



TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

Claim Form/ *Borang Tuntutan*

Personal Accident

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

It is important to complete answer to every question.
If insufficient space is provided for your answer, please continue on a separate sheet.
*Adalah penting untuk mengisi jawapan yang lengkap kepada setiap soalan.
Jika ruang tidak mencukupi untuk jawapan anda, sila teruskan pada helaian yang berasingan.*

Claimant or Policyholders Statement *Keterangan Pembuat Tuntutan atau Pemegang Polisi*

Name: _____ Gender: Male Female Age: _____
Nama: _____ Janita : ☐ Lelaki ☐ Perempuan Umur:

NRIC/Passport/ID No. _____ Mobile No.: _____
No KP/Pasport/ID. _____ No Telefon.: _____

Address: _____
Alamat: _____

Occupation: _____
Pekerjaan: _____

Name of Insured/Employer: _____
Nama Orang Yang Diinsuranskan/Majikan: _____

Address: _____
Alamat: _____

1. (a) Date of Accident
Tarikh Kemalangan D D M M Y Y Y Y (b) Time of Accident
Waktu Kemalangan M M H H

(c) Place where accident occurred
Tempat kemalangan berlaku _____

2. Please describe in detail how the accident occurred and what were you doing at that time.
Sila terangkan secara terperinci bagaimana kemalangan itu berlaku dan apa yang anda lakukan pada masa tersebut.

3. Please state briefly the injuries you sustained / Final Diagnosis.
Sila nyatakan secara ringkas kecederaan yang anda alami / Diagnosis Muktamad.

4. Have you ever made a claim in respect of any injury during the last 5 years from any insurance company? If so, please give details.
Pernahkah anda membuat tuntutan berkenaan sebarang kecederaan sepanjang 5 tahun lepas daripada mana-mana syarikat insurans? Jika ya, sila berikan butiran.

5. Have you made a claim in respect of this accident injury from any insurance/source(s)? If yes, please give details.
Pernahkah anda membuat tuntutan berkenaan kecederaan kemalangan ini daripada mana-mana insurans/sumber? Jika ya, sila berikan butiran.

Additional Information for Motor Vehicle Accident: *Maklumat Tambahan untuk Kecederaan Kenderaan Motor:*

6. Were you/Insured Person the driver or passenger / pillion rider?
Adakah anda/Orang Yang Diinsuranskan merupakan pemandu atau penumpang / pembonceng?

☐ The Driver ☐ Passenger / Pillion
Pemandu Penumpang / Pembonceng

7. If you/Insured Person was the driver/main rider, state class of valid licence and expiry date (Please attach a copy of the licence)
Jika anda/Orang Yang Diinsuranskan ialah pemandu/penunggang utama, nyatakan kelas lesen yang sah dan tarikh luput (Sila lampirkan salinan lesen)

☐ Class B ☐ Class D ☐ Class E ☐ I have no valid licence
Kelas B Kelas D Kelas E Saya tidak mempunyai lesen sah

Licence No. _____ Expiry Date
No. Lesen Tarikh Luput D D M M Y Y Y Y

I hereby declare that the above information are true and correct in every aspect and agree that if I have made any false or untrue statement, any concealment, suppression, mis-statement or omission of material fact or if the claim is exaggerated in any manner, my right to the compensation shall be absolutely forfeited.

Saya dengan ini mengisytiharkan bahawa maklumat di atas adalah betul dan benar dalam setiap aspek dan bersetuju bahawa jika saya telah membuat sebarang kenyataan palsu atau tidak benar, sebarang penyembunyian, penindasan, salah nyata atau sengaja meninggalkan fakta material atau jika tuntutan itu dibesar-besarkan dalam apa jua cara, hak saya untuk mendapatkan pampasan akan dilucutkan sama sekali.

Authorization To Physician, Hospital Or Clinic To Release Information
Kebenaran Kepada Pakar Perubatan, Hospital Atau Klinik Untuk Mengeluarkan Maklumat

I hereby authorize any physician, medical practitioner, hospital or clinic by whom or where I have been observed or treated, to give full particulars about my health including my whole medical history to Tokio Marine Insurans (Malaysia) Berhad.

I further authorize any insurance company and its authorized representatives to release all information and documents pertaining to my policies including all previous and current claim details to Tokio Marine Insurans (Malaysia) Berhad.

Saya dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana doktor, pengamal perubatan, hospital atau klinik, siapa-siapa atau di mana saya telah dipantau atau dirawat, untuk memberikan butiran penuh tentang kesihatan saya termasuk keseluruhan sejarah perubatan saya kepada Tokio Marine Insurans (Malaysia) Berhad.

Saya selanjutnya memberi kuasa kepada mana-mana syarikat insurans dan wakilnya yang diberi kuasa untuk mengeluarkan semua maklumat dan dokumen yang berkaitan dengan polisi saya termasuk semua butiran tuntutan terdahulu dan semasa kepada Tokio Marine Insurans (Malaysia) Berhad.

A photocopy of this authorization shall have the full effect of the original authorization.
Salinan fotokopi kebenaran ini hendaklah mempunyai kesan sama dan sepenuhnya seperti kebenaran asal.

