

CLAIMS SUBMISSION REQUIREMENTS

Dear Claimant,

The following documents must be submitted in order to process the claim:-

Claim Type : ACCIDENI CLAIM

PERSONAL ACCIDENT CLAIM (PPD)

Each claim must be notified soonest possible and not later than 31 days after the claim occurrence.

The following documents are required:

1. Accident claim form to be completed by claimant.
2. Accident claim form attending physician's statement.
3. Photo of injures body part.
4. Certified true copy of I/C or Birth certificate

The completed documents can be returned to your union/organization or to us at:

PSM ASSOCIATES SDN BHD
Wisma PSM
No. 17B, Jalan Bangsar,
59200 Kuala Lumpur.
Tel : 03-22821616 (Hunting Line)
Fax : 03-22821919
H/Phone : 012-3072811 (Office)

ACCIDENT CLAIM FORM ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT



Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>	New NRIC No. <i>No. KP Baru</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>	Old NRIC/BC/Passport No. <i>No. KP Lama/Sijil Kelahiran/Pasport</i>	<input type="text"/>
Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>	Name of Life Assured <i>Nama Hayat yang Diasuranskan</i>	<input type="text"/>
Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>		
Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>		

The medical fee is to be borne by the patient *Yuran Laporan Perubatan akan ditanggung oleh pesakit*

PARTICULARS <i>BUTIR-BUTIR</i>	
1.	Patient's name <i>Nama Pesakit</i>
2.	Age <i>Umur</i>
3.	Occupation <i>Pekerjaan</i>
4.	Date & time of accident <i>Tarikh & masa kemalangan</i>
5.	Date & time of first consultation <i>Tarikh & masa rawatan pertama</i>
6.	Describe in detail the nature of accident as related to you by the patient <i>Terangkan secara terperinci jenis kemalangan seperti yang telah dinyatakan oleh pesakit</i>
7.	a) Date of commencement of medical leaves <i>Tarikh cuti sakit bermula</i>
	b) Date of expiry of medical leaves <i>Tarikh cuti sakit berakhir</i>
	c) Number of days of light duty <i>Bilangan hari pesakit tugas ringan</i>
INJURY DETAILS <i>BUTIR-BUTIR KECEDERAAN</i>	
8.	For NON - FRACTURE injuries <i>Untuk kecederaan BUKAN PATAH</i> Please state detailed injury {Type / Site / Size / Severity etc} <i>Sila nyatakan butir-butir kecederaan {Jenis / Tempat / Saiz / Tahap dan lain-lain}</i>
9.	Were there any external and visible injuries or wound as a result of this accident. If No, Describe any other evidence that is consistent with the accident as claimed by the patient <i>Adakah terdapat sebarang kecederaan / luka luaran ketara akibat kemalangan tersebut? Jika tidak, nyatakan sebarang bukti yang konsisten dengan kemalangan seperti yang dituntut oleh pesakit</i>
10.	For AMPUTATION injuries, please state level of amputation seen. <i>Jika berlaku sebarang AMPUTASI anggota, sila nyatakan tahap amputasi tersebut (proximal, tengah, distal).</i>
11.	Treatment given including follow-up (Dates of consultation, healing progress, treatments such as physiotherapy, etc.) <i>Rawatan yang diberi termasuk rawatan lanjutan (Tarikh rawatan, kadar sembuh, rawatan seperti jumlah jahitan, STO, fisioterapi, jenis pencucian dsb.)</i>
12.	For FRACTURE injuries <i>Untuk kecederaan PATAH</i>
	i) Location & Type of fracture <i>Lokasi & Jenis patah</i> ii) Method of fracture treatment employed <i>Jika pesakit diberi sebarang bentuk pembatasan bergerak (POP, sendal belakang, crepe bandage, dan sebagainya) Sila nyatakan</i>

