AmMetLife Takaful

HOSPITALISATION & SURGICAL CLAIM FORM
BORANG TUNTUTAN KEMASUKAN HOSPITAL & PEMBEDAHAN

This form is to be completed by the Certificate Holder/ Claimant / *Borang ini perlu dilengkapkan oleh Pemegang Sijil/ Penuntut*

Certificate No. / *No. Sijil* :

A) DETAILS OF THE CERTIFICATE HOLDER / *BUTIR-BUTIR PEMEGANG SIJIL*

1. Name / *Nama* :

2. IC No. / *No. KP* : (Old/*Lama*) (New/*Baru*) - -

3.Residential Address / *Alamat Kediaman* :

4. Tel. No. / *No. Tel.:*

Mobile / *Telefon bimbit* -

Home / *Rumah* -

Office / *Pejabat* -

B)DETAILS OF THE PARTICIPANT / *BUTIR-BUTIR PESERTA* (If different from Certificate Holder / *Jika berbeza daripada Pemegang Sijil*)

1.Name / *Nama* :

2. IC No. / *No. KP* : (Old/*Lama*) (New/*Baru*) - -

3.Residential Address / *Alamat Kediaman* :

4. Tel. No. / *No. Tel.:*

Mobile / *Telefon bimbit* -

Home / *Rumah* -

Office / *Pejabat* -

C)DETAILS OF OCCUPATION / *BUTIR-BUTIR PEKERJAAN*

1. Occupation / *Pekerjaan* : _____

2. Nature of Business / *Bidang Perniagaan* : _____

3. Company/Employer's Name / *Nama Syarikat/Majikan* : _____

4. Company/Employer's Address / *Alamat Syarikat/Majikan* : _____ Tel. No. / *No. Tel* : _____

D) TO BE COMPLETED IF CONSULTATION OR ADMISSION DUE TO AN ACCIDENT / *UNTUK DILENGKAPKAN JIKA RAWATAN ATAU KEMASUKAN KE HOSPITAL DISEBABKAN OLEH KEMALANGAN*

1.Date and Time of Accident / *Tarikh dan Waktu Kemalangan* : / / _____ AM/PM / *PG/PTG*

2.Place of Accident / *Tempat Kemalangan* : _____

3.Please describe in details how the accident happened / *Sila jelaskan dengan terperinci bagaimana kemalangan tersebut berlaku* :

_____

_____

_____

4.Please describe the extent of injuries sustained due to the accident and treatment given: / *Sila jelaskan tahap kecederaan yang dialami dan rawatan yang diberikan:*

_____

_____

E) TO BE COMPLETED IF CONSULTATION OR ADMISSION DUE TO ILLNESS /
UNTUK DILENGKAPKAN JIKA RAWATAN ATAU KEMASUKAN KE HOSPITAL DISEBABKAN OLEH PENYAKIT

1.Please describe in details the conditions or symptoms / *Sila jelaskan dengan terperinci keadaan atau simptom-simptom* :

_____

2. When did the symptoms/conditions first appear? / *Bilakah simptom-simptom/keadaan itu mula muncul?*

_____

3. What is the final diagnosis and when was it made known to you? / *Apakah diagnosis akhir dan bilakah anda diberitahu mengenainya?*

_____

_____

4. What test or investigation was done to confirm the diagnosis? /
Apakah ujian atau penyiasatan yang telah dijalankan untuk mengesahkan diagnosis tersebut?

_____

_____

5. Please provide the name and address of the doctor who diagnosed the illness /
Sila berikan nama dan alamat doktor yang telah membuat diagnosis penyakit tersebut :

_____

_____

6. Please provide the names and addresses of the regular doctor who attended you for the above and other illnesses: /
Sila berikan nama-nama dan alamat-alamat doktor yang biasa merawat anda untuk penyakit di atas dan penyakit-penyakit lain:

Name of Doctor *Nama Doktor*	Hospital/Clinic Address *Alamat Hospital/Klinik*	Diagnosis *Diagnosis*	Date of Consultation *Tarikh Rawatan*

F) GENERAL / *AM*

Are you currently covered for similar benefits with other Takaful Operators / Insurance Companies? /
Adakah anda dilindungi untuk manfaat-manfaat yang sama dengan Pengendali-pengendali Takaful / Syarikat-syarikat Insurans yang lain?

