

B. Details of Claim / Butir-butir Tuntutan

Accident / *Kemalangan* Hospitalization / *Hospitalisasi* Out-patient / *Pesakit Luar* Accidental Death / *Kematian disebabkan Kemalangan*

1. Date of Accident / *Tarikh Kemalangan* - - Time of Accident / *Masa Kemalangan* : AM/PM

2. Location of Accident / *Lokasi Kejadian*

3. Describe in detail how the accident happened and the type of injuries sustained.
Terangkan secara terperinci bagaimana kemalangan berlaku dan kecederaan yang dialami.

4. Provide name and address of person(s) who witnessed the accident. / *Nama dan alamat saksi menyaksikan kemalangan tersebut.*

5. Date and time of first treatment / *Tarikh dan masa rawatan pertama kali*

Date / *Tarikh* - - Time / *Masa* : AM/PM

6. Name, address and tel. no. of the first attending doctor. / *Nama, alamat dan no. telefon doktor yang memberi rawatan pertama kali.*

Name of Doctor / *Nama Doktor*

Address of Hospital / *Alamat Hospital*

Tel No. / *No. Tel* -

7. Date and time of hospitalization (if applicable) / *Tarikh dan masa masuk wad (jika berkenaan)*

Date / *Tarikh* - - Time / *Masa* : AM/PM

8. a) If hospitalized at overseas, please advise purpose of the overseas trip.
Jika kemasukkan wad di luar negara, sila terangkan sebab keluar negara.

Seek Medical Treatment / *Untuk Rawatan* Business / *Pekerjaan* Holiday / *Cuti*

b) Date of Departure / *Tarikh Perlepasan* - - Date Return to Malaysia / *Tarikh Pulang ke Malaysia* - -

(Please enclose a copy of your flight booking itinerary / *Lampirkan salinan tempahan tiket penerbangan*)

9. a) Have you previously been treated/sought treatment for this or similar condition?
Adakah anda pernah menerima rawatan untuk keadaan yang sama ? Yes / *Ya* No / *Tidak*

b) If yes, when was the last treatment or consultation? / *Jika ya, bilakah kali terakhir menerima rawatan?* - -

c) Name, address and tel. no. of the doctor / *Nama, alamat dan no. tel. doktor*

Name of Doctor / *Nama Doktor*

Address / *Alamat*

Tel No. / *No. Tel* -

10. Details of your usual physician (if different from above) / *Maklumat doctor yang biasa anda jumpa (jika berlainan dari yang di atas)*

Name / *Nama*

Address / *Alamat*

Tel No. / *No. Tel* -

11. Have you made a claim or entitled to receive compensation from other insurance company or any other source including Socso and Workmen's Compensation in respect of this accident/hospitalization?
 Adakah anda ada membuat tuntutan atau berhak menerima pampasan dari syarikat insurans lain atau dari punca-punca lain termasuk Perkeso dan Insurans Pampasan Pekerja untuk kemalangan/kemasukkan wad ini? Yes / Ya No / Tidak

If yes, please provide full details of the claim, date of incident policy no. and name of the insurance company.
 Jika ya, sila terangkan butir-butir tuntutan, tarikh kejadian, no. polisi and nama syarikat insurans.

Company's Name Nama Syarikat	Reference/Policy No. No. Rujukan/Polisi	Incident Date Tarikh Kejadian	Details of Claim Butir-butir Tuntutan	Claim Amount Amaun Tuntutan

Declaration & Authorisation / Perakuan dan Pengesahan

I hereby declare the foregoing particulars to be true in every aspect.
 I hereby authorise any hospital, doctor or any other person who has attended to me/the insured person to furnish Chubb Insurance Malaysia Berhad (Chubb) or its representative any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation, prescription or treatment and copies of all hospital and medical records. I further confirm that my employer may be approached for verification of my claim and I hereby authorised them to disclose any such information required.

