

**BORANG TUNTUTAN RAWATAN HOSPITAL BERKELOMPOK - KENYATAAN PIHAK YANG MENUNTUT
GROUP HOSPITAL & SURGICAL CLAIM FORM - CLAIMANT'S STATEMENT**

Bahagian A / Part A

Borang ini hendaklah diisi oleh pekerja/ pihak yang menuntut. Semua soalan hendaklah dijawab dengan lengkap. Tanda (-) tidak akan diterima / This form is to be completed by the employee/ claimant. All questions must be answered. Dash (-) is not acceptable.

Dokumen sokongan yang diperlukan adalah / Supporting documents required are:-

- Resit bayaran asal termasuk resit deposit dan bil asal perubatan
Original payment receipts including deposit receipts and itemised medical bills
- Surat Akuan Masuk dan Keluar/ Nota keluar hospital / *Admission and Discharge Card / Discharge Note*
- Keputusan Makmal dan Radiologi / *Laboratory and Radiology Reports*

Claim No.:

Type of reimbursement claim. Sila tandakan ✓ di dalam kotak berkenaan / Please ✓ in the appropriate box

<input type="checkbox"/>	Rawatan Hospital/ <i>Hospitalisation treatment</i>	<input type="checkbox"/>	Pembedahan Penjagaan Harian / <i>Day Surgery</i>
<input type="checkbox"/>	Rawatan Pra-Hospital/ Selepas Keluar Hospital <i>Pre-Hospitalisation/ Post-Hospitalisation</i>	<input type="checkbox"/>	Rawatan Kanser Pesakit Luar / <i>Outpatient Cancer Treatment</i>
<input type="checkbox"/>	Rawatan Kecemasan Pesakit Luar Untuk Kemalangan <i>Emergency Accident Outpatient Treatment</i>	<input type="checkbox"/>	Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar / <i>Outpatient Kidney Dialysis</i>
<input type="checkbox"/>	Faedah Tunai Harian Di Hospital Kerajaan Malaysia <i>Government Hospital Daily Cash Allowance</i>	<input type="checkbox"/>	Lain-Lain / <i>Others</i>

Resit / bil asal yang dikemukakan / Original receipt(s) / bill(s) submitted:

Tarikh resit/bil <i>Receipt/ bill date</i>	Resit/ bil no. / <i>Receipt/ bill no.</i>	Nama hospital/ klinik/ <i>Name of hospital/clinic</i>	Jumlah resit (RM)/ <i>Receipt amount (RM)</i>
1.			
2.			
3.			
4.			

1. Butir tentang Pekerja/ Pihak Yang Menuntut / Particulars of Employee/ Claimant

a.	No. Polisi Berkelompok / <i>Group Policy No.</i>	No. Sijil: <i>Certificate No.:</i>	
b.	Nama Majikan / <i>Name of Employer</i>		
c.	Nama Pekerja / <i>Name of Employee</i>		
d.	No. Kad Pengenalan / <i>NRIC</i>	Lama/ <i>Old:</i>	Baru/ <i>New:</i>
e.	No. Pekerja / <i>Employee No.</i>		
f.	Tarikh Mula Bekerja / <i>Date of employment</i>		
g.	No. Telefon Bimbit / <i>Mobile Phone No.</i>		
h.	Alamat Surat Menyurat Terkini <i>Current Correspondence Address</i>		
i.	Alamat e-mel / <i>Email address</i>		

**2. Butir tentang Pihak Tanggungan (Jika Hayat yang Dilindungi ialah pihak tanggungan)
Particulars of Dependant (if Life Assured is the Dependant)**

a.	Nama Tanggungan/ <i>Name of Dependant</i>		
b.	No. Kad Pengenalan / <i>NRIC</i>	Lama/ <i>Old:</i>	Baru/ <i>New:</i>
c.	No. Telefon Bimbit / <i>Mobile Phone No.</i>		
d.	Hubungan dengan Pekerja/ <i>Relationship with Employee</i>		

