

Personal Accident & Health *Kemalangan Diri & Kesihatan*

Claim Form / *Borang Tuntutan*



Claim No. (for office use) / *No. Tuntutan (untuk kegunaan pejabat)*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Please complete the applicable section in this Part
(incomplete information may delay the processing of the claim)**

*Sila isi bahagian yang berkenaan
(butir yang tidak lengkap akan melambatkan process tuntutan)*

Policy Type / *Jenis Polisi*: Group / *Berkelompok* Individual / *Persendirian*

A. Details of Policy Holder/Employer / *Butir-butir Pemegang Polisi/Majikan*

Policy No. / *No. Polisi*

Risk No. / *No. Risiko*

Name of Policy Holder/Employer / *Nama Pemegang Polisi/Majikan*

New I.C. No. / *No. K.P. Baru*

Gender / *Jantina*

						-											<input type="checkbox"/>	Male / <i>Lelaki</i>	<input type="checkbox"/>	Female / <i>Perempuan</i>
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------	----------------------	--------------------------	---------------------------

Occupation / *Pekerjaan*

Marital Status / *Status Perkahwinan*

Married / *Berkahwin* Single / *Bujang* Others / *Lain-lain* _____

Address / *Alamat*

Email / *Emel* _____

Tel. No. / *No. Tel.* (House / *Rumah*)

Handphone No. / *No. Telefon Bimbit*

						-																

Tel. No. / *No. Tel.* (Office / *Pejabat*)

						-																
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B. Details of Insured Person/Employee/Claimant (if different from the above)

Butir-butir Orang yang Diinsuranskan/Pekerja/Penuntut Insurans (jika berlainan dari atas)

Name of Insured Person/Employee/Claimant

Nama Orang yang Diinsuranskan/Pekerja/Penuntut Insurans

New I.C. No. / *No. K.P. Baru*

Gender / *Jantina*

						-											<input type="checkbox"/>	Male / <i>Lelaki</i>	<input type="checkbox"/>	Female / <i>Perempuan</i>
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------	----------------------	--------------------------	---------------------------

Occupation / *Pekerjaan*

Address / Alamat

Email / Emel

Tel. No. / No. Tel. (House / Rumah)

Tel. No. / No. Tel. (Office / Pejabat)

Handphone No. / No. Telefon Bimbit

Relationship to Policy Holder / Hubungan dengan Pemegang Polisi

C. Details of Claim / Butir-butir Tuntutan

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

1. If due to Accident / Jika disebabkan Kemalangan:

a) Date of Accident / Tarikh Kemalangan - - Time of Accident / Masa Kemalangan : AM/PM

b) Location of Accident / Lokasi Kejadian

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

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

2. If due to Sickness / Jika disebabkan Penyakit:

a) Describe in detail the symptoms of the medical condition. / Terangkan secara terperinci tanda-tanda penyakit.

b) Date when it first appeared / Tarikh bila penyakit bermula - -

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

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

4. 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

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

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

6. a) If hospitalized at overseas, please advise purpose of the overseas trip.
Jika memasukkan 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)

7. 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 -

8. 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 -

9. 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

10. If claiming for temporary total/temporary partial disablement (only if this benefit is applicable under the policy), please state
Jika menuntut untuk hilang upaya keseluruhan/separa yang sementara (hanya jika manfaat ada terkandung dalam polisi), nyatakan:

a) The period when you were totally unable to attend to your business or occupation (the original medical sick leave certificate must be enclosed)
Masa bila anda tidak berupaya langsung untuk bekerja (sijil sakit yang asal mesti dilampirkan)

From / Dari - - To / Hingga - -

b) The period when you were partially able to attend to your business or occupation (the original light duty certificate must be enclosed)
Masa bila anda berupaya untuk bekerja dengan separa (sijil kerja ringan asal mesti dilampirkan)

From / Dari - - To / Hingga - -

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/
Employee/Claimant
Tandatangan Pihak Diinsuranskan/
Pekerja/Penuntut
Name / Nama:
Date / Tarikh:

Signature of Policyholder/Employer
Tandatangan Pemegang Polisi/Majikan
Name / Nama:
Date / Tarikh:

Company Chop (if applicable)
Cop Syarikat (jika berkenaan)

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>			
Business Registration No./NRIC No. <i>Pendaftaran Perniagaan/ No. KP</i>			
Bank Name / <i>Nama Bank</i>			
Bank Address / <i>Alamat Bank</i>			
Bank Account Number / <i>Nombor Akaun Bank</i>			
Swift Code / <i>Kod Swift</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.		

