

Group Critical Illness Claim / Tuntutan Penyakit Kritikal Kumpulan

(Claimant's Statement / Penyata Pihak Menuntut)

Particular of Policy Holder / Butir-butir Pemunya Polisi

Policy No./ No. Polisi : _____ Claim No./ No. Tuntutan : _____

Policy Holder/ Pemunya Polisi : _____ Office Tel. No./ No.Tel.Pejabat : _____

Address of Policy Holder/ Alamat Pemunya Polisi : _____

Postcode/ Poskod : _____

Kindly note that all certification of documents must be done either by the Commissioner of Oaths, Solicitors, Allianz's Personnel (Executive and above), or the Issuing Authority. / Adalah dimaklumkan bahawa semua pengesahan dokumen mestilah dilakukan oleh Pesuruhjaya Sumpah, Peguam, Kakitangan Allianz (Eksekutif dan atas) atau Pihak Berkuasa yang mengeluarkan dokumen.

Payment Details / Butir-butir Pembayaran (Mandatory To Be Completed / Wajib Diisikan)

Payment payable to / Bayaran kepada: Employer / Majikan Bank * / Bank *
(* For Pro Credit Purpose / Untuk Kegunaan Pro Credit)

Cause of Claim / Sebab Tuntutan

Sickness / Penyakit Accident / Kemalangan

Document Checklist / Senarai Semakan Dokumen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Claimant's Statement / Penyata Pihak Menuntut | <input type="checkbox"/> Attendance Record, Leave Record and Medical Certificate(s) Since Five Months Prior To Policy Effective Date / Rekod Kehadiran, Rekod Cuti dan Sijil Perubatan Sejak Lima Bulan Sebelum Tarikh Berkuatkuasa Polisi |
| <input type="checkbox"/> Claimant's NRIC, duly certified / KP Pihak Menuntut yang disahkan | <input type="checkbox"/> Police Report and Newspaper Cutting For Accident (if available) / Laporan Polis dan Keratan Surat Khabar Untuk Kemalangan (jika ada) |
| <input type="checkbox"/> Medical Report for Critical Illness Claim / Laporan Perubatan untuk Penyakit Kritikal | <input type="checkbox"/> Bank's Confirmation Letter on Outstanding Loan Amount (if applicable) * / Surat Pengesahan Bagi Jumlah Tunggakan Pinjaman Daripada Bank (jika berkenaan)* |
| <input type="checkbox"/> All Medical Investigation Reports (e.g: laboratory report, histopathology report) / Semua Laporan Penyiasatan Perubatan (contoh: laporan makmal, histopatologi) | |
| <input type="checkbox"/> Copy of Employment Letter / Salinan Bagi Surat Lantikan | |
| <input type="checkbox"/> Last Three Months Payslips as at Event Date / Slip Gaji Tiga Bulan Terakhir pada Tarikh Berlakunya Peristiwa | |

Note * / Nota * : Not applicable to Employee Benefit / Bukan Untuk Kebajikan Pekerja

Particulars of Life Assured / Butir-butir Orang Diinsuranskan

Name of Life Assured (same as NRIC) / Nama Orang Diinsuranskan (sama dengan KP) :

NRIC No./ No. KP (Baru) : _____ Old IC No./ No. KP (Lama) : _____ Age / Umur : _____

Passport No. / No.Pasport : _____ Gender / Jantina : _____

Tel. No./ No.Tel. : 6 _____ Mobile Phone No./ No. Tel. Bimbit : 6 _____

E-mail/ Emel : _____

Correspondance Address / Alamat Surat-Menyurat : _____

Postcode/ Poskod : _____

Details of Employment / Butir-butir Majikan

Employee ID./ No. Pekerja : _____ Occupation/ Pekerjaan : _____ Sum Assured/ Jumlah Diinsuranskan : _____

Plan Type / Kategori Plan : _____ First Employment Date/ Tarikh Mula Bekerja : ____/____/____ Last Employment Date/ Tarikh Terakhir Bekerja : ____/____/____

Last Working Status/ Status Bekerja Terakhir : Active/ Aktif Absent/ Tidak Hadir (please complete the following/ sila lengkapkan perkara berikut)

Leave Start Date/Tarikh Bermula Cuti : ____/____/____ Leave Type/ Jenis Cuti : _____ Date HR was notified/ Tarikh HR dimaklumkan : ____/____/____

Details of Claims / Butir-butir Tuntutan :

Date of symptom first appeared/ Tarikh permulaan simptom : ____/____/____

What are the symptoms/ Apakah simptom :

Date of diagnosis/ Tarikh Diagnosis : ____/____/____

Diagnosis/ Diagnosis :

Date you first consulted doctor for this condition/ Tarikh yang anda mula mendapatkan rawatan bagi keadaan ini : ____/____/____

What treatment are you currently receiving?/ Apakah jenis rawatan yang anda terima sekarang?

