

Accident Claim / Tuntutan Kemalangan

(Claimant's Statement / Penyata Pihak Menuntut)

*Indicates mandatory fields / wajib diisi

*Policy No./ No. Polisi : *Claim Amount / Amaun Tuntutan (RM) :

Payment Details / Butir-butir Pembayaran

All eligible and admissible claim payment shall be credited into the Bank Account No. stated in the E-Payment (Direct Credit) Authorisation Form. Payment will be credited into your bank account within 5 working days from claim approval date. Failure to provide us with the correct account no. will result in a delay in claim payment. You shall submit a fresh copy of E-Payment (Direct Credit) Authorisation Form to us if there is any change to your bank account details. / Segala pembayaran tuntutan yang layak dan dapat diterima akan dikreditkan ke dalam No. Akaun Bank yang tertulis di dalam Borang Kebenaran E-Pembayaran (Kredit Terus). Pembayaran akan dikreditkan ke dalam akaun bank anda di dalam masa 5 hari bekerja bermula daripada tarikh tuntutan diluluskan. Kegagalan memberikan nombor akaun yang betul kepada kami akan menyebabkan kelewatan di dalam pembayaran tuntutan. Anda boleh menghantar salinan terbaru Borang Kebenaran E-Pembayaran (Kredit Terus) kepada kami sekiranya terdapat sebarang perubahan pada butir-butir akaun bank anda.

Document Checklist / Senarai Semakan Dokumen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Claimant Statement / Penyata Pihak Menuntut | <input type="checkbox"/> Police Report / Laporan Polis |
| <input type="checkbox"/> Medical Report for Accident Claim / Laporan Perubatan untuk Tuntutan Kemalangan | <input type="checkbox"/> Photograph of dismemberment / Gambar pemisahan |
| <input type="checkbox"/> Original Tax Invoice(s)/Final Bill(s) & Itemised/Detailed Bill(s) / Salinan Asal Invois Cukai/Bil Terakhir & Bil Terperinci Terakhir | <input type="checkbox"/> Newspaper Cutting, if any / Keratan suratkhbar, jika ada |
| <input type="checkbox"/> Original Official Receipt (s) / Salinan Asal Resit Rasmi | <input type="checkbox"/> SOCSO Claim Form, if any / Borang tuntutan SOCSO, jika ada |
| <input type="checkbox"/> X-ray/Radiology Report, if any / Laporan sinar X/radiologi, jika ada | <input type="checkbox"/> Claimant's NRIC, duly certified / KP Baru Pihak Menuntut yang disahkan |
| | <input type="checkbox"/> E-Payment (Direct Credit) Authorisation Form / Borang Kebenaran E-Pembayaran (Kredit Terus) |

*Type of Claims / Jenis Tuntutan

- a. Medical Expenses / Perbelanjaan Perubatan
 b. Weekly Indemnity / Pampasan Mingguan
 c. Dismemberment Benefit / Faedah Pemisahan

Event Happen On/Particulars of Life Assured / Kejadian Berlaku Kepada/Butir-butir Orang Diinsuranskan

*Name of Life Assured/ Nama Orang Diinsuranskan : *NRIC No./ No. KP (Baru) : Old IC No./ No. KP (Lama) : Passport No. (for foreigner only) / No. Pasport (untuk warganegara asing sahaja) : E-mail/ Emel :

Particulars of Claimant/ Policy Owner / Butir-butir Pihak Menuntut/ Pemunya Polisi

Name of Claimant/ Policy Owner / Nama Pihak Menuntut/ Pemunya Polisi : NRIC No./ No. KP (Baru) : Old IC No./ No. KP (Lama) : Passport No (for foreigner only) / No Pasport (untuk warganegara asing sahaja) :

SMS Notification / Notifikasi SMS

*Please indicate the claimant's mobile phone no. for SMS Notification/ Sila nyatakan no. tel bimbit pihak menuntut untuk Notifikasi SMS :

Details of Employment / Butir-butir Majikan

*Name of Employer/ Nama Majikan : *Tel. No. (Office)/ No. Tel. (Pejabat) : *Address of Employer / Alamat Majikan : Postcode/ Poskod :

*Occupation/ Pekerjaan :

Briefly describe your job function(s)/ Sila beri penerangan untuk tugas anda :

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.
Allianz Contact Center: 1 300 22 5542 Fax: +603-2264 8499 Email: customer.service@allianz.com.my



PAS001

Details of Accident / Butir-butir Kemalangan (Please use Page 4 if required additional space)

