

# Borang Tuntutan Kemalangan Peribadi

NO. AGENSI \_\_\_\_\_ NO TUNTUTAN \_\_\_\_\_

**Perhatian:**

Pengeluaran borang ini bukan pengakuan liabiliti oleh syarikat. Jika Pihak yang Membuat Tuntutan tidak dapat mengisi borang ini sendiri, ia boleh diisi bagi pihaknya. Borang ini mesti diisi dengan memberikan butiran penuh sebarang kejadian berkaitan dengan tuntutan yang akan dibuat dan dipulangkan kepada Syarikat di pejabat Syarikat di mana Polisi dikeluarkan secepat mungkin, tetapi dalam apa jua keadaan dalam masa empat belas hari selepas berlaku kemalangan.

1. Nama Penuh Pihak yang Membuat Tuntutan \_\_\_\_\_  
No KP (Baru) \_\_\_\_\_ (Lama) \_\_\_\_\_  
Alamat \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ No Tel: \_\_\_\_\_  
Nama Pemegang Polisi \_\_\_\_\_  
Tarikh Lahir \_\_\_\_\_ Hubungan (jika pihak yang membuat tuntutan berbeza) \_\_\_\_\_  
No. Polisi \_\_\_\_\_ Tempoh Insurans Dari \_\_\_\_\_ Hingga \_\_\_\_\_
2. Nama Majikan \_\_\_\_\_  
Alamat \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ No. Tel \_\_\_\_\_
3. Tarikh Kemalangan \_\_\_\_\_ Masa \_\_\_\_\_ PG/PTG  
Tempat Kemalangan \_\_\_\_\_
4. a) Sila nyatakan secara terperinci bagaimana kemalangan berlaku dan apa yang sedang anda lakukan pada waktu itu.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
b) Jika kemalangan membabitkan orang atau kenderaan bermotor lain, sila nyatakan nama dan alamat orang tersebut dan/ atau Nombor Pendaftaran kenderaan tersebut.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Sila nyatakan dengan tepat kecederaan yang anda alami.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Sila berikan nama dan alamat sesiapa yang telah menyaksikan kemalangan tersebut.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. a) Sila berikan nama dan alamat Doktor yang merawat anda selepas kemalangan.

---

---

b) Adakah beliau Doktor biasa anda? Jika tidak, sila nyatakan sebab anda dirujuk kepada beliau.

---

---

8. Sila nyatakan sama ada anda layak menerima pampasan daripada sumber lain bagi kemalangan ini. Jika ya, sila nyatakan nama syarikat dan jumlah.

---

---

9. a) HPernahkah anda mengalami kemalangan? Jika ya, sila berikan butirannya.

---

---

b) Pernahkah anda membuat tuntutan pampasan bagi kecederaan akibat kemalangan daripada mana-mana penanggung insurans? Jika ya, sila nyatakan nama penanggung insurans dan jumlah pampasan.

---

---

Saya dengan ini mengisytiharkan bahawa saya telah mematuhi terma dan syarat polisi ini dalam segala hal dan saya tidak mengecualikan diri daripada melakukan kerja biasa saya, sama ada sebahagiannya atau sepenuhnya, lebih lama daripada yang benar-benar perlu disebabkan oleh kemalangan tersebut, dan kemalangan tersebut adalah punca tunggal kehilangan upaya saya.

Saya dengan ini mengesahkan kebenaran kenyataan dan butiran di atas dalam segala hal, dan saya bersetuju bahawa jika saya membuat, atau dalam sebarang perakuan yang perlu dibuat atas permintaan pegawai Syarikat berkaitan tuntutan tersebut, membuat sebarang kenyataan palsu atau menipu atau melindungi fakta penting, Polisi ini adalah tidak sah terhadap Syarikat dan hak saya untuk menuntut pampasan dibatalkan sepenuhnya, dan saya sanggup, apabila diperlukan oleh pegawai Syarikat, untuk membuat perakuan berkanun tentang kebenaran semua kenyataan di atas, dan butiran lain yang mungkin diperlukan oleh pegawai Syarikat.

---

Tarikh

Kebenaran kepada Pengamal Perubatan, Hospital atau Klinik

---

Tandatangan Pemegang Polisi/  
Pihak yang Membuat Tuntutan/  
Kakitangan & Cop Syarikat

Dengan ini saya membenarkan mana-mana doktor, pengamal perubatan, hospital atau klinik yang telah memeriksa atau merawat saya atas sebarang sebab, untuk memberikan butir-butir penuh mengenainya termasuklah sejarah perubatan sebelumnya kepada **Zurich General Insurance Malaysia Berhad**. Salinan fotostat kebenaran ini hendaklah dianggap sebagai sah seperti yang asal.