Names of Takaful Operator / Insurance Company *Nama Pengendali Takaful / Syarikat Insurans*	Certificate No. *No. Sijil*	Amount of Benefits *Jumlah Manfaat*	Effective Dates *Tarikh Berkuatkuasa*
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

G) DETAILS OF CLAIMANT / *BUTIR-BUTIR PENUNTUT* (If different from Certificate Holder / *Jika berbeza daripada Pemegang Sijil*)

1. Name / *Nama* : _____

2. IC No. / *No. KP* : (Old/*Lama*) ☐☐☐☐☐☐☐☐ (New/*Baru*) ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

3. Residential Address / *Alamat Kediaman* :

4. Tel. No. / *No. Tel.* :

Mobile / *Telefon bimbit* ☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐

Home / *Rumah* ☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐☐

Office / *Pejabat* ☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐☐

5. What is your relationship with the Certificate Holder? /
Apakah hubungan anda dengan Pemegang Sijil? : _____

NOTE / *NOTA*

MetLife is a multinational organisation and as such, MetLife and AmMetLife Takaful Berhad (AmMetLife Takaful) as its associates are subject to the restrictions imposed by economic and trade sanctions programs in the United States as well as other countries where MetLife conducts business. Therefore, MetLife may not engage in any transactions, or pay claims that would violate any applicable trade or economic sanctions. AmMetLife Takaful shall not be deemed to provide coverage and AmMetLife Takaful shall not be liable to pay any claim or provide any Benefit to the extent that the provision of such Benefit would expose AmMetLife Takaful to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United Kingdom or United States of America or any applicable laws. The Certificate will be deemed null and void should a party be subject to any aforementioned sanction or restriction at Certificate issuance. / *MetLife merupakan sebuah organisasi multinasional, oleh itu MetLife dan AmMetLife Takaful Berhad (AmMetLife Takaful) sebagai sekutunya tertakluk kepada sekatan yang dikenakan oleh program sekatan ekonomi dan perdagangan di Amerika Syarikat dan negara-negara lain di mana MetLife menjalankan perniagaannya. Oleh itu, MetLife tidak akan terlibat dalam sebarang transaksi, atau membayar tuntutan yang akan melanggar sebarang sekatan perdagangan atau ekonomi yang berkaitan. AmMetLife Takaful tidak akan tertakluk untuk memberi perlindungan dan AmMetLife Takaful tidak akan bertanggungjawab untuk membayar sebarang tuntutan atau memberikan sebarang manfaat sekiranya peruntukan manfaat itu akan mendedahkan AmMetLife Takaful kepada sebarang sekatan, larangan atau sekatan di bawah resolusi Bangsa-Bangsa Bersatu atau sekatan perdagangan atau ekonomi, undang-undang atau peraturan-peraturan Kesatuan Eropah, United Kingdom atau Amerika Syarikat atau sebarang undang-undang yang berkenaan. Sijil ini akan dianggap terbatal dan tidak sah sekiranya satu pihak tertakluk kepada sebarang sekatan-sekatan yang disebutkan ketika pengeluaran Sijil.*

H) DECLARATION BY CERTIFICATE HOLDER / CLAIMANT / PARTICIPANT / *PENGAKUAN PEMEGANG SIJIL / PENUNTUT /PESERTA*

1. I/We understand and agree that AmMetLife Takaful Berhad (AmMetLife Takaful) shall have the right to use my/our data and personal information for the purpose of the Takaful operational process which might include transfer of data and personal information, within or outside Malaysia, to MetLife Group, AmMetLife Takaful's other related companies, subsidiaries and/or its holding companies, outsourcing partners, ReTakaful operators, solicitors, affiliate companies including their outsourcing partners and to any regulatory bodies. I/We can withdraw this permission at any time by notifying AmMetLife Takaful in writing. / *Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa AmMetLife Takaful berhak untuk menggunakan data dan maklumat peribadi saya/kami untuk tujuan proses operasi Takaful yang mungkin termasuk pemindahan data dan maklumat peribadi, di dalam atau di luar Malaysia, ke Kumpulan MetLife, lain-lain syarikat berkaitan AmMetLife Takaful, subsidiari dan/atau syarikat pegangan, rakan penyumberan luar, pengendali-pengendali takaful semula, peguamcara, syarikat-syarikat gabungan termasuk rakan penyumberan luar mereka dan kepada sebarang badan pengawal selia. Saya/Kami boleh menarik semula kebenaran ini pada bila-bila masa dengan memaklumkan secara bertulis kepada AmMetLife Takaful.*

