

PRUDENTIAL BSN

TAKAFUL

CLAIM FORM - **BORANG TUNTUTAN** (To be completed by Claimant/ Untuk dilengkapkan oleh Pemohon)

Instruction/Arahan : Please tick the relevant benefit in the box below/ Sila tandakan manfaat yang berkenaan di dalam kotak yang disediakan

Medical Cover

Hospital Benefit
Manfaat Hospital

Major Medical Cover

Supporting documents required/Dokumen sokongan yang dikehendaki

* Please refer to Medical Claims Submission Checklist/ Sila rujuk kepada Senarai Tuntutan Perubatan

1. Certificate No./No. Sijil

2. Participant's details/Butir-butir Peserta.

(i) Name of Person Covered>Nama Orang Dilindungi

(ii) I.C. No./No. K/P

(iii) Age at admission/Umur sewaktu kemasukan

(iv) Sex/Jantina

(v) Occupation/Pekerjaan

(vi) Current correspondence address/Alamat surat-menyurat sekarang

(vii) Contact No./No. Perhubungan

(viii) Mobile No./No. Telefon Bimbit

(ix) E-mail address/Alamat e-mel

3. Claimant's details (If other than Person Covered)/Butir-butir pihak menuntut (sekiranya selain dari Orang Dilindungi)

(i) Name of claimant/ Nama pihak menuntut

(ii) I.C. No./No. K/P

(v) Correspondence address/Alamat surat-menyurat

(vi) Contact No./No. Perhubungan

(v) Mobile No./No. Telefon Bimbit

(i) E-mail address/Alamat e-mel

4. If hospitalisation and/or consultation was due to accident, please furnish in your own words the following details:-
Sekiranya kemasukan ke hospital dan/atau rawatan disebabkan oleh kemalangan, sila kemukakan kenyataan anda sendiri perkara di bawah:-

(i) When did it occur/Bila ia berlaku?

(DD/MM/YY) at approximately/ (am/pm)
(HH/BB/TT) lebih-kurang

(ii) Where did it occur ?- Please describe in detail where the accident took place./Dimana ia berlaku? -Sila nyatakan dengan terperinci tempat berlakunya kemalangan.

(iii) How did the accident happen ? /Bagaimana kemalangan berlaku?

(iii) Injury (ies) sustained/Kecederaan yang dialami.

5. If hospitalisation and/or consultation was due to other causes, please furnish in your own words the following details:

Sekiranya kemasukan ke hospital dan/atau rawatan disebabkan oleh sebab-sebab lain, sila kemukakan kenyataan anda sendiri perkara di bawah:

(i) What were the sign(s) and symptom(s) which prompted you to the attending physician/Gejala & tanda-tanda yang dinyatakan kepada doktor.

(ii) For how long have you/the Person Covered been having these symptoms?

Sudah berapa lama anda/ Orang Dilindungi mengalami gejala dan tanda-tanda tersebut?

(iii) What was the diagnosis informed to you by the attending doctor?

Apakah diagnosis yang telah dikemukakan kepada anda oleh doktor yang merawat?

Form ID

61601006

6.	Name of previous doctor consulted over the past 1 year/ <i>Nama doktor terdahulu yang telah dirujuk dalam tempoh satu tahun yang lain.</i>	Address of the doctor / clinic / hospital. <i>Alamat doktor / klinik / hospital</i>	Date of consultation <i>Tarikh rujukan</i>	Reason for consultation/ <i>Sebab untuk rujukan</i>

7. Please state if you are entitled to any medical benefit from any other source. Yes/*Ya* No/*Tidak*
Sila nyatakan jika anda berhak mendapat apa-apa manfaat perubatan dari mana-mana sumber.
 If so, please furnish details. *Jika ada sila berikan butir-butir terperinci.*

(i)	<u>Name of Company/</u> <i>Nama Syarikat</i>	<u>Certificate/Membership No.</u> <i>Sijil/ No. Keahlian.</i>	<u>Program/Scheme</u> <i>Program/Skim</i>	<u>Amount of Benefit/</u> <i>Jumlah Manfaat</i>
-----	---	--	--	--

