



**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

Claim Form / Borang Tuntutan

# Medical Insurance

Information collected in this claim form shall be used in connection with the Company's purposes and course of business only. This form must be completed to avoid any delay in the settlement of claim.  
*Maklumat yang terdapat di dalam borang tuntutan ini hendaklah digunakan untuk tujuan dan menjalankan perniagaan Syarikat sahaja. Borang ini harus diisi dengan lengkap untuk mengelakkan sebarang kelewatan dalam penyelesaian tuntutan.*

## Part 1: Insured Person Information

### Bahagian 1: Maklumat Orang Yang Diinsuranskan

Policy Number:

Nombor Polisi:

Name of Insured Person:

Orang Yang Diinsuranskan:

NRIC/Passport No:

No KP/Pasport:

Telephone No:

No Telefon:

Company Name

Nama Syarikat

(if Insured is covered under a Group Policy):

(jika Orang Yang Diinsuranskan dilindungi di bawah Polisi Berkumpulan):

## Part 2: Patient Information (If other than Insured)

### Bahagian 2: Maklumat Pesakit (selain daripada Orang Yang Diinsuranskan)

Name of Patient:

Nama Pesakit:

Gender: ☐ Male ☐ Female

Jantina: ☐ Lelaki ☐ Perempuan

NRIC / Passport / BC:

No KP / Pasport / Sijil Kelahiran:

Date of Birth:

Tarikh Lahir:

D D M M Y Y Y Y

Relationship to Insured Person:

Hubungan Dengan Orang Yang Diinsuranskan:

## Part 3: Claim Details

### Bahagian 3: Maklumat Tuntutan

#### Important Note:

#### Nota Penting:

- Certified true diagnosis is required for all claims amounting to RM500 and below.**  
*Diagnosis yang disahkan benar diperlukan untuk semua tuntutan berjumlah RM500 dan ke bawah.*
- Detail itemized bill is required for incurred amount above RM100 in a single receipt / visitation.**  
*Bil terperinci diperlukan jika jumlah yang dibayar melebihi RM100 dalam satu resit/lawatan.*
- For Death Claim, a copy of Death Certificate is required.  
*Untuk Tuntutan Kematian, salinan Sijil Kematian diperlukan.*
- For Hospital Cash Allowance Claim, discharge summary/medical report of admission at Government Hospital is required.  
*Untuk Tuntutan Elaun Tunai Hospital, ringkasan discaj/laporan perubatan kemasukan ke Hospital Kerajaan diperlukan.*
- For Group Policy only - Maternity and Outpatient claim (GP/SP/Optical/Dental (not due to accidental) and Medical Examination) kindly complete the **Outpatient Reimbursement Claim Form**.  
*Untuk Polisi Berkumpulan sahaja - Tuntutan Bersalin dan Pesakit Luar (GP/SP/Optikal/Pergigian (bukan disebabkan kemalangan) dan Pemeriksaan Perubatan) sila lengkapkan **Borang Tuntutan Bayaran Balik Pesakit Luar**.*

Please (✓) Type of Claim and answer accordingly

Sila (✓) Jenis Tuntutan dan isi jawapan sewajarnya

- ☐ Pre & Post Hospitalisation / Follow up for Outpatient Accidental Injury/Dental Injury Treatment  
*Pra & Pos Kemasukan ke Hospital / Rawatan Susulan untuk Kecederaan Kemalangan/Kecederaan Gigi Pesakit Luar*
- ☐ Outpatient Cancer Treatment / Outpatient Kidney Dialysis Treatment Claim  
*Tuntutan Rawatan Kanser Pesakit Luar / Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar*
- Is this the first treatment or a continuous treatment?  
*Adakah ini rawatan pertama atau rawatan berterusan?*
- ☐ First treatment ☐ Continuous treatment  
*Rawatan Pertama Rawatan Berterusan*
- ☐ Emergency Sickness Treatment  
*Rawatan Penyakit Kecemasan*

Date of Visit

Tarikh Lawatan

D D M M Y Y Y Y

(b) Time of Visit

Waktu Lawatan

H H M M

☐ am

*pagi*

☐ pm

*petang*

- ☐ New Claim - Hospitalisation / Daycare Surgery / Outpatient Accident Injury / Dental Injury / Hospital Cash Allowance / Death Claim  
Tuntutan Baru - Kemasukan ke Hospital / Pembedahan / Kecelakaan Akibat Kemalangan Pesakit Luar / Kecelakaan Pergigian /  
Elaun Tunai Hospital / Tuntutan Kematian

Is this new claim due to Accident?  
Adakah ini tuntutan baru akibat kemalangan?