2. I/We understand that I/We have a right to obtain access to and to request correction of any data and personal information held by AmMetLife Takaful concerning me/us. Such request can be made via a written request to AmMetLife Takaful. / *Saya/Kami memahami bahawa saya/kami berhak untuk mendapatkan akses dan untuk memohon pembetulan sebarang maklumat peribadi dan data yang dipegang oleh AmMetLife Takaful berkenaan saya/kami. Permohonan tersebut boleh dilakukan secara bertulis kepada AmMetLife Takaful.*

3. I/We have read and understood the AmMetLife Takaful's Privacy Notice, which is available at AmMetLife Takaful website and branches. / *Saya/Kami telah membaca dan memahami Notis Privasi AmMetLife Takaful, yang terdapat di laman web dan cawangan-cawangan AmMetLife Takaful.*

4. I/We understand that AmMetLife Takaful will deduct any withholding required by FATCA. / *Saya/Kami memahami bahawa AmMetLife Takaful akan memotong sebarang penyekatan yang diperlukan oleh FATCA.*

5. I/We further understand that AmMetLife Takaful reserves the right, within its sole discretion, to cancel the Certificate in the event that appropriate documentation of my/our US[1] or non-US status for purposes of FATCA is not timely provided to AmMetLife Takaful. In particular, in the event that applicable laws or regulations of Malaysia would prohibit withholding on payments to the Certificate or prohibit the reporting of the Certificate, and no waiver of such local law is obtained, AmMetLife Takaful reserves the right to terminate the Certificate. / *Saya/Kami juga memahami bahawa AmMetLife Takaful berhak, menurut budi bicara, untuk membatalkan sijil tersebut sekiranya dokumen-dokumen daripada saya/kami yang diperlukan berkenaan dengan status AS[2] atau bukan AS untuk tujuan FATCA tidak diserahkan dalam masa yang ditetapkan kepada AmMetLife Takaful. Khususnya, sekiranya undang-undang atau peraturan-peraturan Malaysia yang berkaitan akan menghalang sekatan pembayaran kepada Sijil atau menghalang laporan kepada Sijil tersebut dan tiada pelepasan yang diterima daripada undang-undang tempatan tersebut, AmMetLife Takaful berhak untuk menutup Sijil tersebut.*

6. I/We further understand that AmMetLife Takaful shall not pay the takaful benefits if the event of claim is due or arised from any of the events prescribed under the exclusion clause in Takaful Certificate and other reasons prohibited by Shariah principles. / *Saya/Kami juga bersetuju bahawa AmMetLife Takaful tidak akan membayar manfaat-manfaat takaful jika tuntutan disebabkan oleh mana-mana perkara yang ditetapkan di bawah klausa pengecualian dalam Sijil Takaful dan alasan-alasan lain yang tidak dibenarkan oleh prinsip-prinsip Syariah.*

7 I/We understand that is my duty to inform AmMetLife Takaful under in the event of any change to my citizenship(s) or any other information relating to US Indicia during the lifetime of the certificate issued under this proposal. *Saya/Kami faham bahawa adalah menjadi tanggungjawab kami untuk memaklumkan kepada AmMetLife Takaful sekiranya terdapat apa-apa perubahan kepada kerakyatan saya/kami atau terdapat apa-apa maklumat berkenaan United State Indicia semasa tempoh sijil yang dikeluarkan.*