*Date of Accident / Tarikh Kemalangan : ____ / ____ / ____

*Time of Accident/ Waktu Kemalangan : _____ a.m. / p.m/ pagi / petang

*Kindly describe how the accident occurred/ Sila beri penerangan bagaimana kemalangan berlaku :

*Nature And Extent Of Injury/ Jenis Dan Tahap Kecederaan Dialami :

Other Information / Maklumat-maklumat lain

*Date you last attended work/ Tarikh akhir anda bekerja : ____ / ____ / ____

*Date you returned to work/ Tarikh mula bekerja semula : ____ / ____ / ____

*Please provide details of consultation(s) of doctor(s) who treated the injury / Sila berikan butir-butir rawatan dan butir-butir doktor yang merawat kecederaan tersebut

Name and Address/ Nama dan Alamat	Date/ Tarikh	Admission date (if any)/ Tarikh Dimasukkan wad

General Information/ Maklumat Umum

Are you presently insured for accidental benefits under any government law program, benefits scheme or any other insurance policy? / Adakah anda ketika ini dilindungi untuk faedah kemalangan, di bawah sebarang program undang-undang kerajaan, skim faedah atau sebarang polisi insurans lain?

Name & Company/Program/ Nama & Syarikat/Program	Policy/ Membership No./ No.Polisi/Keahlian	Amount of Benefit/ Jumlah Faedah

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 legally valid and binding documents and they are by this means made a part of these proofs of accident 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 organisations, 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 provisions 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 kemalangan 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.

Note/Nota : If the Life Assured is a child or below 18 years old, the Parent/Guardian should sign in the capacity of the Claimant. / Jika Orang Diinsuranskan adalah kanak-kanak atau di bawah umur 18 tahun, Ibu Bapa/Penjaga hendaklah menandatangani di dalam kapasiti Pihak Menuntut.

Signature of Life Assured /
Tandatangan Orang Diinsuranskan
Date / Tarikh :

Signature of Claimant/ Policy Owner (if
different from Life Assured) / Tandatangan
Pihak Menuntut/ Pemunya Polisi (jikalau
berlainan daripada Orang Diinsuranskan)
Date / Tarikh :

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

1. Processing of Your Personal Data / Pemprosesan Data Peribadi Anda

The Company will use the information you supply in the Claims Form to, among others, process your claim in accordance with the Personal Data Protection Act 2010, other related legislation, the Company's and/or its Group's own strict internal policy. / *Allianz Life Insurance Malaysia Berhad ("Syarikat") akan menggunakan maklumat yang anda bekalkan dalam Borang Tuntutan untuk, antaranya, memproses tuntutan anda mengikut Akta Perlindungan Data Peribadi 2010, undang-undang lain yang berkaitan, polisi dalaman Syarikat dan/atau Kumpulannya sendiri yang ketat.*

The personal information, which is either supplied by you or by other members of your family, will include policy information, financial information and sensitive personal data about you and any other members of your family including information on physical or mental health or medical condition or religious beliefs if they are also covered by the insurance for which a claim is being made ("Personal Data"). / *Maklumat peribadi tersebut, samada yang dibekalkan oleh anda atau ahli keluarga anda yang lain, akan termasuk maklumat polisi, kewangan dan data peribadi sensitif berkenaan anda dan mana-mana ahli keluarga anda merangkumi maklumat berkaitan kesihatan fizikal atau mental, keadaan perubahan atau kepercayaan agama, sekiranya mereka juga dilindungi di bawah insurans yang mana suatu tuntutan dibuat ("Data Peribadi").*

The Company may also obtain your Personal Data from other sources, such as bureau or agencies established or to be established by regulatory authorities, operators of registers or databases available to the insurance industry, other external database suppliers, governmental departments, agencies or authorities, any party who has, does or will provide products or services to you and to whom you have granted consent, the Company's commercial partners, insurance intermediaries, reinsurers, third party administrators and/or service providers, other insurance companies, your attending doctors, hospitals, clinics, other medical professionals, facilities or pharmacies, laboratories, lawyers, agents, proposed assignees, group policyholders, benefit plan administrators and your employer, or related persons or organisations from whom such information would be essential for the proper processing of the data for the purposes as stated herein. / *Syarikat juga mungkin memperoleh Data Peribadi anda daripada sumber-sumber lain, seperti biro atau agensi-agensi yang ditubuhkan atau akan ditubuhkan oleh pihak berkuasa kawal selia, operator rekod atau pangkalan data yang tersedia kepada industri insurans, atau pembekal-pembekal pangkalan data luar, jabatan kerajaan, agensi atau pihak berkuasa, mana-mana pihak yang telah, sedang atau akan membekalkan produk atau khidmat kepada anda dan kepada siapa yang anda telah memberikan persetujuan, rakan-rakan komersil Syarikat, pihak perantara insurans, pihak penanggung insurans semula, pengurus dan/atau pembekal perkhidmatan pihak ketiga, syarikat insurans yang lain, doktor perawat anda, hospital, klinik, ahli profesional perubatan lain, kemudahan atau farmasi perubatan yang lain, makmal, peguam, agen, pemegang serah hak yang dicadangkan, pemunya polisi berkumpulan, pihak pengurusan pelan manfaat dan majikan anda, atau orang-orang yang berkaitan atau organisasi daripada mana maklumat sebegitu adalah penting untuk memproses data yang sepatutnya untuk tujuan yang dinyatakan di sini.*