Authorised Signatory
 Tandatangan yang Diberikuasa
 Name / *Nama* :
 Position / *Jawatan* :
 Date / *Tarikh* :

Company Chop / *Cop Syarikat*

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 3186
F +6 03 2058 3088
TF 1 800 88 3226
www.chubb.com/my

Chubb. Insured.SM

Medical Report

Laporan Perubatan



Policy No. / No. Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Claim No. / No. Tuntutan

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**To be completed by the Attending Physician/Surgeon
(Charges for completion of this certificate, if any is to be paid by the patient)**

Untuk diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Bedah (Bayaran yang dikenakan untuk melengkapkan borang ini, jika ada hendaklah dibayar oleh pesakit)

A. Patient's Name / Nama Pesakit

New I.C. No. / No. K.P. Baru

						-								
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Gender / Jantina

Male / Lelaki Female / Perempuan

MRN No. / No. Pendaftaran

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date Admitted

Tarikh Masuk Wad

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Time / Masa

		:		
--	--	---	--	--

AM/PM

Date Discharged

Tarikh Keluar Wad

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Time / Masa

		:		
--	--	---	--	--

AM/PM

1. Diagnosis of Illness or Injury / *Diagnosis Penyakit atau Kecelakaan*

2. Cause and Pathology of the Diagnosis / *Punca dan Patologi Diagnosis*

3. Underlying condition(s) present? / *Penyakit lain yang ada?* Yes / Ya No / Tidak

If yes, please provide the underlying condition(s). / Jika ya, sila berikan penyakit tersebut.

4. Did the underlying condition(s) directly or indirectly result in the current diagnosis? / *Adakah penyakit yang sedia ada secara langsung/tidak langsung menyebabkan diagnosis terkini?* Yes / Ya No / Tidak

If yes, please provide explanation. / Jika ya, sila beri penjelasan.

5. When did the patient first consulted you for this condition?

Bilakah kali pertama pesakit jumpa anda untuk keadaan ini?

6. Have you previously treated the patient for this or similar condition? Yes / Ya No / Tidak

Adakah anda pernah merawat pesakit ini untuk keadaan yang ini atau yang sama?

If yes, when was the last treatment or consultation? / Jika ya, bilakah kali terakhir rawatan atau perundingan?

7. Was the patient previously treated by other doctor(s)? / Adakah pesakit pernah dirawat oleh doctor lain? Yes / Ya No / Tidak

If yes, please provide name, address and telephone no. of the doctor. / Jika ya, nyatakan nama, alamat dan no. telefon doktor.

Name of Doctor / Nama Doktor

Address / Alamat

Tel No. / No. Tel -

Fax No. / No. Faks -

8. Was the patient referred to you? / Adakah pesakit dirujuk kepada anda? Yes / Ya No / Tidak

If yes, by whom and please state date of referral. / Jika ya, sila nyatakan siapa dan tarikh rujukan kepada anda.

9. a) If patient was admitted, please advise if the treatment/investigation can be provided as an outpatient? Yes / Ya No / Tidak
Please provide details. / Jika pesakit dimasukkan ke wad, sila maklumkan jika rawatan/pemeriksaan boleh dijalankan secara pesakit luar? Sila beri keterangan.

b) Please state the nature of treatment(s) and investigation(s). / Sila nyatakan jenis rawatan dan pemeriksaan.

c) If surgical procedure was performed, please state the procedure done.
Jika ada prosedur pembedahan, nyatakan jenis prosedur yang dibuat.

d) If more than one procedure was involved, was it done through the same incision? Yes / Ya No / Tidak
Jika lebih dari satu prosedur, adakah ia melalui hirisan yang sama?

e) Whether it was for cosmetic reason or an elective surgery? Yes / Ya No / Tidak
Adakah ia rawatan sebab kosmetik atau pembedahan elektif?

If yes, please provide details. / Jika ya, sila beri keterangan.

10. Is the medical condition or diagnosis due to or related to (if yes, please tick where appropriate)
Adakah penyakit atau diagnosis berkaitan dengan (jika ya, sila tandakan yang mana berkenaan)

a) Congenital or Hereditary No / Tidak Yes / Ya Date diagnosed / Tarikh disahkan - -

b) Nervous or Mental Disorder No / Tidak Yes / Ya Date diagnosed / Tarikh disahkan - -

c) Alcohol or Drug Abuse No / Tidak Yes / Ya Date diagnosed / Tarikh disahkan - -

d) Hypertension or Diabetes / Tekanan No / Tidak Yes / Ya Date diagnosed / Tarikh disahkan - -

e) Pregnancy, Childbirth or Infertility No / Tidak Yes / Ya Date diagnosed / Tarikh disahkan - -

B. If due to Sickness / Jika disebabkan oleh Penyakit:

1. In your professional opinion, how long the condition had existed?
Pada pendapat professional anda, berapa lamakah penyakit sudah dialami?