8. Declaration & Authorisation/*Pengakuan & Tandatangan*

I/We hereby declare that the information provided in this claim form is true and that I/Person Covered have/has not suffered from any pre-existing conditions at the time this certificate was taken up. I further declare that the current confinement to the hospital is not due to any causes which are stipulated in the Exclusion Clause of the certificate. I hereby agree that if I have made or have previously made, any false or untrue statement and / or prevented and / or with any material facts in respect of my / Person Covered health and condition, the Company shall revoke my /Person Covered rights for any compensation, as well as reserve the rights to recover any amount paid previously as a result of this matter.

Saya/Kami dengan ini mengesahkan maklumat yang diberikan di dalam borang tuntutan ini adalah benar dan saya / Orang Dilindungi tidak mengalami apa-apa keadaan sedia ada sewaktu sijil ini diambil. Saya seterusnya mengesahkan bahawa kemasukan ke hospital ini tidak disebabkan oleh apa-apa sebab seperti yang dinyatakan di klausa pengecualian sijil ini.

Saya bersetuju bahawa sekiranya saya membuat atau pada masa lalu telah membuat, sebarang kenyataan palsu atau tidak benar dan / atau menghalang dan / atau menyembunyikan fakta material mengenai kesihatan saya / Orang Dilindungi, pihak Syarikat boleh membatalkan hak saya / Orang Dilindungi bagi sebarang pampasan serta menyimpan hak untuk mendapatkan semula mana-mana jumlah yang telah dibayar sebelum ini hasil dari perkara tersebut.

I/We hereby authorize any physician, hospital, clinic, takaful operator, insurance company, other organizations, institutions or persons, that have any records or knowledge of me / the Person Covered or my / Person Covered health, to disclose to Prudential BSN Takaful Berhad, or its representatives all information. I/We expressly waive on behalf of me / the Person Covered or any person who has any claim or interest in any certificate covered hereunder, all provisions of law forbidding any physician or surgeon from disclosing any information acquired while attending to me / the Person Covered in a professional capacity. A copy of this authorization shall be as effective and valid as the original.

Saya/Kami dengan ini memberikan kebenaran mana-mana doktor, hospital, klinik, pengendali takaful, syarikat insurans, lain-lain organisasi, institusi-institusi atau orang perseorangan, yang mempunyai sebarang rekod atau maklumat mengenai saya / Orang Dilindungi atau kesihatan saya / Orang Dilindungi, untuk memaklumkan kepada Prudential BSN Takaful Berhad, atau wakilnya, semua maklumat. Saya / Kami secara khususnya mengenyepikan bagi pihak saya / Orang Dilindungi atau mana-mana orang perseorangan yang mempunyai apa-apa tuntutan atau kepentingan di dalam mana-mana sijil yang dikeluarkan di sini, semua peruntukan-peruntukan undang-undang yang menghalang doktor atau pakar bedah dari mengeluarkan sebarang maklumat yang ditemui sewaktu merawat saya /Orang Dilindungi secara professional. Satu salinan kebenaran ini adalah efektif dan sah seperti yang asal.

Signature of witness/

Tandatangan Saksi

Name/*Nama*

NRIC No./*No Kad Pengenalan*

Address/*Alamat*

:

:

:

:

Signature/*Tandatangan*

Name/*Nama*

NRIC No/ *No K/P*

Relationship with patient

Perhubungan dengan pesakit

:

:

:

Date/*Tarikh*

TAKAFUL

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
KENYATAAN DOKTOR

Instruction/Arahan : Please tick the relevant benefit in the box below /
Sila tandakan faedah yang berkenaan di dalam kotak yang disediakan

Medical Cover

Hospital Benefit

Major Medical Cover

To be completed by the doctor who treated the Person Covered during hospitalisation. Any fees charged for this statement is payable by the claimant. / *Untuk dilengkapkan oleh Doktor yang merawat Orang Yang Dilindungi sewaktu dimasukkan ke hospital. Sebarang caj yang dikenakan untuk kenyataan ini hendaklah dibayar oleh Penuntut.*