I understand that Chubb needs to deal with my/the insured person's personal data including my/the insured person's sensitive personal data such as details about my/the insured person's health and condition, if any, to administer and assess the claim provided in this form and any other claim related matters. To achieve these purposes, I allow Chubb to collect, use and disclose my/the insured person's personal data to selected third parties in or outside Malaysia, in accordance with Chubb's Personal Data Protection Notice, which is found in Chubb's website at <http://www.chubb.com/my-privacy>. I may contact Chubb for access to or correction of my/the insured person's personal data, or for any other queries or complaints. Where I have given Chubb personal data that is of the insured person, I confirm that I have informed the insured person, I have gotten the insured person's consent and/or I am legally authorised to do so.

Saya/Kami dengan ini mengesahkan bahawa segala butir-butir yang terkandung adalah benar dan betul.
 Dengan ini saya/kami memberi kebenaran mana-mana hospital, doctor atau sesiapa yang pernah merawat saya/kami untuk mengemukakan kepada Chubb Insurance Malaysia Berhad (Chubb) atau wakil-wakil mereka sebarang dan semua maklumat berkaitan sebarang penyakit, sejarah eprubatan, preskripsi perundingan atau rawatan dan salinan semua rekod hospital dan perubatan. Saya/Kami bersetuju bahawa salinan kebenaran ini akan mempunyai kesan yang sama dan sah seperti salinan asal. Saya/Kami juga mengesahkan majikan saya/kami boleh dihubungi untuk mendapatkan pengesahan tuntutan saya/kami dan dengan ini membenarkan mereka mendedahkan sebarang maklumat yang diperlukan.

Saya faham bahawa Chubb perlu berurusan dengan data peribadi saya/pihak diinsuranskan termasuklah data peribadi sensitif saya/pihak diinsuranskan seperti butir-butir mengenai kesihatan dan keadaan saya/pihak diinsuranskan, sekiranya ada, untuk mentadbir dan menilai tuntutan yang dinyatakan dalam boring ini dan lain-lain perkara yang berkaitan dengan tuntutan tersebut. Untuk mencapai tujuan-tujuan ini, saya membenarkan Chubb untuk mengumpul, mengguna dan memberi data peribadi saya/pihak diinsuranskan kepada pihak ketiga terpilih yang terletak di dalam atau di luar Malaysia, selaras dengan Notis Perlindungan Data Peribadi Chubb, yang terdapat dalam laman web Chubb di <http://www.chubb.com/my-privacy>. Saya boleh menghubungi Chubb untuk mendapatkan atau membetulkan data peribadi saya/pihak diinsuranskan, atau untuk sebarang pertanyaan atau aduan. Apabila saya memberikan kepada Chubb data peribadi pihak diinsuranskan, saya pasti bahawa saya telah memaklumkan kepada pihak diinsuranskan, saya telah mendapati persetujuan pihak diinsuranskan dan/atau saya telah diberikuasa secara sah untuk berbuat sedemikian.

Signature of Insured Person/ Tandatangan Pihak Diinsuranskan
 Name / Nama:
 Date / Tarikh:

Authorization Form to Register for Payment by Direct Credit to Bank Account*Borang Kebenaran Pendaftaran Bayaran secara Terus ke Akaun Bank*

I/We hereby authorize Chubb Insurance Malaysia Berhad (Chubb) to credit all my/our payments to my/our bank account indicated below:
 Saya/Kami dengan ini memberi kebenaran kepada Chubb Insurance Malaysia Berhad (Chubb) untuk mengkreditkan ke semua bayaran tuntutan saya/kami ke dalam akaun bank yang dinyatakan seperti di bawah:

1. I/We hereby declare that the information given below is true and accurate to the best of my/our knowledge and records. / *Saya/Kami dengan ini mengaku bahawa maklumat yang telah dinyatakan di bawah adalah benar dan tepat mengikut pengetahuan dan rekod saya/kami.*
2. I/We understand that Chubb will rely and act based on the given information contained herein. / *Saya/Kami faham bahawa Chubb akan bergantung dan bertindak berdasarkan maklumat yang terkandung di sini.*
3. I/We shall indemnify Chubb and its banker(s) against any loss and/or damage howsoever arising from any matters in relation to Fund Transfer requested by me/us herein including but not limited to error/incorrectness/inaccuracies of the information provided, delayed payment(s) and any other circumstances beyond the control of Chubb and/or its banker(s). / *Saya/Kami akan menanggung rugi Chubb dan bank-banknya terhadap sebarang kerugian dan/atau pampasan ganti rugi yang diakibatkan daripada sebarang perkara berhubung dengan Pemindahan Dana yang diminta oleh saya/kami termasuk tetapi tidak terhad kepada kesilapan/ketidakbetulan/ketidaktepatan maklumat yang telah dinyatakan, bayaran-bayaran tertangguh dan sebarang keadaan di luar kawalan Chubb dan/atau bank-banknya.*
4. I/We understand and acknowledge that Chubb has the right to collect the/my/our information. By signing the authorization form, I/We consent to Chubb using and disclosing my/our personal information for the purpose stated here. I/We also agree to provide information necessary to verify any statement given on this authorization form and to update information promptly to Chubb. / *Saya/Kami memahami dan mengakui bahawa Chubb mempunyai hak untuk mengumpul maklumat saya/kami. Dengan menandatangani borang kebenaran, saya/kami memberi kebenaran kepada Chubb untuk menggunakan dan mendedahkan maklumat peribadi saya/kami bagi tujuan yang dinyatakan di sini. Saya/Kami juga bersetuju untuk memberikan sebarang maklumat yang diperlukan untuk menentusahkan sebarang pernyataan yang diberikan pada borang kebenaran ini dan untuk mengemas kini maklumat dengan segera kepada Chubb.*
5. I/We understand and acknowledge that my/we providing the bank details does not tantamount to Chubb having admitted liability towards my/our claim under the relevant insurance policies but is only to facilitate the safe receipt of any monies that is due to me/us. *Saya/Kami memahami dan mengakui bahawa saya/kami dengan memberikan butiran bank tidaklah bermaksud Chubb mengakui liabiliti terhadap tuntutan saya/kami di bawah dasar-dasar insurans yang berkaitan sebaliknya ianya hanyalah untuk memudahkan penerimaan selamat sebarang wang yang harus diterima oleh saya/kami.*

Banking Details (Please Ensure Accuracy of Details) / Butiran Perbankan (Sila Pastikan Butiran yang Tepat Dinyatakan)

Account Name (Beneficiary Name) / <i>Nama Account (Nama Benefisiari)</i>			
NRIC No. / <i>No. KP</i>			
Bank Name / <i>Nama Bank</i>			
Bank Account Number / <i>Nombor Akaun Bank</i>			
Telephone No. / <i>No. Telefon</i>		Extension No. / <i>No. Sambungan</i>	
Mobile No. / <i>No. Telefon Bimbit</i>			
Email Address / <i>Alamat Emel</i>	1. 2. 3.		

Signature of Insured Person / *Tandatangan**Pemegang Polisi*Name / *Nama* :Date / *Tarikh* :

Notice / Notis

1. For verification purposes, kindly attach a photocopy of the cheque book cover/top portion of the bank statement/relevant page of the bank account and any other supporting document(s) that confirms and verifies that the said account belongs to you/your company.
Untuk tujuan pengesahan, sila lampirkan salinan kulit buku cek/bahagian atas penyata bank/halaman yang berkaitan akaun bank dan dokumen sokongan lain yang mengesahkan dan menentusahkan bahawa akaun tersebut adalah kepunyaan anda/syarikat anda.
2. For all intents and purpose where there is a conflict or ambiguity as to be the meaning in the Bahasa Malaysia provisions, it is hereby agreed that the English version shall prevail. / *Bagi setiap tujuan dan maksud sekiranya terdapat konflik atau kekaburan berkenaan makna di dalam peruntukan Bahasa Malaysia, adalah dipersetujui bahawa versi Bahasa Inggeris akan digunakan.*

Contact Us / Hubungi Kami

Chubb Insurance Malaysia Berhad
Registration Number: 197001000564 (9827-A)
(Licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia)
Wisma Chubb
38 Jalan Sultan Ismail
50250 Kuala Lumpur
Malaysia
O +6 03 2058 3198 (Mon-Fri, 8:30am-5:15pm)
F +6 03 2058 3333
E goinsure.MY@chubb.com
GoInsure Website: www.chubb.com/my-goinsure
Chubb Malaysia Website: www.chubb.com/my

Chubb. Insured.SM