Saya/Kami dengan ini memberikan kebenaran tanpa syarat dan tanpa keraguan kepada pihak syarikat dan syarikat-syarikat bersekutunya untuk memproses data peribadi saya/kami yang didedahkan di sini. Pihak syarikat adalah berkebebasan untuk memproses data berkenaan dan berkongsi maklumat yang didedahkan di sini kepada mana-mana penyelia perkhidmatan dan mana-mana syarikat bersekutunya dengan syarat bahawa pendedahan maklumat peribadi berkenaan adalah bertujuan dan berkaitan dengan insurans yang saya/kami pohon di sini. Kebenaran ini diberikan selaras dengan peruntukan di bawah Akta Perlindungan Data Peribadi 2010.

---

Date

---

Signature of Policyholder/Claimant/Patient/Employee

Perhatian – Sila minta doktor anda mengisi Sijil Perubatan yang dilampirkan bersama borang ini.

# Tuntutan Kemalangan Sijil Perubatan

NO AGENSI \_\_\_\_\_

NO TUNTUTAN \_\_\_\_\_

**Perhatian :**

Syarikat tidak akan menanggung liabiliti dengan mengeluarkan borang ini. Tiada tuntutan akan diiktiraf melainkan Sijil Perubatan ini dilengkapkan oleh Doktor yang berdaftar dan dihantar kepada Syarikat secepat mungkin.

Sijil Perubatan perlu diperolehi atas perbelanjaan Pemegang Insurans sendiri

1. Nama Pesakit \_\_\_\_\_  
No KP (Baru) \_\_\_\_\_ (Lama) \_\_\_\_\_  
Tarikh Lahir \_\_\_\_\_ Jantina \_\_\_\_\_  
Perniagaan/Pekerjaan \_\_\_\_\_
2. a) Tarikh Kemalangan \_\_\_\_\_ Masa \_\_\_\_\_ PG/PTG  
b) Punca Kecederaan \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
c) Sila nyatakan dengan terperinci kecederaan yang dialami oleh pesakit  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
d) Sila berikan butiran rawatan yang diberikan kepada pesakit  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
e) Adakah pesakit dimasukkan ke hospital? Jika ya, sila nyatakan tempohnya \_\_\_\_\_
3. a) Adakah anda doktor biasa pesakit? Jika ya, berapa lama anda telah mengenali pesakit dan apakah penyakit atau kecederaan beliau yang pernah anda rawat?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
b) Adakah kecederaan yang dialami konsisten dengan keadaan kemalangan seperti yang diterangkan kepada anda oleh pesakit?  
\_\_\_\_\_  
c) Adakah pesakit mengalami sebarang penyakit atau kecacatan fizikal semasa kemalangan?  
\_\_\_\_\_  
d) Adakah terdapat sejarah perubatan atau kehilangan upaya masa lepas yang mungkin menyebabkan kemalangan secara langsung atau tidak langsung atau yang mungkin menjejaskan pemulihan pesakit?  
\_\_\_\_\_

e) Adakah anda mempunyai sebab untuk mengesyaki bahawa pesakit berada di bawah pengaruh bahan yang memabukkan atau dadah pada masa kemalangan?

---

---

4. a) Apakah keadaan kecederaan pada masa ini? Jika sudah pulih, sila berikan butiran tentang pemulihan?

---

---

b) Sila berikan tarikh kunjungan anda untuk merawat pesakit dan/atau kunjungan pesakit untuk mendapat rawatan anda sejak tarikh kemalangan.

---

---

5. Mengambil kira pekerjaannya sebagai " \_\_\_\_\_ ", pada pendapat anda, kehilangan upaya boleh dianggap sebagai:

(i) Kehilangan Upaya Keseluruhan Sementara (TTD) dari \_\_\_\_\_ hingga \_\_\_\_\_  
(Hari) (Bulan) (Tahun) (Hari) (Bulan) (Tahun)

(ii) Kehilangan Upaya Separa Sementara (TPD) dari \_\_\_\_\_ hingga \_\_\_\_\_  
(Hari) (Bulan) (Tahun) (Hari) (Bulan) (Tahun)

SAYA DENGAN INI MENGESAHKAN BAHAWA SAYA TELAH MEMERIKSA PENAMA DI ATAS DAN KENYATAAN SAYA DI ATAS ADALAH BETUL SETAKAT YANG SAYA KETAHUI DAN PERCAYAI

Tandatangan dan Cop  
Doktor/Pakar Bedah yang  
Merawat  
Alamat

---

---

---

---

---

---

Tarikh \_\_\_\_\_

Kelayakan \_\_\_\_\_