Head Office :

Level 29, Menara Allianz Sentral, 203, Jalan Tun Sambanthan, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Tel : +603-2264 1188 / 2264 0688 Fax : +603-2264 8440 (LHC) www.allianz.com.my

Customer Service Centre :

Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Toll Free : 1-300-88-1028 Tel : +603-2264 8553 Fax : +603-2264 8499 Email: customer.service@allianz.com.my



GC1001

Please State All Other Doctors Consulted for This Condition / <i>Sila Nyatakan Semua Doctor yang Merawat Untuk Keadaan Ini</i>		
Name / Nama	Address / Alamat	Date / Tarikh

Please State Any Other Doctor That You Consulted for the Past 3 Years/ <i>Sila Nyatakan Doctor yang Pernah Merawat Anda Sejak 3 Tahun Lepas</i>			
Name / Nama	Address / Alamat	Date / Tarikh	Consultation / Rawatan

General Information / Maklumat Umum

Please provide us the full details of any other insurance policies which you may receive payment for this condition. / *Sila nyatakan dengan lengkap semua polisi insurans lain yang anda mungkin terima bayaran tuntutan untuk keadaan ini.*

Company / Syarikat :	Policy No. / No. Polisi :	Policy Date / Tarikh Polisi :	Sum Assured / Jumlah Diinsuranskan :

Declaration & Authorisation by Life Assured/Policy Owner/Claimant / *Pengisytiharan & Kebenaran oleh Orang Diinsuranskan/Pemunya Polisi/Pihak Menuntut*

I/We declare that the information given in this form is true and correct. I/We agree that the written statement of all the physicians who attended to or treated the Life Assured, and all papers furnished in support of this claim shall constitute and they are by this means made a part of these proofs of critical illness and further agree that the furnishing of this form or any other forms supplemental to that or any acts of enquiry or investigation by the ALLIANZ LIFE INSURANCE MALAYSIA BERHAD ("Company") shall not be considered an admission by it that there was an assurance in force on the life in question nor a waiver of any of its right or defences. I/We, having read and understood the contents authorise any physician, hospital, clinic or insurance company or other organizations, institutions or persons that have knowledge of the Life Assured or records in respect of, including but not limited to, the Life Assured's health, employment records or claims history to disclose to the Company or its representative any and all such information. I/We expressly waive all provision of law forbidding any physician or surgeon from disclosing any information acquired while attending to the Life Assured in a professional capacity. This authorisation shall irrevocably bind my/our successors and assignees and remain valid, regardless my/our death or incapacity and a copy of this shall be as effective and valid as the original.

Saya/Kami dengan ini mengisytiharkan bahawa maklumat yang diberikan di dalam borang ini adalah benar dan betul. Saya/Kami bersetuju bahawa pernyataan bertulis oleh semua doktor yang memerhati/merawat Orang Diinsuranskan dan semua dokumen yang diberikan sebagai sokongan tuntutan ini akan menjadi sah di sisi undang-undang dan dengan ini dijadikan sebahagian daripada bukti-bukti penyakit kritikal dan seterusnya bersetuju bahawa borang yang dilengkapi ini dan borang-borang sampingan atau apa-apa tindakan pertanyaan atau siasatan oleh ALLIANZ LIFE INSURANCE MALAYSIA BERHAD ("Syarikat") tidak boleh dianggap sebagai pengakuan terdapat insurans yang berkuatkuasa mengenai hayat yang diperkatakan atau pelepasan sebarang hak atau pembelaan oleh Syarikat. Saya/Kami, setelah membaca dan memahami kandungan dengan ini membenarkan sebarang doktor, pihak hospital, klinik atau syarikat insurans atau lain-lain organisasi, institusi atau orang perseorangan yang mempunyai pengetahuan tentang Orang Diinsuranskan atau rekod mengenai, termasuk tetapi bukan terhad kepada, kesihatan, rekod majikan atau sejarah tuntutan, untuk mendedahkan kepada Syarikat tersebut atau wakilnya tentang sebarang dan keseluruhan maklumat tersebut. Saya/Kami secara nyata mengenyepikan hak ke atas semua peruntukan undang-undang yang melarang doktor atau pakar bedah daripada memberi sebarang maklumat yang diperolehi semasa merawat Orang Diinsuranskan ketika menjalankan tugas sebagai profesional. Kebenaran ini mengikat dan tidak boleh dibatal oleh waris dan penerima serah hak dan masih kekal, tanpa mengira kematian atau ketidakupayaan saya/kami dan salinan kebenaran ini dianggap sebagai sah dan berkesan seperti dokumen asal.

Signature of Claimant / Life Assured /
Tandatangan Pihak Mununtut / Orang Diinsuranskan
 Name / Nama :
 NRIC No. / No. KP (Baru) :
 Date / Tarikh :

Signature of Witness / *Tandatangan Saksi*
 Name / Nama :
 NRIC No. / No. KP (Baru) :
 Tel. No. / No. Tel. :
 Date / Tarikh :

Authorised Signatory of Employer / Bank /
Tandatangan Majikan / Bank
 Name / Nama :
 Designation / Jawatan :
 Department / Jabatan :
 Date / Tarikh :

Company Stamp / *Cop Syarikat*