2. Is this a recurrent condition? / *Adakah ia penyakit berulang?* Yes / Ya No / Tidak
If yes, please provide details. / *Jika ya, sila beri keterangan.*

C. If due to Accident / Jika disebabkan oleh Kemalangan:

1. Please indicate date and time of accident. / *Nyatakan tarikh dan masa kemalangan.*

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

2. How did the accident happened? / *Bagaimana kemalangan berlaku?*

3. Please state whether the injuries are consistent with the circumstances of the accident?
Sila nyatakan adakah kecederaan yang dialami selaras dengan keadaan kemalangan? Yes / Ya No / Tidak
If no, please provide details. / *Jika tidak, sila beri keterangan.*

4. Is there anything in the patient's medical history which may have contributed directly or indirectly to the accident or which may likely to retard his/her recovery? / *Adakah pesakit mempunyai sejarah penyakit yang boleh menyumbang secara langsung atau tidak langsung kepada kemalangan itu atau yang mungkin akan menghalang pemulihannya?* Yes / Ya No / Tidak
If yes, please give details. / *Jika ya, sila beri keterangan.*

5. In your professional opinion and taking into account the patient's occupation, to what extent have the injuries disabled the patient?
Pada pendapat profesional anda dan dengan mengambil kira pekerjaan pesakit, setakat manakah kecederaan telah menidakupayakan pesakit?

Temporary Total Disablement / *Ketidakupayaan Penuh Sementara*
Patient completely unable to attend to duty or any business affairs whatsoever (supported with medical sick leave certificate).
Pesakit langsung tidak dapat menjalankan tugas atau sebarang urusan perniagaan (disokong dengan sijil cuti sakit).

From / Dari - - To / Hingga - -

Temporary Partial Disablement / *Ketidakupayaan Separa Sementara*
Patient can attend part of work/duty/business affairs (supported with light duty certificate).
Pesakit hanya dapat menjalankan sebahagian dari kerja/tugas/urusan perniagaan (disokong dengan sijil kerja ringan).

From / Dari - - To / Hingga - -

6. If the patient has been totally disabled (temporary) for more than two weeks from attending to his/her usual duty, please describe in detail the reasons why the patient cannot work or attend to his duties keeping in mind the occupation of the patient. / *Jika tempoh ketidakupayaan penuh (sementara) pesakit dari menjalankan tugasnya yang biasa lebih daripada dua minggu, sila nyatakan dengan terperinci sebab-sebab pesakit tidak dapat menjalankan kerja atau menguruskan perniagaannya dengan mengambil kira pekerjaan pesakit.*

7. a) Is the patient suffering from any permanent disablement?

Adakah pesakit mengalami sebarang keilangan kekal?

Yes / Ya No / Tidak

If yes, please provide full details of the disablement. / *Jika ya, sila nyatakan dengan terperinci.*

b) Any chance of further recovery expected? / *Adakah peluang pemulihan dijangka lagi?*

c) When was the onset date of the Permanent Disablement? / *Bilakah tarikh bermulanya keilangan kekal?*

d) When is the patient's next appointment date? / *Bilakah tarikh temujanji pesakit seterusnya?*

- -

8. Have you any reason to suspect/believe that the patient was under the influence of intoxicants at the time of the accident? / *Adakah anda mempunyai sebarang sebab untuk mengesyaki pesakit berada di bawah pengaruh bahan yang memabukkan pada masa kemalangan?*

Declaration / Pengisytiharaan

I hereby certify that I have examined the abovementioned patient and the facts set out are true to the best of my knowledge.

Saya mengesahkan bahawa saya telah memeriksa pesakit yang tersebut di atas dan fakta-fakta yang dinyatakan di atas adalah benar sepanjang pengetahuan saya.

Signature of Physician/Surgeon
Tandatangan Pakar Perubatan/Pakar Bedah

Name / *Nama*

Clinic/Hospital's Stamp
Cop Klinik/Hospital

Date / *Tarikh*

Tel No. / *No. Tel*

Notice / Notis

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 keaburan 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 3186
F +6 03 2058 3088
TF 1 800 88 3226
www.chubb.com/my

Chubb. Insured.SM