3. Butir kemasukan hospital / Hospitalisation details			
a.	(a) Masuk hospital : Tarikh / Waktu <i>Admission : Date / Time</i>		
	(b) Keluar hospital : Tarikh / Waktu <i>Discharge : Date / Time</i>		
b.	Jika kemasukan ke hospital adalah akibat kemalangan, sila nyatakan <i>If hospitalization was due to accident, please state</i> (a) Tarikh dan masa kemalangan <i>Date and time of accident</i> (b) Bagaimana kemalangan tersebut berlaku? <i>How did the accident occur?</i> (c) Jenis dan tahap kemalangan tersebut berlaku? <i>Nature and extent of injury?</i>		
c.	Jika kemasukan ke hospital akibat penyakit, sila nyatakan <i>If hospitalization was due to illness, please state</i> (a) Apakah simptom yang dialami? <i>What were the symptoms presented?</i> (b) Sudah berapa lamakah simptom tersebut dialami sebelum memasukkan hospital. <i>How long had these symptoms presented before admission to hospital?</i>		
d.	Sila berikan maklumat lanjut rundingan: <i>Please provide details of consultations:</i> (a) Doktor yang merujuk hayat yang dilidungi ke hospital <i>The doctor who referred Life Assured to hospital</i> (b) Semua doktor lain yang merawat untuk penyakit ini <i>All other doctors consulted for this illness</i> (c) Nama dan alamat doktor yang biasa merawat hayat yang dilidungi selain daripada yang di atas <i>Name and address of Life Assured's regular treating doctor other than the above.</i>	Tarikh (HH/BB/TTTT) klinik <i>hospital/ Date (DD/MM/YYYY)</i>	Nama dan alamat doctor/ hospital/ klinik <i>Name and address of doctor/ clinic</i>
e.	Adakah hayat yang dilidungi kini diinsuranskan untuk faedah hospitalisasi dengan syarikat lain? Jika ya, sila nyatakan <i>Is Life Assured presently insured for hospitalization benefits with other companies? If yes, please state.</i> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <i>Yes No</i> Nama Syarikat Insurans No. Polisi Tarikh Berkuatkuasa (HH/BB/TTTT) Amaun Faedah (RM) <i>Names of Insurance Companies Policy No. Effective Dates (DD/MM/YYYY) Amount of Benefits (RM)</i>		

Pemberian Hak dan Pengisytiharan/ Authorization and Declaration

Saya/ Kami dengan ini mengisytiharkan bahawa jawapan yang diberikan disini adalah benar dan menerima tanggungjawab sepenuhnya sama ada ia ditulis oleh saya / kami atau bagi pihak saya / kami. Saya / Kami dengan ini memberi kuasa kepada sebarang Hospital, Klinik, Pakar Perubatan, Kakitangan Perubatan atau orang perseorangan (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk institusi perubatan, penginsurans semula, penyelaras tuntutan / penyiasat, peguam, persatuan industri, pengawal selia, badan-badan berkanun, pihak berkuasa kerajaan dan agensi pelaporan kredit) yang pernah merawat saya / kami untuk mendedahkan sebarang maklumat termasuk sejarah perubatan saya kepada MCIS Insurance Bhd untuk memproses tuntutan insurans saya / kami. // *We hereby declare that the forgoing answers are true and accept full responsibility whether they are written by me/ us or someone else on my/ our behalf. // We hereby authorize any Hospitals, Clinics, Physician, Medical Staff or other person (within or outside Malaysia, including medical institutions, reinsurers, claim adjusters / investigators, solicitors, industry associations, regulators, statutory bodies, government authorities and credit reporting agencies) who has attended to me/ us to disclose any information including past medical history to MCIS Insurance Bhd in order to process my/ our insurance claim(s).*

Tandatangan Pekerja/ Pihak Yang Menuntut
Signature of Employee/ Claimant

Tandatangan Saksi
Signature of Witness

Nama/ Name: _____

Nama/ Name: _____

No. KP/ NRIC: _____

No. KP/ NRIC: _____

Tarikh/ Date: _____

Tarikh/ Date: _____

**BORANG TUNTUTAN RAWATAN HOSPITAL BERKELOMPOK – KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT
GROUP HOSPITAL & SURGICAL CLAIM FORM – ATTENDING PHYSICIAN’S STATEMENT**

Bahagian B / Part B

Semua soalan hendaklah dijawab dengan lengkap. Tanda (-) tidak akan diterima. Segala penukaran hendaklah disahkan oleh doktor yang merawat. *All questions must be answered. Dash (-) is not acceptable. All alterations must be initialed by treating physician.*