☐ Yes (Please complete Q1)  
Ya (Sila isi Q1)

☐ No (Please complete Q2)  
Tidak (Sila isi Q2)

#### Q1. Accident Details / Maklumat Kemalangan

a) Date 

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

 Time 

H	H	M	M

  
Tarikh Waktu

b) Date of first consultation with doctor/hospital: 

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

  
Tarikh rundingan pertama dengan doktor/hospital:

Clinic / Hospital Name

Nama Klinik / Hospital

c) Please describe briefly how the Accident happened and extent of injury (ies) sustained?

Sila terangkan secara ringkas bagaimana Kemalangan itu berlaku dan tahap kecederaan yang dialami

#### Q2. Illness Details/ Maklumat Penyakit

a) First treatment sought date 

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

  
Tarikh Rawatan Pertama Diterima

b) i. Name of first Doctor consulted  
Nama Doktor perunding pertama

ii. Name & Address of Clinic /Hospital:  
Nama dan Alamat Klinik /Hospital:

## Part 4: Payee Information

### Bahagian 4: Maklumat Penerima Bayaran

Claim Payment in Favor of? (Please specify name of payee)

Bayaran Tuntutan untuk? (Sila nyatakan nama penerima bayaran secara terperinci)

☐ Policy Owner: \_\_\_\_\_  
Pemegang Polisi:

☐ Insured Person / Claimant:  
Orang Yang Dilindungi/ Pembuat Tuntutan:

☐ Others (Please specify relationship):  
Lain-lain (Sila nyatakan hubungan):

Note: For first time payee (applicable to individual payee only), kindly complete the E-Payment Form to facilitate payment via E-Banking.

Nota: Untuk penerima bayaran kali pertama (khusus untuk penerima bayaran individu sahaja), sila lengkapkan Borang E-Pembayaran untuk memudahkan pembayaran melalui E-Banking.

## Declaration and Authorisation To Physician, Clinic or Hospital

### Pengisytiharan dan Kebenaran Kepada Pakar Perubatan, Klinik atau Hospital

By signing this Claim Form:

Dengan menandatangani Borang Tuntutan ini:

- i) I/We hereby declare that the answers provided above are true and complete to the best of my/our knowledge and belief.  
Saya/Kami dengan ini mengaku bahawa jawapan yang diberikan di atas adalah benar dan lengkap sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya/kami.
- ii) I/We hereby irrevocably authorize any organization, institution or individual that has any record or knowledge of my health and medical history or treatment or advice that has been or may hereafter be consulted, other personal information or details of related disability, to fully disclose to TOKIO MARINE INSURANS (MALAYSIA) BERHAD or its authorized representative such information in relation to this claim.  
Saya/Kami dengan ini memberi kuasa mutlak kepada mana-mana organisasi, institusi atau individu yang mempunyai apa-apa rekod atau pengetahuan tentang kesihatan saya dan sejarah perubatan atau rawatan atau nasihat yang telah atau mungkin selepas ini dirujuk, maklumat peribadi lain atau butiran ketidakupayaan yang berkaitan, untuk mendedahkan sepenuhnya kepada TOKIO MARINE INSURANS (MALAYSIA) BERHAD atau wakilnya yang diberi kuasa maklumat tersebut berhubung dengan tuntutan ini.

This authorization is irrevocable and a photocopy of it will have the same effect and validity as the original.

Kebenaran ini tidak boleh ditarik balik dan salinan fotokopi akan mempunyai kesan dan kesahihan yang sama seperti dokumen yang asal.