CLM-ACAPS-V01-032012

	<p>a) Date first applied question 12(ii) and removed <i>Tarikh mula digunakan soalan 12(ii) dan ditanggalkan</i></p> <p>b) Date patient started physiotherapy <i>Tarikh pesakit mula fisioterapi</i></p> <p>c) Date patient started on partial weight bearing / full weight bearing <i>Tarikh pesakit memulakan senaman tanpa sokongan / pembatasan pergerakan sebenar bagi sebarang anggota penyambung pada tarikh akhir rawatan</i></p>
13.	<p>a) Last date of consultation <i>Tarikh akhir rawatan</i></p> <p>b) Condition and Function of the injured part on discharge <i>Keadaan anggota yang cedera</i></p>
14.	For complications of injury. Give details of complication, severity and its management. <i>Adakah proses sembuh lancar/rumit? Sila beri butir kerumitan</i>
15.	Kindly furnish report of X-rays and other imaging films done. Include report of latest films on discharge. <i>Adakah gambar sinar X diambil? Jika ada, sila sertakan laporan / filem sinar X</i>

HOSPITALISATION *HOSPITAL*

16.	<p>Details of Hospitalisation <i>Butir Kemasukan Hospital</i></p> <p>a) Name of hospitalisation <i>Nama hospital</i></p> <p>b) Admission No. <i>No. Pendaftaran</i></p> <p>c) Date admitted <i>Tarikh masuk</i></p> <p>d) Date discharge <i>Tarikh keluar</i></p> <p>e) Date surgery performed <i>Tarikh pembedahan dilakukan</i></p> <p>f) Details of surgery / other special diagnostic procedure or treatment. <i>Butir pembedahan / lain-lain prosedur diagnosis atau rawatan khusus</i></p>
17.	Name and address of other doctors who treated Patient for the same injury. <i>Nama dan alamat doktor-doktor lain yang merawat Pesakit untuk kecederaan yang sama</i>
18.	In your opinion, is there any existing physical impairment or disease / illness which may have contributed directly or indirectly to the accident? <i>Pada pendapat anda, adakah terdapat kecacatan fizikal atau penyakit yang mungkin menyumbang secara langsung atau tidak langsung terhadap kemalangan ini?</i>

I hereby certify that the above answers are all true to my best knowledge. *Saya dengan ini mengesahkan bahawa semua jawapan di atas adalah benar setakat pengetahuan saya.*

Signature of doctor
Tandatangan doktor
Date *Tarikh*

Name & Practice stamp
Cop Nama & Amalan

Name & address of hospital / clinic
Nama & Alamat hospital / klinik

Note *NOTA:*

Medical Practitioner or Doctor shall mean a Surgeon or Physician qualified by degree in Western Medicine, who is legally licensed and duly qualified to practice medicine and surgery authorized in the geographical area of his practice and who also possesses a current Annual Practising Certificate
Pegawai Perubatan atau Doktor ialah seorang pakar bedah atau doktor yang layak dan berijazah dalam perubatan barat. Dia hendaklah mempunyai lesen secara sah di dalam kawasan geografi yang dipraktisny dan mempunyai Sijil Praktis Tahunan yang terkini.

ACCIDENT CLAIM FORM
BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN



Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>	New NRIC No. <i>No. KP Baru</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>	Old NRIC/Birth Certificate/ Passport No.	<input type="text"/>
Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>	<i>No. KP Lama/Sijil Kelahiran/No. Pasport</i>	
Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>	Name of Life Assured <i>Nama Hayat yang Diasuranskan</i>	<input type="text"/>
		Handphone No. <i>No. Telefon Bimbit</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/>

A. LIFE ASSURED'S PARTICULARS BUTIR-BUTIR HAYAT YANG DIASURANSKAN

1. Current correspondence address <i>Alamat surat-menyurat terkini</i>	1. <input type="text"/>								
2. (a) Occupation and exact duties <i>Pekerjaan dan tugas</i>	2(a) <input type="text"/>								
(b) Involved in manual work <i>Adakah terlibat melakukan tugas kasar?</i>	2(b) <input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>								
3. Employer's Name <i>Nama majikan</i>	3. <input type="text"/>								
4. Employer's Full Address <i>Alamat lengkap majikan</i>	4. <input type="text"/>								
5. Employer's telephone no. <i>No. telefon majikan</i>	5. <input type="text"/>								
6. Does life assured have any insurance with other insurers? <i>Adakah hayat yang diasuranskan mempunyai polisi dengan syarikat insurans yang lain?</i> If "Yes", please provide the details. <i>Jika "Ya", sila nyatakan butir-butir tersebut.</i>	6. <input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Policy No. <i>No. Polisi</i></th> <th>Company <i>Syarikat</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Policy No. <i>No. Polisi</i>	Company <i>Syarikat</i>						
Policy No. <i>No. Polisi</i>	Company <i>Syarikat</i>								

