

REIMBURSEMENT CLAIM BORANG TUNTUTAN BAYARAN

POLICY NO. / No. POLISI :

INSTRUCTIONS / ARAHAN 1. This form must be fully completed to avoid any delay in the settlement of claim / Borang ini perlu diisi dengan lengkap untuk mengelak sebarang kelewatan dalam proses bayaran. 2. Itemized original bills / receipts covering hospitalization and surgical expenses for which claim is made must be attached / Sila lampirkan bil & resit asal bersama dengan borang ini. 3. If the patient is a child and below 18 years of age, the Insured should sign the statement of consent / Borang ini perlu diisi oleh, ibubapa atau penjaga jika pesakit berumur di bawah 18 tahun.
--

INSURED'S INFORMATION / MAKLUMAT PIHAK DIINSURANSKAN

* To be filled by the claimant / Perlu diisi oleh pihak yang menuntut.

Name of insured / Nama pihak diinsuranskan :	New IC No / No KP Baru <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Name of Employer / Nama Majikan : (If Employer is the Policy Holder / Jika Pemegang Polisi adalah majikan)	Old IC No / No KP Lama <input type="text"/>
	Telephone No / No Telefon <input type="text"/> - <input type="text"/>

PATIENT'S INFORMATION / MAKLUMAT PESAKIT

* To be filled by the claimant / Perlu diisi oleh pihak yang menuntut.

Name of Patient / Nama Pesakit :	Date of Birth / Tarikh Lahir <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Medical Leave / Cuti Sakit <input type="text"/> Days / Hari	Relationship with Insured / Hubungan dengan pihak diinsuranskan Self <input type="checkbox"/> Spous <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Sendiri <input type="checkbox"/> Pasangan <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/>

SERVICE INFORMATION / MAKLUMAT RAWATAN

* To be filled by the attending Doctor / Perlu diisi oleh Doktor yang merawat

<input type="checkbox"/> Pre-Hospitalization or Pre-Diagnostic / Pemeriksaan Awal	<input type="checkbox"/> Admission / Kemasukan Wad
<input type="checkbox"/> Post-Hospitalization / Rawatan Lanjutan Kemasukan Wad	<input type="checkbox"/> 24 hours Outpatient Accidental Treatment / Rawatan Kemalangan Pesakit Luar 24 jam
<input type="checkbox"/> Emergency Outpatient Treatment / Rawatan Kecemasan Pesakit Luar (12 am - 6 am)	<input type="checkbox"/> Others / Lain-lain
Treatment Date / Tarikh Rawatan : _____	* Date & Time of Accident / Tarikh & Masa Kemalangan : _____

TREATMENT DETAILS / KETERANGAN RAWATAN

* To be filled by the attending Doctor / Perlu diisi oleh Doktor yang merawat

Diagnosis / Jenis penyakit :	_____	
On-set Date / Tarikh mula penyakit :	_____	
Procedure / Prosedur :	_____	
Medication / Ubat-ubatan :	_____	
Remarks / Nota :	_____	
Doctor's Signature / Tandatangan Doktor	Date & Time / Tarikh & Masa	Doctor's / Hospital Stamp / Cop Doktor / Hospital

CLAIMANT'S OR PATIENT CONSENT / KEBENARAN DARI YANG MEMBUAT TUNTUTAN

I hereby authorize any physician or hospital who has attended to me to furnish or disclose all known facts concerning any disability to ALLIANZ GENERAL INSURANCE COMPANY (MALAYSIA) BERHAD. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as original / Saya memberi kebenaran kepada mana-mana doktor atau hospital yang memberi rawatan kepada saya untuk memaklumkan fakta atau sebarang maklumat berkenaan penyakit saya kepada ALLIANZ GENERAL INSURANCE COMPANY (MALAYSIA) BERHAD. Salinan kebenaran ini dikira sah sebagaimana salinan asal.

Signature of Patient / Guardian
Tandatangan Pesakit / Penjaga

Date
Tarikh