

BORANG TUNTUTAN PENGHOSPITALAN – DIISI OLEH PIHAK MENUNTUT

SEKSYEN A

Setiap soalan mestilah dijawab dengan lengkap dan Etiqa Life Insurance Berhad ("Syarikat") berhak untuk meminta maklumat tambahan sekiranya perlu. Penyerahan Borang Tuntutan ini tidak menjamin kelulusan tuntutan

No Sijil: Nama & No. Tel. Ejen/Perantara:

Sila tanda (✓) di dalam kotak yang berkenaan:

- ☐ Tuntutan Penghospitalan & Pembedahan (H&S / GHS) ☐ Tuntutan Manfaat Penghospitalan (HB / HIB/ HCB)
- ☐ Tuntutan Penghospitalan & Pembedahan (H&S) DAN Tuntutan Manfaat Penghospitalan (HB / HIB/ HCB)
- ☐ Tuntutan Pesakit Luar (GP) ☐ Tuntutan Pesakit Luar Pakar (SP) ☐ Tuntutan Penyakit Berjangkit

Maklumat Pihak Menuntut :

Nama:

No. Kad Pengenalan:

Nama Pesakit (jika selain dari Pihak Menuntut): No. Kad Pengenalan:.....

Jenis Penyakit/Keadaan Perubatan: Tanda-tanda/simptom penyakit sejak (hh/bb/tttt):

Tarikh & Masa Kecederaan (akibat kemalangan): Tarikh pertama rundingan/rawatan:

No. Tel. Bimbit: No. Tel Rumah: Alamat E-mel:

Sila nyatakan butir-butir akaun bank untuk pembayaran terus ke akaun bank pihak menuntut/orang yang dilindungi.

Bank : No. Akaun:

Nama pemegang Akaun Bank:

No. Kad Pengenalan (seperti akaun bank, untuk pembayaran individu):

No Pendaftaran Syarikat (untuk pembayaran ke syarikat):

Bayaran yang telah dibuat berdasarkan maklumat akaun yang diberikan oleh Anda akan dianggap sebagai bayaran penuh dan Kami berhak untuk pelepasan dari sebarang tuntutan sedia ada, akan datang dan permintaan yang berkaitan dengannya

PEMBERIAN KUASA / PENGAKUAN OLEH PIHAK MENUNTUT

- 1) Saya dengan ini mengaku bahawa jawapan dan pernyataan diri dan/atau Orang yang dilindungi adalah lengkap dan benar berdasarkan pengetahuan dan kepercayaan saya, dan saya tidak menahan sebarang fakta penting dari syarikat.
- 2) Saya dengan ini memberi kuasa dan kebenaran kepada pengamal perubatan, pakar bedah, hospital, klinik dan mana-mana institusi atau organisasi lain untuk memberi sebarang maklumat yang mungkin diperlukan berkenaan keadaan kesihatan saya / Orang yang Dilindungi kepada Syarikat atau wakilnya untuk penyelesaian tuntutan ini. Saya bersetuju untuk Syarikat dan wakilnya menggunakan atau mendedahkan sebarang maklumat dikumpul atau dipegang untuk pihak ketiga seperti syarikat reinsurans, pengendali retakaful, pemeriksa/perunding perubatan, penyiasat tuntutan dan lain-lain dalam atau luar Malaysia untuk tujuan memproses tuntutan.
- 3) Saya bersetuju dan membenarkan Syarikat untuk memproses data peribadi saya (termasuk data peribadi sensitif) ("Data Peribadi") untuk tujuan memproses Borang Tuntutan ini, dengan mematuhi peruntukan-peruntukan Akta Perlindungan Data Peribadi 2010; dan
- 4) Saya bersetuju bahawa salinan pemberian kuasa ini akan dianggap berkuatk kuasa dan sah seperti yang asal.

.....
Tandatangan Orang yang Dilindungi

Tarikh :

Nama :

.....
Tandatangan Pihak Menuntut (Jika selain daripada Orang yang Dilindungi)

Tarikh :

Nama :

SENARAI SEMAK PENYERAHAN TUNTUTAN

1. Tuntutan Pesakit dalam / Tuntutan Elaun Hospital Kerajaan / Tuntutan Penyakit Berjangkit

- 1.1 ☐ Borang Tuntutan (Seksyen A)
- 1.2 ☐ Laporan Pemeriksa Perubatan (Seksyen B)
- 1.3 ☐ Bil Asal Hospital (terperinci)
- 1.4 ☐ Resit Asal, termasuk deposit/nota bayaran balik (WAJIB)
- 1.5 ☐ Salinan Kad Pengenalan Pihak Menuntut dan orang yang dilindungi ATAU Salinan Halaman Pasport (untuk bukan warganegara Malaysia)
- 1.6 ☐ Laporan Siasatan Makmal mengesahkan diagnosis yang disahkan oleh pakar perubatan (untuk tuntutan Penyakit Berjangkit)
- 1.7 ☐ Laporan HPE/Hasil Biopsy/Keputusan Ujian Perubatan Lain

Lain-lain:

- 1.8 ☐ Butiran penyelesaian pembayaran tuntutan dari pengendali takaful lain diperlukan sekiranya ingin memohon baki tuntutan
- 1.9 ☐ Salinan pasport untuk Tuntutan Luar Negara (ketibaan & berlepas termasuk maklumat pemegang pasport)

2. Tuntutan pra & rawatan susulan / rawatan pesakit luar dialisis buah pinggang / rawatan kanser

- 2.1 ☐ Borang Tuntutan (Seksyen A)
- 2.2 ☐ Laporan Pemeriksa Perubatan (Seksyen B)- HANYA untuk rawatan buah pinggang / rawatan kanser
- 2.3 ☐ Bil Asal Hospital (terperinci)
- 2.4 ☐ Resit Asal, termasuk deposit/nota bayaran balik (WAJIB)
- 2.5 ☐ Salinan Kad Pengenalan Pihak Menuntut dan orang yang dilindungi ATAU Salinan Halaman Pasport (untuk bukan warganegara Malaysia)

3. Tuntutan kecemasan rawatan pesakit luar (kemalangan/penyakit)

- 3.1 ☐ Borang Tuntutan (Seksyen A)
- 3.2 ☐ Jumlah bil tidak melebihi RM500.00, pengesahan dari doktor yang merawat: tarikh & masa rawatan; tarikh kemalangan (jika berkenaan)
- 3.3 ☐ Jumlah bil melebihi RM 500, sila lengkapkan laporan pemeriksaan perubatan (seksyen B)
- 3.4 ☐ Salinan Kad Pengenalan Pihak Menuntut dan orang yang dilindungi ATAU Salinan Halaman Pasport (untuk bukan warganegara Malaysia)
- 3.5 ☐ Bil Asal Hospital (terperinci)
- 3.6 ☐ Resit Asal, termasuk deposit/nota bayaran balik (WAJIB)

4. Perbelanjaan Pengebumian / Manfaat Kematian

- 4.1 ☐ Borang Tuntutan - Diisi oleh pihak menuntut
- 4.2 ☐ Sijil Kematian / Permit Pengebumian
- 4.3 ☐ Sijil Perkahwinan / Sijil Kelahiran
- 4.4 ☐ Salinan Kad Pengenalan Pihak Menuntut ATAU Salinan Halaman Pasport (untuk bukan warganegara Malaysia)

5. Tuntutan Pesakit Luar Klinik / *Pakar

- 5.1 ☐ Borang Tuntutan (Seksyen A)
- 5.2 ☐ Nota Perubatan / pengesahan daripada doktor yang merawat:-tarikh dan masa rawatan, Jenis penyakit/Diagnosis
- 5.3 ☐ Bil Asal Hospital (terperinci)
- 5.4 ☐ Resit Asal, termasuk deposit/nota bayaran balik (WAJIB)
- 5.5 ☐ Salinan Kad Pengenalan Pihak Menuntut dan orang yang dilindungi ATAU Salinan Halaman Pasport (untuk bukan warganegara Malaysia)
- * ☐ Surat Rujukan (WAJIB) - kecuali faedah rawatan secara terus
- * ☐ Laporan Siasatan Makmal/HPE/Hasil Biopsy/Keputusan Ujian Perubatan Lain
- * ☐ Xray / MRI Scan / Ultrasound

6. Tuntutan Pesakit Luar untuk Rawatan Penyakit Denggi / Demam Enterik

- 6.1 ☐ Borang Tuntutan (Seksyen A)
- 6.2 ☐ Salinan Kad Pengenalan Pihak Menuntut dan orang yang dilindungi ATAU Salinan Halaman Pasport (untuk bukan warganegara Malaysia)
- 6.3 ☐ Laporan Siasatan Makmal (WAJIB)
- 6.4 ☐ Jumlah bil tidak melebihi RM500.00, pengesahan dari doktor yang merawat: tarikh & masa rawatan
- 6.4 ☐ Jumlah bil melebihi RM 500, sila lengkapkan laporan pemeriksaan perubatan (seksyen B)
- 6.5 ☐ Bil Asal Hospital (terperinci)
- ☐ Resit Asal, termasuk deposit/nota bayaran balik (WAJIB)

7. HB / HIB / HCB

- 7.1 ☐ Borang Tuntutan (Seksyen A)**
- 7.2 ☐ Laporan Pemeriksa Perubatan (Seksyen B)
- 7.3 ☐ Laporan Siasatan Makmal/HPE/Hasil Biopsy/Keputusan Ujian Perubatan Lain
- 7.4 ☐ Xray / MRI Scan / Ultrasound
- 7.5 ☐ Bil Asal Hospital/klinik (terperinci)**
- 7.6 ☐ Salinan Kad Pengenalan Pihak Menuntut dan orang yang dilindungi ATAU Salinan Halaman Pasport (untuk bukan warganegara Malaysia)
- 7.7 ☐ Nota Discaj **

**Terpakai kepada sijil yang berkuatkuasa melebihi satu (1) tahun daripada tarikh Sijil dikeluarkan / pengembalian semula Sijil (yang mana terkemudian), tertakluk kepada berikut:-

- 1) Penghospitalan tidak melebihi tiga (3) hari
- 2) Jumlah tuntutan manfaat Penghospitalan tidak melebihi RM 600.00