B. PAYMENT MODE CARA PEMBAYARAN

How do you wish to receive your claims cheque? *Bagaimana anda ingin menerima cek tuntutan anda?*

Direct credit (please attach Direct Credit Form for Claims) *Kredit Langsung (sila sertakan Borang Kredit Langsung bagi Tuntutan)*

Mail to current correspondence address. *Mel ke alamat surat-menyurat terkini*

Through authorized personnel to collect cheque (please attach Letter of Authorisation). *Melalui nama yang diberi kuasa untuk mengutip cek bagi pihak (sila sertakan Surat Kebenaran)*

To be collected by assured at Great Eastern's Office at _____
Dituntuti oleh asured di Pejabat Great Eastern

C. PARTICULARS OF ACCIDENT BUTIR-BUTIR TENTANG KEMALANGAN

1. When did it occur? <i>Bila kemalangan tersebut berlaku?</i>	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) <input type="text"/> a.m. / p.m. (hh/bb/tttt) <input type="text"/> pagi / petang
2. Where did it occur (exact location)? <i>Di manakah kemalangan tersebut berlaku (lokasi sebenar)?</i>	2. <input type="text"/>
3. How did it occur (please state details description of the accident). <i>Bagaimana kemalangan tersebut berlaku (sila terangkan butiran kemalangan secara terperinci).</i>	3. <input type="text"/>
4. Nature and extent of injury. <i>Jenis dan tahap kecederaan dialami.</i>	4. <input type="text"/>
5. Did the life assured previously suffer from, or received treatment for, a similar or related injury? <i>Pernahkah hayat yang diasuranskan mengalami atau dirawat untuk kecederaan yang serupa atau berkaitan?</i>	5. <input type="text"/>
6. Was the life assured under influence of alcohol/drugs at the time of accident? <i>Adakah hayat yang diasuranskan di bawah pengaruh alkohol/ubat ketika kemalangan berlaku?</i>	6. <input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>
7. Was the accident reported to <i>Adakah kemalangan ini dilaporkan kepada</i>	7(i) <input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> (please enclose police report) <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i> (sila sertakan laporan polis)
(i) Police <i>Polis</i>	(ii) <input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> (please enclose attendance report) <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i> (sila sertakan laporan kehadiran)
(ii) Employer <i>Majikan</i>	
8. (i) Date first absent from work <i>Tarikh mula-mula tidak hadir ke tempat kerja</i>	(i) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)
(ii) Date return to work <i>Tarikh kembali bekerja</i>	(ii) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)

D. RECORD OF MEDICAL CONSULTATIONS REKOD RAWATAN PERUBATAN

1. Give below the details of all doctors or specialists who have been consulted in connection with your injury :-
Berikan butir-butir doktor atau pakar yang merawat anda untuk kecederaan di atas :-

Name Nama	Address Alamat	Consultation Date Tarikh Rawatan

2. If you were admitted to a hospital or similar institution, please supply the following details:

Jika anda masuk ke hospital atau lain-lain institusi, berikan butir-butir berikut:

Name of hospital or institution Nama hospital atau institusi	Date of Admission Tarikh Masuk	Date of Discharge Tarikh Keluar

DECLARATION & AUTHORISATION BY THE ASSURED / LIFE ASSURED**PENGAKUAN & PEMBERIKUASA OLEH ASURED / HAYAT YANG DIASURANSKAN**

