

BORANG TUNTUTAN MANFAAT HOSPITAL (HB) BERKELOMPOK

SEKSYEN A

Setiap soalan mestilah dijawab dengan lengkap dan Etiqa Takaful Berhad berhak untuk memohon maklumat tambahan sekiranya perlu. Penyerahan Borang Tuntutan ini tidak menjamin kelulusan tuntutan Takaful.

No Kontrak:

Nama Broker/Pengurus Akaun :

No.Tel Broker/Pengurus Akaun :

Arahan – Dokumen wajib yang dikehendaki

- ☐ Borang Tuntutan HB
- ☐ Salinan Bil /Invois Hospital yang disahkan benar
- ☐ Salinan kad pengenalan Peserta dan/atau Penuntut yang disahkan benar
- ☐ Hasil ujian makmal, X-ray, MRI / CT Scan, Ultrasound, HPE / Laporan Biopsi (jika ada)
- ☐ Bagi tuntutan HB sebanyak RM 500.00 atau kurang dan tempoh polisi lebih daripada 2 tahun dari permulaan polisi atau pengembalian semula, yang mana kemudian
Ringkasan Discaj/Nota Discaj dengan diagnosis ditulis,tandatangan dan cop oleh doktor yang merawat
- ☐ Bagi tuntutan HB melebihi RM 500.00 dan / atau tempoh polisi kurang atau sama dengan 2 tahun dari permulaan polisi atau pengembalian semula, yang mana kemudian
Manfaat Kemasukan Hospital (HB) - Laporan Perubatan

1. Maklumat Peserta

Nama Penuh Peserta :

No K.P Baru : No Sijil Kelahiran/ K.P Lama : Umur :

Jantina : ☐ Lelaki ☐ Perempuan Tarikh Lahir : Taraf Perkahwinan :

Alamat Surat Menyurat :
.....

No.Tel Bimbit : No. Tel Pejabat : No. Tel Rumah :

No . Fax : Alamat E-mail :

Jika bekerja, sila nyatakan :

i) Pekerjaan Sekarang :

ii) Maklumat tentang pekerjaan dan tugas :

iii) Nama & Alamat Majikan :

iv) No. Telefon Pejabat : v) Tarikh mula bekerja di Syarikat :

2. Maklumat Penuntut (jika selain dari Peserta)

Nama Penuntut :

No K.P Baru: No K.P Lama :

Alamat Surat-Menyurat :
.....

No.Tel Bimbit : No. Tel Pejabat : No. Tel Rumah :

No . Fax : Alamat E-mail :

3. Maklumat Kemasukan Hospital

- i. Nama Penyakit/Diagnosa :
- ii. Tarikh diagnosa :(hh/bb/tttt)
- iii. Tanda tanda penyakit :
- iv. Berapa lamakah tanda tanda penyakit wujud sebelum kali **pertama** kemasukan hospital?
- v. Tarikh **pertama** rundingan/rawatan :(hh/bb/tttt)
- vi. Nama klinik/hospital **pertama** rundingan/rawatan diterima untuk penyakit/kecederaan ini :
- vii. Alamat klinik/hospital :
- viii. No. Tel klinik/hospital :
- ix. Tarikh Kemasukan :(hh/bb/tttt)
- x. Tarikh Keluar :(hh/bb/tttt)

4. Sila nyatakan dengan penuh nama pengamal perubatan dan klinik / hospital yang (Peserta) pernah / telah, diminta atau menerima rawatan perubatan, nasihat, rundingan dan / atau pemeriksaan dalam tempoh **tiga (3) tahun lepas**.