## Acknowledgement & Declaration

### Pengakuan & Pengisytiharan

#### Personal Data Protection Act 2010/ Akta Perlindungan Data Peribadi 2010

- i. I/We acknowledge and consent that the personal data, including any sensitive personal data, collected herein be used and processed for the purpose of this claim and be disclosed to reinsurers; individuals or organizations associated with Tokio Marine Group, or involve in any claim settlement; or PIAM/ISM  
*Saya/Kami mengaku dan bersetuju bahawa data peribadi, termasuk apa-apa data peribadi yang sensitif, yang dikumpulkan di sini digunakan dan diproses untuk tujuan cadangan ini dan dizahirkan kepada penanggung insurans individu atau pertubuhan yang berkaitan dengan Kumpulan Tokio Marine, atau terlibat dalam apa-apa penyelesaian tuntutan atau PIAM/ISM;*
- ii. I/We confirm that I/we have obtained the consent of the person(s) and/or nominee(s) named herein, where applicable, and that he/she/they has/have authorized me/us to disclose their personal data and to give consent on their behalf for the above collection, use, process and disclosure  
*Saya/Kami mengesahkan bahawa saya/kami telah mendapat persetujuan orang yang dinamakan dan/atau penama yang dinamakan di sini, jika berkenaan, dan bahawa dia/mereka telah memberi kuasa kepada saya/kami untuk menzahirkan data peribadi dia/mereka dan untuk memberi kebenaran bagi pihak dia/mereka untuk pengumpulan, penggunaan, pemprosesan, dan penzahiran di atas;*
- iii. I/We acknowledge that I/we am/are obligated to provide the above personal data failing which my/our claim could not be processed and that I/we am/are entitled to obtain access to, request for correction of or limit the processing of my/our personal data; and  
*Saya/Kami mengaku bahawa saya/kami adalah diwajibkan untuk memberikan data peribadi di atas, jika gagal berbuat demikian, cadangan saya/kami tidak dapat di proses, dan saya/kami berhak untuk mendapatkan akses kepada, meminta pembetulan atau mengehadkan pemprosesan data peribadi saya/kami; dan*
- iv. I/We acknowledge the detail Privacy Policy Statement, governing the above, posted at [www.tokiomarine.com](http://www.tokiomarine.com) and that I/we could also make enquiry with regard to the PDPA through email send to [enquiry@tokiomarine.com.my](mailto:enquiry@tokiomarine.com.my)  
*Saya/Kami mengaku Pernyataan Dasar Privasi terperinci, yang mengawal perkara yang tersebut di atas, yang dipaparkan di [www.tokiomarine.com](http://www.tokiomarine.com), bahawa Notis Privasi memaklumkan perkara di atas akan dihantar bersama-sama dengan polisi saya/kami, dan saya/kami juga boleh membuat pertanyaan berkenaan dengan PDPA melalui emel kepada [enquiry@tokiomarine.com.my](mailto:enquiry@tokiomarine.com.my).*

#### Declaration/ Pengisytiharan

I/We understand that it is my/our duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in this Claim Form and I/we hereby declare that I/we have fully and accurately answered the questions above.  
*Saya/Kami faham bahawa menjadi tanggungjawab saya/kami untuk mengambill langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata semasa menjawab soalan-soalan dalam Barang Tuntutan dan saya/kami dengan ini mengaku bahawa saya/kami telah menjawab dengan sepenuhnya dan dengan tepat soalan di atas.*

Signature of Patient/ Tandatangan Pesakit

(Note: Insured should sign if patient is a child below 18 years of age)

(Nota: Orang diinsuranskan harus menandatangani jika pesakit adalah kanak-kanak dibawah umur 18 tahun)

Name:

Nama: \_\_\_\_\_

NRIC:

No KP: \_\_\_\_\_

Date:

Tarikh: \_\_\_\_\_

Signature of Policy Owner

Tandatangan Pemegang Polisi

Name:

Nama: \_\_\_\_\_

Date:

Tarikh: \_\_\_\_\_

Company Stamp:

Cop Syarikat:

(Company Stamp is compulsory for Group Policy)

(Cop Syarikat adalah wajib untuk Polisi Berkumpulan)