2. Impact resulting from failure to supply information / Akibat daripada kegagalan untuk membekalkan maklumat

You may choose whether or not to provide your Personal Data to the Company. However, failure to supply your Personal Data as requested may result in the Company being unable to evaluate your claim, which may lead to your claim being denied. Hence, it is obligatory for you to provide the Company your Personal Data when you choose to make a claim in respect of a policy with the Company. / *Anda boleh memilih sama ada hendak memberikan Data Peribadi anda kepada Syarikat atau tidak. Walaubagaimanapun, kegagalan untuk memberikan Data Peribadi anda seperti yang diminta mungkin akan mengakibatkan Syarikat tidak dapat menilai tuntutan anda, yang mana boleh menyebabkan tuntutan anda ditolak. Dengan itu, adalah menjadi obligasi anda untuk membekalkan kepada Syarikat Data Peribadi anda apabila anda memilih untuk membuat tuntutan terhadap polisi dengan Syarikat.*

3. Purposes of Collecting and Using Your Personal Data / Tujuan Mengumpul dan Menggunakan Data Peribadi Anda

Your Personal Data will be collected, used and otherwise processed by the Company for the following purposes: / *Data Peribadi anda akan dikumpul, diguna dan sebaliknya diproses oleh Syarikat untuk tujuan-tujuan berikut:*

- for claims processing, evaluation, administration and claim settlement; / *untuk memproses tuntutan, menilai, mentadbir dan penyelesaian tuntutan;*
- for detection and prevention of criminal activity or fraud in connection with an insurance transaction and/or improper claim; / *untuk mengesan dan mengelakkan aktiviti jenayah atau penipuan berkaitan dengan transaksi insurans dan/atau tuntutan tidak betul;*
- to ensure that the Company's records are updated; / *untuk memastikan bahawa rekod Syarikat adalah terkini;*
- for statistical analysis and surveys; / *untuk analisis statistik dan kaji selidik;*
- for data transfer to, and sharing with, other members of the Group and/or third parties acting on behalf of the Company, including those located outside Malaysia. / *untuk pemindahan data kepada, dan berkongsi dengan, ahli-ahli lain dalam Kumpulan dan/atau pihak ketiga yang bertindak bagi pihak Syarikat, termasuk yang berada di luar Malaysia.*

4. Disclosure of Your Personal Data / Pendedahan Data Peribadi Anda

Your Personal Data may also be disclosed to authorised third parties including our agents and/or other intermediaries, other insurers, brokers, credit organisations, underwriters, reinsurers, group policyholders, benefit plan administrators, those to whom the Company outsource certain business operations, the Company's commercial partners, regulatory authorities, bureau or agencies established or to be established by regulatory authorities, operators of registers or databases available to the insurance industry, loss adjusters, lawyers, auditors, persons conducting actuarial or research studies, accountants, consultants, surveyors, external claims data collectors, investigators and medical professionals, and any other contractors or sub-contractors as required or permitted by law or as the Company may determine to be necessary or appropriate. / *Data Peribadi anda juga boleh didedahkan kepada pihak ketiga yang diberi kuasa termasuk agen Syarikat dan/atau intermediasi lain, syarikat insurans yang lain, broker, organisasi-organisasi kredit, pengunderait, pihak penanggung insurans semula, pemunya polisi berkumpulan, pihak pengurusan pelan manfaat, kepada mereka yang mana Syarikat telah menyumber luar operasi bisnes Syarikat yang tertentu, rakan-rakan komersil Syarikat, pihak berkuasa kawal selia, biro atau agensi yang telah atau akan ditubuhkan oleh pihak berkuasa kawal selia, operator rekod atau pangkalan data yang tersedia kepada industri insurans, penyelaras kerugian, peguam, juruaudit, mereka yang melaksanakan penyelidikan aktuari atau kaji selidik, akauntan, pakar runding, peninjau, pengumpul data tuntutan luar, penyiasat dan profesional perubatan dan mana-mana kontraktor atau sub-kontraktor lain yang diperlukan atau dibenarkan oleh undang-undang atau yang diputuskan oleh Syarikat sebagai perlu atau bersesuaian.*