I declare the above answers are true, complete and correct, and agree that if I have made, or shall make any untrue statement, or suppressed or concealed any material fact; my/the Life Assured's right to be compensated shall be absolutely forfeited. I, the Life Assured/Assured, hereby authorize and give my consent to any doctor, medical practitioner, physician, hospital, laboratory, surgeon, nurse, medical staff, clinic or insurance company or other organization, institutions or persons that may have any records or knowledge of my/Life Assured's health or medical history ("Information Provider"), to provide such information to GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (93745-A) ("the Company") and its authorized service provider and/or its employees in order to process my insurance claim. I, the Life Assured/Assured, expressly waive on behalf or myself or any person who shall have any claim or interest in any policy hereunder, all provision of law or professional ethics forbidding any Information Provider from disclosing any information acquired while attending to me in a professional capacity. I, the Life Assured/Assured/Claimant, hereby authorize and give my consent, to the deduction of monies due to the Company from the claim proceeds payable pursuant to any policy hereunder, including but not limited to any Automatic Premium Loan, Cash Loan, overdue interests, premium due, advance benefit paid, erroneous payment and/or payment made in excess of any claim amount. This authorization shall irrevocably bind my successors and assigns and shall remain valid notwithstanding my death or incapacity, and a copy of this form shall be effective and valid as the original.

Saya mengaku bahawa jawapan di atas adalah benar. Saya, Hayat Yang Diasuranskan/Asured, dengan ini memberi kuasa dan mengizinkan mana-mana pegawai perubatan, doktor, pakar bedah, klinik, hospital, pusat perubatan, syarikat insurans atau organisasi, institut atau orang perseorangan ("Pemberi Maklumat") yang mungkin mempunyai apa-apa rekod atau mengetahui pekerjaan, kewangan, kesihatan atau sejarah perubatan saya untuk memberi maklumat kepada GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (93745-A) ("pihak Syarikat") atau mana-mana ejen/kakitangannya yang diberikuasa. Saya juga tidak ragu-ragu untuk mengetepikan bagi pihak saya dan/atau sebagai waris terdekat Asured dan untuk harta pusakanya segala peruntukan undang-undang atau etika profesional yang menghalang Pemberi Maklumat daripada memberi maklumat berkenaan mengenai saya dalam bidang kuasa sebagai profesional dan/atau pelanggan dan saya juga memberi pelepasan kepada Pemberi Maklumat ejen/kakitangannya daripada apa-apa liabiliti kerana memberi maklumat tersebut kepada pihak Syarikat. Saya, Hayat yang Diasuranskan/Asured/Penuntut dengan ini memberi kuasa dan kebenaran untuk menolak wang yang perlu dibayar kepada Syarikat daripada jumlah tuntutan yang boleh dibayar menurut sebarang polisi di bawah ini, termasuk dan tidak terhad kepada sebarang Pinjaman Premium Automatik, Pinjaman Tunai, tunggakan faedah, premium yang perlu dibayar, manfaat yang telah dibayar lebih awal, kesilapan pembayaran dan/atau pembayaran yang telah melebihi sebarang amaun tuntutan. Surat pemberikuasa/kebenaran ini adalah muktamad dan salinannya juga memberi hak dan pengesahan yang sama dengan yang asal.

Signature of Life Assured *Tandatangan Hayat yang Diasuranskan*

Name *Nama* _____

NRIC No. *No. KP* _____

Date *Tarikh* _____

Signature of the Assured *Tandatangan Asured (If different from the Life Assured) (Jika lain daripada Hayat yang Diasuranskan)*

Name *Nama* _____

NRIC No. *No. KP* _____

Date *Tarikh* _____

Signature of Witness *Tandatangan Saksi*

Name *Nama* _____

NRIC No. *No. KP* _____

Tel. No. *No. Tel.* _____

Address *Alamat* _____

Date *Tarikh* _____

AGENT'S / OFFICER'S DECLARATION PENGAKUAN EJEN / PEGAWAI

I hereby declare that I have sighted the original *NRIC/passport/birth certificate of the life assured and assured and verified the identity of the life assured and assured through the use of such *NRIC/passport/birth certificate. *Saya mengesahkan identiti hayat yang diasuranskan dan asured setelah melihat *kad pengenalan/pasport/sijil kelahiran yang asli.*

Signature of *agent / officer
*Tandatangan *ejen / pegawai*

Name *Nama* _____

Agent No. / Staff ID _____

No. Ejen / ID _____

Pegawai _____

Date *Tarikh* _____