8. I/We declare that the information given to the AmMetLife Takaful is true and complete to the best of my/our knowledge. I/We understand that AmMetLife Takaful will not be deemed to have admitted the liability of the claim by submitting this form and investigating or accepting evidence of my/our claim. / *Saya/Kami mengaku bahawa maklumat yang diberikan kepada AmMetLife Takaful adalah benar dan lengkap sepanjang pengetahuan saya/kami. Saya/Kami faham bahawa AmMetLife Takaful tidak akan dianggap sebagai telah menerima liabiliti tuntutan dengan penyerahan borang ini dan menyiasat atau menerima bukti tuntutan saya/kami.*

Signature of Certificate Holder/Claimant / *Tandatangan Pemegang Sijil/Penuntut*	Signature of Participant / *Tandatangan Peserta*	Signature of Witness / *Tandatangan Saksi*
Name/*Nama* :	Name/*Nama* :	Name/*Nama* :
IC No. /*No. K.P* :	IC No. /*No. K.P* :	IC No. /*No. K.P* :
Date/*Tarikh* :	Date / *Tarikh* :	Date / *Tarikh* :

Note: The witness must be at least 18 years of age and cannot be a named nominee / ***Nota****: Saksi mestilah berumur 18 tahun ke atas dan tidak boleh menjadi penama yang telah dilantik.*

I) DIRECT CREDITING / *KREDIT TERUS* (To be completed by Claimant / *Untuk dilengkap oleh pihak yang menuntut*)					
Please complete the rest of the boxes if more than 1 claimant./ *Sila lengkapkan kotak yang lain jika ada lebih dari seorang pihak yang menuntut)*					
Item / Perkara	*Claimant 1 / Penuntut 1*	Claimant 2 / *Penuntut 2*	Claimant 3 / *Penuntut 3*	*Claimant 4 / Penuntut 4*	*Claimant 5 / Penuntut 5*
Name / Nama					
IC No. / No. KP					
Tel No. / No. Tel					
Address / Alamat					
Occupation / Pekerjaan					
Country of Birth / Negara Kelahiran					
Do you have US address? If yes, please provide / Ada alamat di US? (Jika ada, sila nyatakan.)	☐ *Yes / Ya* ☐ *No / Tidak*	☐ *Yes / Ya* ☐ *No / Tidak*	☐ *Yes / Ya* ☐ *No / Tidak*	☐ *Yes / Ya* ☐ *No / Tidak*	☐ *Yes / Ya* ☐ *No / Tidak*
Country of Incorporation (if certificate owner is a Company / Negara berkuatkuasa (Jika pemegang sijil ialah Syarikat)					
Are you a citizen of the United States of America? / Adakah anda warganegara Amerika?	☐ *Yes / Ya* ☐ *No / Tidak*	☐ *Yes / Ya* ☐ *No / Tidak*	☐ *Yes / Ya* ☐ *No / Tidak*	☐ *Yes / Ya* ☐ *No / Tidak*	☐ *Yes / Ya* ☐ *No / Tidak*
List of Countries of citizenship (if applicable) / Senarai kewarganegraan Negara ((Jika ada)					
Industry/ Industri					
Company/Employer's Name / *Nama Syarikat/Majikan*					
Company / Employer's address / Alamat Syarikat / Majikan					
Purpose of Certificate / Tujuan Sijil	☐ *Personal / Peribadi* ☐ *Business / Perniagaan*	☐ *Personal / Peribadi* ☐ *Business / Perniagaan*	☐ *Personal / Peribadi* ☐ *Business / Perniagaan*	☐ *Personal / Peribadi* ☐ *Business / Perniagaan*	☐ *Personal / Peribadi* ☐ *Business / Perniagaan*
Note: Please enclose a copy of the first page of your bank passbook (savings account/joint account) or account statement (for current account). / Nota: Sila sertakan salinan muka surat pertama buku bank anda (akaun simpanan/akaun bersama) atau penyata akaun (untuk akaun semasa).					
Bank Name / *Nama Bank*					
Account Type / *Jenis Akaun* (Please tick one / *Sila tanda satu*)	☐ *Saving / Simpanan* ☐ *Current / Semasa* ☐ *Joint / Bersama*	☐ *Saving / Simpanan* ☐ *Current / Semasa* ☐ *Joint / Bersama*	☐ *Saving / Simpanan* ☐ *Current / Semasa* ☐ *Joint / Bersama*	☐ *Saving / Simpanan* ☐ *Current / Semasa* ☐ *Joint / Bersama*	☐ *Saving / Simpanan* ☐ *Current / Semasa* ☐ *Joint / Bersama*
Bank Account No. / *No. Akaun Bank*					
Certificate No. 1 / Sijil Pertama					
Certificate No. 2 / Sijil Kedua					
Certificate No. 3 / Sijil Ketiga					

