang cedera (jika berkenaan)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 9. Copy of settlement letter from other insurers/ <i>Salinan surat pernyataan dari penanggung insurans lain</i></p> | <p><input type="checkbox"/> 10. Medical report and medical bills translated in English (for overseas treatment)/ <i>Laporan perubatan dan bil-bil diterjemahkan dalam Bahasa Inggeris (untuk rawatan 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 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 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> |
|---|--|