5. Your Rights of Access to Your Personal Data / Hak Anda Untuk Akses Kepada Data Peribadi Anda

You have the right to request in writing access to, enquire and complain in respect of your Personal Data held by the Company by contacting the Company's Customer Service Officer at **1300-88-1028** from 8.45 a.m. to 5.45 p.m., Monday to Friday or email at customer.service@allianz.com.my or via our Fax No. 03-2264 8499. You also have the right to request in writing for the Company to cease processing your Personal Data. / *Anda berhak untuk meminta secara bertulis akses kepada, membuat apa-apa pertanyaan atau aduan berkaitan dengan Data Peribadi anda yang disimpan oleh Syarikat dengan menghubungi Pegawai Perkhidmatan Pelanggan Syarikat di **1300-88-1028**, dari 8.45 pagi hingga 5.45 petang, Isnin hingga Jumaat atau emel kepada customer.service@allianz.com.my atau melalui No. Faks 03-2264 8499. Anda juga boleh meminta secara bertulis kepada Syarikat untuk berhenti memproses Data Peribadi anda.*

6. Information About Another Person / Maklumat Berkaitan Orang Lain

When you give the Company, information about another person, you confirm that they have appointed you to act for them, to consent to the processing of their personal data and to receive on their behalf, any data privacy notices. / *Apabila anda memberi Syarikat maklumat berkaitan orang lain, anda mengesahkan bahawa mereka telah melantik anda untuk bertindak bagi pihak mereka untuk bersetuju dengan pemprosesan Data Peribadi mereka dan untuk menerima bagi pihak mereka apa-apa notis data privasi.*

Consent To Process And Disclose Personal Data / Persetujuan Untuk Memproses Dan Mendedah Data Peribadi

I have fully read and understood this Data Privacy Notice. I hereby confirm that I give explicit consent, in accordance with the provisions of the Personal Data Protection Act 2010, on behalf of myself and any family members, dependants, or other persons (collectively referred to as "other persons"), to the Company and/or its Group to collect, use, disclose, transfer, share or otherwise process my Personal Data and the Personal Data of the other persons including sensitive personal data for the abovementioned purposes. I confirm that where I have provided Personal Data about the other persons, as part of my claim, I have obtained the consent of the individual(s) concerned to enable the Company and/or its Group to use their Personal Data, including any sensitive personal data. I also confirm that I have brought the Data Privacy Notice to the attention of the other persons who confirm that they understand, agree and authorise the Company and/or its Group to deal with their Personal Data in accordance with the declaration above. / *Saya telah membaca dan memahami sepenuhnya Notis Data Privasi ini. Saya mengesahkan bahawa saya memberi persetujuan yang nyata, mengikut peruntukan Akta Perlindungan Peribadi 2010 bagi pihak saya dan mana-mana ahli keluarga, tanggungan, benefisiari, pemegang amanah, wakil peribadi, penama, pemegang serah hak atau sesiapa yang dinamakan dalam borang ini (secara kolektifnya dirujuk sebagai "orang-orang lain"), kepada Syarikat dan/atau Kumpulannya untuk mengumpul, menggunakan, mendedahkan, memindahkan, berkongsi atau sebaliknya memproses Data Peribadi saya dan Data Peribadi orang-orang lain termasuk data peribadi sensitif untuk tujuan-tujuan yang dinyatakan di atas. Saya mengesahkan bahawa di mana saya telah memberikan Data Peribadi berkenaan dengan orang-orang lain, saya telah memperoleh persetujuan individu yang berkaitan untuk membolehkan Syarikat dan/atau Kumpulannya menggunakan Data Peribadi mereka, termasuk apa-apa data peribadi sensitif. Saya juga mengesahkan bahawa saya telah membawa Notis Data Privasi ini kepada perhatian orang-orang lain yang telah mengesahkan bahawa mereka memahami, bersetuju dan memberi kuasa kepada Syarikat dan/atau Kumpulannya untuk berurusan dengan Data Peribadi mereka mengikut deklarasi di atas.*

Signature / Tandatangan

Date / Tarikh

Full Name / Nama Penuh :

NRIC No. / No. Kad Pengenalan :