Declaration / Pengakuan

I/We authorise AmMetLife Takaful to credit benefit payouts or refund of contribution into my/our bank account as stated above and hereby agree to fully indemnify AmMetLife Takaful and ensure AmMetLife Takaful fully indemnified against all costs, losses, damages or expenses whatsoever that AmMetLife Takaful may incurred from and against all actions, proceedings, claims and demands taken or made against AmMetLife Takaful as a result of the benefit payouts for the said Certificate(s) in this form. / Saya/Kami membenarkan AmMetLife Takaful untuk mengkreditkan pembayaran manfaat atau pemulangan sumbangan ke dalam akaun bank saya/kami seperti yang dinyatakan di atas dan bersetuju tanpa syarat untuk membayar ganti rugi dan memastikan AmMetLife Takaful dibayar ganti rugi sepenuhnya bagi semua kos, kerugian, kerosakan atau perbelanjaan yang mungkin ditanggung oleh AmMetLife Takaful dan terhadap segala tindakan, prosiding, tuntutan dan permintaan yang diambil atau dibuat terhadap AmMetLife Takaful akibat daripada pembayaran manfaat untuk Sijil(- sijil) yang tersebut di dalam borang ini.

I/We shall accept full responsibility for this authorisation and shall keep AmMetLife Takaful indemnified against all claims, expenses etc arising from this authorization and I/we give AmMetLife Takaful a full discharge from all liability for the above said matter. / Saya/Kami akan bertanggungjawab sepenuhnya ke atas kerugian yang ditanggung oleh AmMetLife Takaful terhadap semua tuntutan, perbelanjaan dan lain-lain yang timbul akibat daripada kebenaran ini dan saya/kami memberi pelepasan kepada AmMetLife Takaful daripada semua liabiliti bagi perkara yang disebut di atas.

Signature of Claimant / Tandatangan Penuntut					
Email / Email					
Date / Tarikh					

J) FOR CUSTOMER SERVICE/BRANCH USE ONLY / ***UNTUK KEGUNAAN PERKHIDMATAN PELANGGAN/CAWANGAN SAHAJA***

Checklist of Documents received / *Senarai Dokumen yang diterima*:

- ☐ Hospitalization & Surgical Claim Form / *Borang Tuntutan Kemasukan Hospital & Pembedahan*
- ☐ Hospitalisation Claim – Attending Physician's Statement / *Tuntutan Kemasukan Hospital – Kenyataan Doktor Bertugas*
- ☐ Copy of discharge note/hospital bill showing admission and discharge date and diagnosis result for Hospital Benefit Claim (if Hospitalisation Claim – Attending Physician's Statement is not completed) / *Salinan nota keluar hospital/bil hospital yang menunjukkan tarikh masuk dan keluar hospital dan diagnosis untuk Tuntutan Manfaat Hospital (jika borang Tuntutan Kemasukan Hospital – Kenyataan Doktor Bertugas tidak dilengkapkan)*
- ☐ Original itemized bills (invoice/statement) and original official receipts including deposit receipts / *Bil-bil asal (invois/penyata) dan resit-resit rasmi asal termasuk resit-resit deposit*
- ☐ All Medical Test Result including MRI/CT Scan, Dialysis etc / *Semua Laporan Keputusan Ujian Kesihatan termasuk Imbasan MRI/CT, Dialisis dan lain-lain*
- ☐ Police Report (For accident only) / *Laporan Polis (Untuk kemalangan sahaja)*

Application Through / *Permohonan melalui:*

☐ Walk-in Claimant / *Pihak yang datang Menuntut* ☐ Agent / *Ejen* ☐ Post / *Pos*

Signature of Staff / *Tandatangan Kakitangan* : _____

Name / *Nama* : _____ Date / *Tarikh* : _____