1.	Nama Pesakit <i>Patient's Name</i>	
2.	No. Kad Pengenalan <i>NRIC</i>	Lama: <i>Old:</i> Baru: <i>New:</i>
3.	(a) Pendaftaran : Tarikh / Waktu <i>Admission : Date / Time</i> (b) Keluar : Tarikh / Waktu <i>Discharge : Date / Time</i>	HH/BB/TT Waktu DD/MM/YY <i>Time</i> HH/BB/TT Waktu DD/MM/YY <i>Time</i>
4.	Jika kemasukan ke hospital adalah akibat kemalangan, sila nyatakan <i>If hospitalization was due to accident, please state</i> (a) Tarikh dan masa kemalangan <i>Date and time of accident</i> (b) Jenis kemalangan: <i>Nature of accident</i>	
5.	Tarikh pertama kali anda memberi rawatan kepada pesakit bagi penyakit / kecederaan / keadaan ini. <i>The date on which you first saw the patient for this illness / injury / condition</i>	
6.	Adakah pesakit dirujuk kepada hospital anda oleh doktor yang lain? Jika ada, sila nyatakan nama dan alamat doktor tersebut, serta berikan salinan surat rujukan. <i>Was the patient referred to your hospital by any other doctor? If yes, please indicate his / her name, address and provide a copy of referral letter.</i>	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No Butir doctor and merujuk/ <i>Details of referral doctor:</i>
7.	Apakah simtom yang diberitahu oleh pesakit ketika pertama kali dia berjumpa dengan anda? <i>What were the symptoms that patient complained of when he / she first saw you?</i>	
8.	(a) Berdasarkan maklumat diberi oleh pesakit, berapa lamakah dia telah mengalami simtom tersebut? <i>According to patient, how long had he / she been experiencing these symptoms</i> (b) Pada pendapat anda, berapa lamakah simtom tersebut telah wujud? <i>How long do you think these symptoms had lasted?</i>	
9.	Pernahkah sebelum ini pesakit menerima rawatan untuk simtom di atas? Jika ada, sila nyatakan nama dan alamat doktor serta tarikh rawatan. <i>Had patient previously received any treatment for above symptoms? If so, please furnish name, address of doctors and dates of consultation.</i>	
10.	Adakah sebarang siasatan, ujian atau prosedur dilakukan? Jika ada, sila nyatakan maklumat lanjut atau sertakan salinan keputusan asal yang disahkan. <i>Have any investigation, test or procedure been performed? If so, please furnish the details or certified true copy of the result.</i>	
11.	(a) Apakah diagnosis anda? <i>What was your diagnosis?</i> (b) Sebab dan patologi berkaitan diagnosis di atas <i>Cause and pathology underlying the present diagnosis</i> (c) Adakah anda memberitahu pesakit tentang diagnosis tersebut? Jika ya, sila nyatakan tarikh. <i>Did you inform the patient of the diagnosis? If yes, please provide date.</i>	

12.	(a) Rawatan perubatan diberi <i>Medical treatment given</i> (b) Jenis pembedahan yang dilakukan <i>Nature of operation(s) performed</i> (c) Tarikh pembedahan dilakukan <i>Date surgery performed</i> (d) Nama pakar bedah <i>Name of surgeon</i>	
13.	Adakah kemungkinan pesakit menghidapi semula penyakit tersebut? <i>Any possibility of patient having relapse?</i>	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No
14.	Adalah penyakit/ keadaan berkaitan dengan berikut? Jika ya, sila ✓ / <i>Is the illness/ condition related to the following? If yes, please ✓:</i> <input type="checkbox"/> Pembedahan Kosmetik/ Plastik, Pemeriksaan Perubatan Rutin/ <i>Cosmetic / plastic surgery, routine health screening</i> <input type="checkbox"/> Kemabukan, Penyalahgunaan Dadah, AIDS, venereal disease/ <i>Intoxication, illegal drugs, AIDS, penyakit kelamin</i> <input type="checkbox"/> Tindakan Melukakan Diri Sendiri, Bunuh Diri, Percubaan Bunuh Diri/ <i>Self inflicted injury, suicide, attempted suicide</i> <input type="checkbox"/> Kongenital/ Penyakit Keturunan/ <i>Congenital / hereditary conditions</i> <input type="checkbox"/> Penyakit Mental/ Penyakit Susah Tidur/ <i>Psychotic / mental disorder/ nervous/sleep disorder</i> <input type="checkbox"/> Sukan Berbahaya, Tindakan Melanggar Undang-undang/ <i>Hazardous sports, unlawful act</i> <input type="checkbox"/> Tiada di atas/ <i>None of the above</i>	
15.	Pernahkah sebelum ini pesakit diberi rawatan atau dimasukkan ke hospital ini atau hospital-hospital lain untuk rawatan penyakit ini atau penyakit-penyakit lain? Sila nyatakan. <i>Has the patient previously been treated or hospitalized in this or any other hospital for this or any other disease? Please state:</i> <u>Tarikh / Date</u> <u>Penyakit / Disease / Illness</u> <u>Rawatan/ Details of Treatment</u> <u>Doktor/ Hospital/ Klinik / Doctor/ Hospital / Clinic</u>	
16.	Untuk pesakit wanita sahaja / <i>For female patients only</i> (a) Adakah pesakit hamil ketika dimasukkan ke hospital? <input type="checkbox"/> Tidak/ No <input type="checkbox"/> Ya/ Yes _____ <i>Was the patient pregnant at the time of hospitalization</i> (b) Adakah penyakit dengan secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh kehamilan / melahirkan anak / pembedahan caesarian / menggugurkan / keguguran dan lain-lain kesakitan yang berkaitan? Sila beri lanjutan. <i>Was illness caused directly or indirectly by pregnancy / child birth / caesarean section / abortion / miscarriage and all complications arising therefrom? Please elaborate.</i>	

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya sendiri telah memeriksa dan merawat pesakit untuk kecederaan/ penyakit yang dialami beliau seperti tersebut diatas dan semua jawapan di atas adalah benar setakat pengetahuan saya.
I hereby certify that I have personally examined and treated the patient for his/ her injuries/ illness described above and the above answers are all true to the best of my knowledge.

.....
 Tandatangan Doktor yang Merawat
Signature of Attending Physician

.....
 Cop Nama & Hospital/ Klinik
Official stamp of Hospital/ clinic

.....
 Tarikh
Date