1. Patient's Name / *Nama Pesakit* :

2. Certificate Number / *Nombor Sijil* :

3. IC No. / *Nombor K/P* :

4. Sex / *Jantina* :

5. Date of birth / *Tarikh Lahir* :

6. Age / *Umur* :

7. Admission No. / *No. Kemasukan* :

a) Admission Date / *Tarikh Masuk*

- - (DD/MM/YY) approximately / *lebih-kurang* : (am/pm)

b) Discharge Date / *Tarikh Keluar*

- - (DD/MM/YY) approximately / *lebih-kurang* : (am/pm)

8. If admission is due to accident please furnish / *Sekiranya kemasukan disebabkan oleh kemalangan*

a) When did it occur / *Bila ia berlaku?*

- - (DD/MM/YY) approximately / *lebih-kurang* : (am/pm)

b) Nature of accident / *Keadaan kemalangan* :

c) Injury (ies) sustained / *Kecederaan yang dialami* :

9. The date on which you first saw the patient for this illness/injury/condition. /

Tarikh anda pertama kali menemui pesakit untuk penyakit/kecederaan/keadaan ini :

10. Was the patient referred to you by any other doctor? If yes, please indicate /
Adakah pesakit dirujuk kepada anda oleh doktor lain? Sekiranya 'ya' sila berikan

Yes / *Ya*

No / *Tidak*

a) Name of doctor/clinic / *Nama doktor/klinik* :

b) Address of the clinic / *Alamat klinik* :

11. Has the patient previously been treated for the **same illness** whether in this hospital or in any other hospital? Yes / *Ya* No / *Tidak*

If yes, Please state details of past medical history as below :- *Pernahkah sebelum ini pesakit dirawat untuk penyakit ini sama ada di hospital ini atau hospital lain? Jika Ya, Sila nyatakan sejarah perubatan lalu sebagaimana di bawah :*

Date / Tarikh

Hospital/Clinic / Hospital/Klinik

Diagnosis/Illness/Disease / Diagnosis/Penyakit

Treatment / Rawatan

12. Has the patient previously been treated for **any other illness** whether in this hospital or in any other hospital? Yes / Ya No / Tidak
Please state past medical history. / *Pernahkah sebelum ini pesakit dirawat untuk penyakit lain sama ada di hospital ini atau hospital lain?*
Jika Ya, sila nyatakan sejarah perubatan lalu :

Date / Tarikh Hospital/Clinic / Hospital/Klinik Diagnosis/Illness/Disease / Diagnosis/Penyakit Treatment / Rawatan

13. What were the sign(s) and symptom(s) that the patient relate to you when he/she first saw you? / *Apakah butiran penuh gejala dan tanda-tanda yang diberitahu oleh pesakit sewaktu beliau mula-mula menemui tuan?*

14. a) *According to the patient, how long has he/she had the above symptom(s)? Menurut pesakit, berapa lamakah beliau telah mengalami gejala-gejala tersebut?*

b) *Please advise all relevant contributing past history pertaining to the symptoms and illness. Sila berikan semua sejarah kesihatan lalu yang berkaitan dengan gejala-gejala dan penyakit.*

15. Please state all investigations, tests or procedures which have been performed. (Please furnish a certified true copy of the result) / *Sila nyatakan semua siasatan ujian atau prosedur yang telah dijalankan. (Sila berikan salinan keputusan yang telah disahkan).*

Date / Tarikh Name of investigation/test/procedure / Nama penyiasatan/ujian/prosedur Test result / Keputusan ujian

16. What was the final diagnosis? / *Apakah diagnosis terakhir anda?*

17. When was the patient informed of the above diagnosis? / *Bilakah pesakit diberitahu mengenai diagnosis di atas?*

18. Is the illness related either directly or indirectly due to any of the following? / *Adakah penyakit yang dinyatakan berkaitan secara langsung atau secara tidak langsung dengan salah satu perkara yang dinyatakan di bawah?*

- | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|
| a) Pregnancy / Childbirth / Infertility
<i>Mengandung / Kelahiran anak / Ketidaksuburan</i> | <input type="checkbox"/> Yes / Ya | <input type="checkbox"/> No / Tidak |
| b) Congenital / Hereditary diseases / Degenerative Disorder
<i>Kecacatan sejak lahir / Penyakit diwarisi / Kecacatan Degenerasi</i> | <input type="checkbox"/> Yes / Ya | <input type="checkbox"/> No / Tidak |
| c) Influence of Drugs / Alcohol
<i>Di bawah pengaruh dadah / Alkohol</i> | <input type="checkbox"/> Yes / Ya | <input type="checkbox"/> No / Tidak |
| d) Nervous / Mental / Emotional / Sleeping Disorder
<i>Kecacatan Saraf / Mental / Emosi / Gangguan Tidur</i> | <input type="checkbox"/> Yes / Ya | <input type="checkbox"/> No / Tidak |
| e) Cosmetic reason / Dental care / Refractive errors correction
<i>Sebab kosmetik / Penjagaan pergigian / Pembetulan masalah penglihatan</i> | <input type="checkbox"/> Yes / Ya | <input type="checkbox"/> No / Tidak |
| f) AIDS / HIV Positive / STD / VD
<i>AIDS / Positif HIV / STD / VD</i> | <input type="checkbox"/> Yes / Ya | <input type="checkbox"/> No / Tidak |
| g) Self-inflicted injuries / Violation of laws / Strike / Riots
<i>Mencederakan diri sendiri / Melanggar undang-undang / Mogok / Rusuhan</i> | <input type="checkbox"/> Yes / Ya | <input type="checkbox"/> No / Tidak |
| h) Routine Examination
<i>Pemeriksaan Rutin</i> | <input type="checkbox"/> Yes / Ya | <input type="checkbox"/> No / Tidak |
| i) Others, please specify : / <i>Lain-lain, sila nyatakan :</i> | _____ | |
| i) If "Yes" to any of the above, please provide details :
<i>Sekiranya "Ya" terhadap mana-mana soalan di atas, sila nyatakan dengan lebih lanjut :</i> | _____ | |

19. For female only / Untuk wanita sahaja :

a) Was the patient pregnant at time of hospitalisation? If so, for how many months? / Adakah pesakit mengandung sewaktu dimasukkan ke hospital? Jika ya, sudah berapa bulan?

b) Was the illness caused directly or indirectly related to pregnancy / childbirth / caesarean section / miscarriage or any complications arising therefrom? / Adakah penyakit disebabkan secara langsung atau tidak langsung kepada mengandung/ kelahiran anak / pembedahan Caesarean / penguguran atau sebarang komplikasi yang timbul darinya?

Yes / Ya - Please Clarify / Sila Jelaskan : _____

No / Tidak - Please Clarify / Sila Jelaskan : _____

20. What medical advice was given to the patient pertaining to the diagnosis? / Apakah nasihat perubatan yang diberikan kepada pesakit berkenaan diagnosis?

21. Nature of treatment given / Jenis rawatan yang diberikan : _____ Date / Tarikh _____

a)

b)

22. For Surgery / Untuk pembedahan

a) Nature of operation performed / Jenis pembedahan yang dijalankan

b) Name of surgeon / Nama pakar bedah

c) Date of surgery performed / Tarikh pembedahan dijalankan

I hereby certify that I have personally examined and treated the patient for his/her injuries described above and that the facts as stated above are all true to the best of my knowledge. / Saya mengesahkan di sini bahawa saya sendiri telah memeriksa dan merawat pesakit ini untuk kecederaan yang dinyatakan di atas dan kenyataan yang disebutkan di atas adalah benar setakat yang saya ketahui.

Signature of Attending Physician : _____
Tandatangan doktor yang merawat

Signature of Attending Physician : _____
Tandatangan doktor yang merawat

Name & Qualification of Doctor : _____
Nama & Kelayakan Doktor

Name & Qualification of Doctor : _____
Nama & Kelayakan Doktor

Name and address of hospital/clinic : _____
Nama dan alamat hospital/klinik

Name and address of hospital/clinic : _____
Nama dan alamat hospital/klinik