Tarikh rundingan / rawatan	Nama Doktor	Nama, Alamat dan No. tel Klinik/Hospital

Nama, Alamat dan No. tel doctor kebiasaan yang merawat Peserta selain di atas :

5. Adakah Peserta mempunyai kontrak yang berkuatkuasa dengan syarikat lain? Yes ☐ No ☐
- Jika ya, sila berikan butir-butir berikut :

<u>Nama Syarikat</u>	<u>No. Polisi</u>	<u>Jenis Perlindungan</u>	<u>Jumlah Perlindungan(RM)</u>	<u>Tarikh Kontrak Berkuatkuasa</u>

6. Sila nyatakan butir-butir akaun bank agar pembayaran dikreditkan terus ke dalam akaun penuntut

Bank : **Cawangan Bank:** **No. Akaun:**

Nama Pemegang Akaun Bank:

No Pendaftaran Syarikat(Contoh:266243D)

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

PENGAKUAN

Saya dengan ini mengesahkan bahawa semua maklumat yang diberikan di dalam borang tuntutan ini adalah benar dan Saya / Peserta tidak mengalami sebarang syarat yang sedia ada pada masa kontrak ini telah diambil . Saya bersetuju bahawa sekiranya saya membuat atau pernah membuat sebarang kenyataan palsu atau tidak benar dan / atau menghalang dan / atau menyembunyikan sebarang fakta berkaitan dengan keadaan kesihatan saya / Peserta, Pengendali Takaful akan secara mutlak berhak menarik balik hak saya / peserta untuk mendapat hak pampasan dan seterusnya mendapat hak untuk menuntut semula sebarang amaun yang telah dibayar sebelum ini akibat daripadanya.

Tandatangan/Cop Ibu jari
Peserta

Tandatangan Saksi

Tandatangan yang dibenarkan oleh Pemegang Kontrak
& Cop Takaful Operator

Nama: _____

Nama : _____

Nama Penuh : _____

Tarikh : _____

No. K/P : _____

Jawatan: _____

Tarikh : _____

Tarikh : _____

No. Tel : _____

SURAT PEMBERIAN KUASA / KEBENARAN

Untuk Mendapatkan Maklumat lanjut Perubatan

KEPADA SESIAPA YANG BERKENAAN

Nama Peserta

No K.P(Baru)(Lama)

No Kontrak

Saya,, No. K/P dengan ini memberi kuasa dan kebenaran kepada pengamal perubatan, doktor perubatan, doktor, jururawat, kakitangan perubatan, klinik, hospital, pusat perubatan, Pengendali Takaful atau organisasi atau individu yang berkenaan (pembekal maklumat) yang mungkin mempunyai apa-apa rekod atau maklumat mengenai kesihatan atau riwayat kesihatan yang dinyatakan di atas ("Peserta") dan untuk memberikan maklumat tersebut kepada Etiqa Takaful Berhad dan pembekal perkhidmatan yang diberi kuasa dan / atau kakitangannya untuk memproses tuntutan takaful saya

Saya dengan ini bersetuju, memberi persetujuan dan membenarkan Etiqa Takaful Berhad (selepas ini disebut "Etiqa Takaful") untuk memproses data peribadi saya (termasuk data peribadi yang sensitif) ('Data Peribadi') dengan niat untuk pemprosesan borang tuntutan ini dengan mematuhi peruntukan-peruntukan Akta Perlindungan Data Peribadi 2010.

Saya dengan nyata mengetepikan semua peruntukan undang-undang atau etika profesional yang menghalang Pembekal Maklumat daripada menyatakan apa-apa maklumat yang diperoleh pada diri saya dalam kapasiti profesional dan / atau pelanggan dan saya juga memberi pelepasan kepada Pembekal Maklumat dan kakitangan / ejen dari mana-mana liabiliti yang mungkin timbul, dalam membekalkan apa-apa maklumat yang diminta oleh Etiqa Takaful Berhad.

Pemberian kuasa / kebenaran ini adalah muktamad dan salinannya akan mempunyai kesan yang sama dan sah seperti yang asal.

.....
Tandatangan Peserta / Penuntut (Jika Peserta belum dewasa)

Nama:

Hubungan dengan Peserta:

Tarikh:

Mukasurat 3 dari 3