Signature of Insured/Claimant
Tandatangan Orang Yang Diinsuranskan/ Pembuat Tuntutan

Name: _____
Nama: _____

NRIC: _____ Date: _____
No KP: _____ Tarikh: _____

Company Stamp (if applicable)
Cop Syrikat (jika berkenaan)

Designation: _____
Jawatan: _____

Documents Required

Dokumen-Dokumen Yang Diperlukan

Below is a list of documents required to proceed with your claim.
 In certain circumstances, more information may be required to substantiate the claim.
 Berikut merupakan senarai dokumen yang diperlukan untuk meneruskan tuntutan anda.
 Dalam keadaan tertentu, lebih banyak maklumat mungkin diperlukan untuk mengesahkan tuntutan tersebut.

Type of Incident Jenis Insiden	Documents Required (Please tick against the documents you have submitted) Dokumen Diperlukan (Sila tandakan dokumen yang telah anda serahkan)
Basic Documents Dokumen Asas	<input type="checkbox"/> Duly completed claim form <i>Borang tuntutan yang telah lengkap diisi</i> <input type="checkbox"/> Medical Certification (not required for claims below RM500.00) <i>Sijil Perubatan (tidak diperlukan untuk tuntutan di bawah RM500.00)</i> <input type="checkbox"/> Copy of police report and valid driving licence at the time of accident <i>(applicable for motor vehicle accident only)</i> <i>Salinan laporan polis dan lesen memandu yang sah semasa kemalangan</i> <i>(terpakai untuk kemalangan kenderaan bermotor sahaja)</i>
Medical Expenses Perbelanjaan Perubatan	<input type="checkbox"/> Original Medical Bills and Receipts (inclusive deposit receipt) <i>Bil dan Resit Perubatan Asal (termasuk resit deposit)</i> <input type="checkbox"/> A copy of the assessment/settlement letter from the other insurer, if claiming for excess amount <i>Salinan surat taksiran/penyelesaian daripada syarikat insurans lain, jika menuntut lebihan jumlah</i> <input type="checkbox"/> X-ray and/or MRI reports, if any <i>Laporan X-ray dan/atau MRI, jika ada</i> <i>(Claim below RM500, doctor may write the diagnosis on the receipt)</i> <i>(Tuntutan bawah RM500, doktor boleh tulis diagnosis pada resit)</i>
Weekly Benefit Manfaat Mingguan	<input type="checkbox"/> Original or Certified True Copy of Medical Sick Leave Certificate <i>Salinan Asal atau Salinan Sah Sijil Cuti Sakit Perubatan</i>
Daily Hospital Income Pendapatan Hospital Harian	<input type="checkbox"/> Original or Certified True Copy of Medical Bill or Discharge Summary <i>Salinan Asal atau Salinan Sah Bil Perubatan atau Ringkasan Discaj Hospital</i>
Permanent Disablement Hilang Upaya Kekal	<input type="checkbox"/> Specialist Report confirming the permanent disablement <i>Laporan Pakar yang mengesahkan hilang upaya kekal</i> <input type="checkbox"/> Photographs depicting the amputation of the affected limb(s) <i>Gambar yang menunjukkan amputasi anggota badan yang terjejas</i> <input type="checkbox"/> X-ray and/or MRI reports, if any <i>Laporan X-ray dan/atau MRI, jika ada</i>
Accidental Death Kematian Akibat Kemalangan	<input type="checkbox"/> Detailed Post-Mortem Report <i>Laporan Post-Mortem Terperinci</i> <input type="checkbox"/> Toxicology Report, where applicable <i>Laporan Toksikologi, jika berkenaan</i> <input type="checkbox"/> Death Certificate <i>Sijil Kematian</i> <input type="checkbox"/> Police Report <i>Laporan Polis</i> <input type="checkbox"/> Newspaper cutting of the incident, where applicable <i>Keratan akhbar mengenai kejadian itu, jika berkenaan</i> <input type="checkbox"/> Burial or Cremation Permit <i>Permit Pengebumian atau Pembakaran</i> <input type="checkbox"/> Copy of Deceased's Identity Card <i>Salinan Kad Pengenalan Si Mati</i> <input type="checkbox"/> Copy of Named Nominee(s)/Claimant's Identity Card <i>Salinan Nama Penama/Kad Pengenalan Pihak Menuntut</i> <input type="checkbox"/> Copy of Marriage/Birth Certificate, where applicable <i>Salinan Sijil Nikah/Surat Beranak, jika berkenaan</i> <input type="checkbox"/> Letter of Administration/Distribution Order/Sijil Faraid - when there is no nomination <i>Surat Tadbir/Perintah Pembahagian/Sijil Faraid - jika tiada penamaan</i> <input type="checkbox"/> Any other available medical reports or documents to substantiate the claim <i>Sebarang laporan atau dokumen perubatan yang sedia ada untuk mengesahkan tuntutan tersebut</i> <input type="checkbox"/> Copy of Deceased's employment letter and last three months salary slip (applicable for Group PA only) <i>Salinan surat penggajian Si Mati dan slip gaji tiga bulan terakhir (hanya untuk PA Berkumpulan sahaja)</i>