



# Rakan Rela PA Claim Form

## Rakan Rela Borang Tuntutan Kemalangan Peribadi

### Important Note / Nota Penting:

1. Kecuali dinyatakan sebaliknya, anda dikehendaki untuk menghantarkan **SEMUA** dokumen yang telah disenaraikan di bawah kepada Syarikat. Anda juga diingatkan bahawa Syarikat tidak mengakui sebarang tanggungan dengan mengeluarkan borang ini.
2. Borang ini mesti diisi dengan memberikan butiran penuh sebarang kejadian berkaitan dengan tuntutan yang akan dibuat dan dipulangkan kepada Syarikat di mana Polisi dikeluarkan secepat mungkin.

### CHECKLIST / SENARAI WAJIB

- Borang Tuntutan Kemalangan Peribadi
  - Laporan Polis ( jika kemalangan jalan raya )
  - Lesen Memandu ( jika kemalangan jalan raya )
  - Laporan Perubatan diperlukan (**untuk tuntutan melebihi RM500**)
  - Bukti hubungan jika pihak yang membuat tuntutan selain dari pemegang polisi. ( sijil perkahwinan / sijil kelahiran )
- A) Untuk Pendapatan Hospital Harian:**
- Salinan bukti kemasukan hospital ( nota discaj )
  - Salinan bill Perubatan dari hospital (GH/swasta)
- B) Untuk Kematian Kemalangan & Perbelanjaan Pengebumian:**
- Salinan Sijil Kematian
  - Salinan Kad Pengenalan Pewaris
  - Salinan Laporan Pos Mortem / Laporan Perubatan
  - Salinan surat pentadbiran ( jika tiada Penama atau Penama di bawah umur 18 tahun )
  - Salinan dokumen hendaklah disahkan oleh Majistret / Pesuruh jaya Sumpah / Pekerja Zurich Insurans
- C) Untuk Kehilangan Upaya Kekal Akibat Kemalangan & Kerusi Roda atau Anggota Badan Buatan**
- Gambar fizikal badan yang kecacatan / kehilangan
  - Laporan pakar perubatan yang mengesahkan hilang upaya kekal dan peratusan ketidakupayaan
  - Resit asal pembelian kerusi roda / anggota badan buatan
  - Surat sokongan dari pakar perubatan untuk pembelian kerusi roda / anggota badan buatan
- D) Untuk Faedah Mingguan (MC) akibat Kemalangan**
- Salinan Sijil Cuti Sakit ( MC ) – doktor perlu tulis sebab kecederaan di belakang sijil cuti sakit
- E) Untuk Elaun Kesulitan Akibat Kecurian Ragut:**
- Salinan Laporan Polis
  - Bukti / dokumen sokongan yang lain, jika ada
- NOTA :** Dokumen tambahan akan diminta bergantung kepada kes kemalangan yang tertentu

Part / Bahagian I		Policyholder's Details / Butiran Pemegang Polisi	
Name / Nama		Policy No. / No. Polisi	
Part / Bahagian II		Claimant's Details / Butiran Penuntut	
Name / Nama		NRIC or Passport No. / No. KP atau Pasport	
Address / Alamat			
Tel No. / No. Tel.		Email Address / Alamat Emel	

Part / Bahagian III		The Accident / Butiran Kemalangan	
Date / Tarikh	d d / m m / y y y y	Time / Masa	h h : <input type="text" value="m"/> <input type="text" value="m"/> a.m. / p.m.
Location / Tempat			
Kindly state in detail how the accident occurred and what the Insured Person was doing at that time. / Sila nyatakan secara terperinci bagaimana kemalangan berlaku dan apa yang dilakukan oleh Orang yang Diinsuranskan pada masa itu.			
Kindly state the injuries that the Insured Person has sustained from the accident. / Sila nyatakan dengan tepat kecederaan yang dialami oleh Orang yang Diinsuranskan pada masa itu.			
Part / Bahagian VI		Payment Details / Butiran Pembayaran	
Beneficiary Name / Nama Benefisiari		NRIC / No. KP	
Email Address / Alamat Emel		Tel. No. / No. Tel.	
Account Holder's Name / Nama Pemegang Akaun		NRIC/ No. KP	
Bank Account No. / No. Akaun Bank			
Type of Bank Account / Jenis Akaun Bank	<input type="checkbox"/> Savings Account / Akaun Simpanan <input type="checkbox"/> Current Account / Akaun Semasa <input type="checkbox"/> Joint Account / Akaun Bersama	Name of the Bank / Nama Bank	

- Saya dengan ini mengisytiharkan bahawa saya telah mematuhi terma dan syarat polisi ini dalam segala hal dan saya tidak mengecualikan diri daripada melakukan kerja biasa saya sama ada sebahagiannya atau sepenuhnya, lebih lama daripada yang benar-benar perlu disebabkan oleh kemalangan tersebut, dan kemalangan tersebut adalah punca tunggal kehilangan saya.
- Saya mengesahkan nama akaun dan butir-butir adalah betul seperti yang dinyatakan di atas dan pihak Syarikat mempunyai kuasa untuk mengreditkan jumlah yang perlu dibayar ke dalam akaun bank secara langsung.
- Saya dengan ini mengesahkan kebenaran kenyataan dan butiran di atas dalam segala hal, dan saya bersetuju bahawa jika saya membuat, atau dalam sebarang perakuan yang perlu dibuat atas permintaan pegawai Syarikat berkaitan tuntutan tersebut, membuat sebarang kenyataan palsu atau menipu atau melindungi fakta penting, Polisi ini adalah tidak sah terhadap Syarikat dan hak saya untuk menuntut pampasan dibatalkan sepenuhnya, dan saya sanggup, apabila diperlukan oleh pegawai Syarikat, untuk membuat perakuan berkanun tentang kebenaran semua kenyataan di atas, dan butiran lain yang mungkin diperlukan oleh pegawai Syarikat.
- Saya dengan ini memberi kebenaran tanpa syarat dan tanpa keraguan kepada pihak syarikat dan syarikat-syarikat bersekutunya untuk memproses data peribadi saya yang didedahkan di sini. Pihak syarikat adalah bebas untuk memproses data berkenaan dan berkongsi maklumat yang didedahkan di sini kepada mana-mana penyedia perkhidmatan dan mana-mana syarikat bersekutunya dengan syarat bahawa pendedahan maklumat peribadi berkenaan adalah bertujuan dan berkaitan dengan insurans yang saya pohon di sini. Kebenaran yang diberikan adalah selaras dengan peruntukan di bawah Akta Perlindungan Data Peribadi 2010.
- Dengan ini saya membenarkan mana-mana doktor, pengamal perubatan, hospital atau klinik yang telah memeriksa atau merawat saya atas sebarang sebab, untuk memberikan butir-butir penuh mengenainya termasuklah sejarah perubatan sebelumnya kepada Zurich General Insurance Malaysia Berhad. Salinan fotostat kebenaran ini hendaklah dianggap sebagai sah seperti yang asal.

Signature of Policyholder / Tandatanganan Pemegang Polisi,
Date / Tarikh