



AmAssurance

AmAssurance Berhad
Penanggung Insurans Berlesen (15743-P)
A member of the AmBank Group

Head Office: 9th Floor, Bangunan AMDB, No. 1, Jalan Lumut, 50400 Kuala Lumpur.
Postal Address: GPO Box 10956, 50730 Kuala Lumpur, Malaysia
Call Centre: 03-2612 6888 Facsimile: 03-4043 8680

HOSPITALISATION & SURGICAL CLAIM FORM BORANG TUNTUTAN HOSPITAL & PEMBEDAHAN

Hospitalisation Benefit (HB) / Faedah Hospital (HB)

Am Family Scheme

Health Management Rider (HMR) / Faedah Pengurusan Hospital

Special Medicare

Part 1 - CLAIMANT'S STATEMENT / Bahagian 1 - KENYATAAN SI PENUNTUT

Please enclose itemised original bills, official receipts covering hospitalisation & surgical expenses and Discharge note /
Sila kemukakan Inbois terperinci, Resit asal mencatatkan perbelanjaan rawatan hospital dan Nota Keluar hospital

1. Policy No/No Polisi:

2. Life Assured's details/Butir Diri yang Diinsuranskan

i Name of life assured>Nama diri yang diinsuranskan

ii. I C No/No K/P: _____

iii. Correspondence address/Alamat surat menyurat

iv Telephone No/No. Telefon

Residence / rumah: _____

Office / pejabat : _____

Mobile no / telefon bimbit : _____

3 Policy Owner's Details (if other than life assured) /

Butir Pemegang Polisi (jika selain daripada diri yang diinsuranskan)

i Name of policy owner>Nama pemegang polisi

ii. I.C. No/No. K/P : _____

iii. Correspondence address/Alamat surat menyurat

iv Telephone No/No. Telefon

Residence / rumah: _____

Office / pejabat : _____

Mobile no / telefon bimbit : _____

4 If hospitalisation was due to accident, please provide details of accident /

Jika kemasukan ke hospital disebabkan kemalangan, sila beri butir kejadian kemalangan

i When did it occur? / Bilakah kemalangan tersebut berlaku? _____

ii. Where did it occur? / Di manakah kemalangan tersebut berlaku? _____

iii. How did it occur? / Bagaimanakah kemalangan tersebut berlaku?

iv Nature and extent of injury / Jenis dan tahap kecederaan yang dialami _____

5. If hospitalisation was due to illness / Jika kemasukkan ke hospital disebabkan penyakit

a) Nature of illness or symptom? / Jenis penyakit atau simptom?

b) For how long had you/the life assured been having the symptom prior to first admission? /

Berapa lamakah anda/diri yang diinsuranskan menghadapi simptom sebelum pertama kali di masukkan ke hospital?

c) What was the diagnosis? / Apakah diagnosis ketika itu?

<p>6 Name and address of doctors who treated you/the life assured for this illness or injury / <i>Nama dan alamat doktor yang merawat anda/diri yang diinsuranskan bagi penyakit atau kecederaan ini</i></p> <p>i.</p> <p>ii.</p>	<p>Date of consultation / <i>Tarikh rawatan</i></p>	<p>Date of Admission (if any) / <i>Tarikh kemasukkan (jika ada)</i></p>						
<p>7. Please provide name and address of your/the life assured's regular attending doctor other than above / <i>Sila nyatakan nama dan alamat doctor yang biasa merawat anda/diri yang diinsuranskan selain daripada yang di atas</i></p>								
<p>8 Are you presently insured for Hospitalisation & Surgical benefits under any government law/program, employee benefit, any health benefit scheme or any other insurance policy? If so, please provide details / <i>Adakah anda ketika ini dibawah perlindungan insurans faedah Hospital & Pembedahan, di bawah sebarang program / undang-undang kerajaan, kemudahan pekerja, sebarang skim faedah kesihatan atau sebarang polisi insurans lain? Jika ada, sila beri butir.</i></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Name of Company/Program Scheme <i>Nama syarikat / skim program</i></td> <td style="width: 50%;">Policy/membership no <i>No. polisi / No keahlian</i></td> </tr> <tr> <td>i.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ii.</td> <td></td> </tr> </table>			Name of Company/Program Scheme <i>Nama syarikat / skim program</i>	Policy/membership no <i>No. polisi / No keahlian</i>	i.		ii.	
Name of Company/Program Scheme <i>Nama syarikat / skim program</i>	Policy/membership no <i>No. polisi / No keahlian</i>							
i.								
ii.								

Declaration

I hereby declare that the information given in this claim form are true and that I did not suffer from any of the pre-existing conditions at the time of this policy 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 Policy

I agree that in the event that I make, or have in the past made, any false or untrue statement and/or suppressed and / or concealed any materials facts in respect of my health and condition, the company shall absolutely forfeit my right to compensation and further reserves the right to recover any amounts paid earlier as a result thereof.

Pengisytiharan

Saya dengan ini mengisytiharkan bahawa maklumat yang diberi dalam borang tuntutan ini adalah benar dan bahawanya saya tidak menghidap sebarang penyakit ketika polisi ini dikuatkuasakan Saya seterusnya mengisytiharkan bahawa kemasukkan ke hospital kali ini bukan disebabkan keadaan yang dinyatakan dalam Fasal Pengecualian polisi

Saya bersetuju bahawanya jika saya membuat atau pernah membuat sebarang kenyataan palsu atau tidak benar dan/atau menghalang dan/atau menyembunyikan sebarang fakta berkaitan dengan kesihatan dan keadaan saya, pihak syarikat akan secara mutlak berhak menarik balik hak saya untuk mendapat pampasan dan seterusnya mendapat hak untuk menuntut semula sebarang jumlah yang telah dibayar sebelum ini.

Signature of Life Assured/*Tandatangan Diri yang Diinsuranskan*

Name/*Nama* :

Date/*Tarikh* :