

Branch

**HOSPITAL & SURGICAL CLAIM FORM / BORANG TUNTUTAN KEMASUKAN HOSPITAL & SURGERI**

This claim form is to be used for Major & Minor Surgery, Hospitalisation, Outpatient Kidney Dialysis & Outpatient Anticancer Chemotherapy/Radiotherapy. / Borang ini untuk digunakan bagi Pembedahan Besar & Kecil, Rawatan Hospital, Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar & Kemoterapi/Radioterapi Anti Kanser Pesakit Luar.

Kindly attach together with this form a copy of the following documents: / Sila sertakan bersama dengan borang ini, salinan dokumen-dokumen seperti berikut:

- Hospital discharge note; / Nota discaj hospital;
- Diagnostic Test Report; / Laporan ujian diagnostik atau;
- Copy of medical bill; / Salinan bil perubatan; and / dan
- Other certified document/certificate, showing the admission date, discharge date and diagnosis of illness/injury. / Sebarang dokumen/sijil yang menunjukkan tarikh kemasukan tarikh discaj dan diagnosis bagi penyakit/kecederaan yang telah disahkan.

**SECTION A: PERSONAL INFORMATION (To be completed by claimant) / SEKSYEN A: BUTIRAN PERIBADI (Untuk diisi oleh pihak menuntut)**

Master policy contract number / Nombor polisi induk kontrak  Policy/Contract/Certificate number / Nombor polisi/kontrak/sijil

Name of life assured/person covered in full / Nama penuh orang yang diinsuranskan/orang yang dilindungi

NRIC number (new) / Nombor kad pengenalan (baru)  -  -  Other identification number / Nombor pengenalan lain

Name of payor (claimant) if differ from the above / Nama pembayar (penuntut) jika berbeza dengan di atas

NRIC number (new) / Nombor kad pengenalan (baru)  -  -  Other identification number / Nombor pengenalan lain

House phone number / Nombor telefon rumah  -  Office phone number / Nombor telefon pejabat  -  Mobile number / Nombor telefon bimbit  -

Correspondence address / Alamat surat-menyurat

Bank name / Nama bank (for direct crediting payment purpose / untuk tujuan pembayaran kredit terus)

NRIC number (new)/company registration number / Nombor kad pengenalan (baru)/nombor pendaftaran syarikat  -  -

Bank account number / Nombor akaun bank

Bank name / Nama bank  Bank branch / Cawangan bank

**STATEMENT OF CONSENT / PENYATAAN KEBENARAN**

- I/We hereby authorise any physician or hospital who has attended to me/my spouse/my child with respect to the above illness/injury/disability, to furnish or disclose all known facts concerning the illness/injury/disability to Sun Life Malaysia. A photocopy of this authorisation shall be considered as effective and as the original. / Saya/Kami dengan ini membenarkan mana-mana pakar perubatan atau hospital yang telah merawat saya/pasangan saya/anak saya berkaitan penyakit/kecederaan/hilang upaya di atas, untuk memberi dan mendedahkan semua fakta yang diketahui tentang penyakit/kecederaan/hilang upaya kepada Sun Life Malaysia. Salinan fotokopi bagi pengesahan ini akan dianggap sebagai sah seperti salinan asal.
- I/We agree that any of my/our personal information collected or held by Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad ("you") in this document is provided with my/our consent for it to be held, used, and disclosed by you to individuals or organizations associated with you or any selected third party (within or outside of Malaysia, including reinsurance/retakaful and claims investigation companies and industry associations/federations) to process my/our application as stated in this document, and to communicate with me/us for purposes of processing such application. I/We understand that I/we am/are entitled to obtain access to and to request correction of any personal information held by you and that such request can be made to your Customer Careline at 1300-88-5055. / Saya/kami bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi saya/kami yang diperolehi atau disimpan oleh Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad ("anda") di dalam dokumen ini, adalah boleh diberikan atau disimpan, digunakan dan didedahkan oleh anda kepada individu atau organisasi yang berkaitan dengan anda atau mana-mana pihak ketiga yang terpilih (di dalam atau di luar Malaysia termasuk syarikat-syarikat insurans/takaful semula dan siasatan tuntutan serta persatuan/persekutuan industri) untuk memproses permohonan saya/kami sepertimana tertera di dalam dokumen ini, serta berhubung dengan saya bagi tujuan pemprosesan permohonan tersebut. Saya/Kami memahami bahawa saya/kami berhak mendapat akses kepada maklumat tersebut dan meminta sebarang pembedahan dibuat ke atas mana-mana maklumat peribadi yang disimpan oleh anda dan permintaan tersebut boleh dibuat kepada Talian Khidmat Pelanggan Careline anda di 1300-88-5055.

Signature of Life Assured/Person Covered / Tandatangani Orang yang Diinsuranskan/Orang yang Dilindungi  Date / Tarikh  -  -



3. FOR FEMALE PATIENT ONLY / UNTUK PESAKIT WANITA SAHAJA

a. Was the patient pregnant at the time of hospitalisation? / Adakah pesakit hamil semasa dimasukkan ke hospital?

If yes, how many months? / Jika ya, berapa bulan?

Yes / Ya  No / Tidak   months / bulan

b. Was the patient's illness/accident related directly or indirectly to pregnancy/childbirth? / Adakah penyakit/kemalangan disebabkan secara langsung atau tidak langsung oleh kehamilan/bersalin?

Yes / Ya  No / Tidak

4. SURGICAL QUESTIONNAIRE / SOAL SELIDIK PEMBEDAHAN

a. Was there any surgery performed? If yes, please state. / Adakah sebarang pembedahan dilakukan? Jika ya, sila nyatakan.

Yes / Ya  No / Tidak

i. Type of surgery performed. MINOR/MAJOR surgery? / Jenis pembedahan yang telah dijalankan. Pembedahan KECIL/BESAR?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ii. Please describe the nature/parts/reason for the surgery to be performed. / Sila terangkan jenis/bahagian/sebab pembedahan yang dijalankan.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. OUTPATIENT KIDNEY DIALYSIS & OUTPATIENT ANTICANCER CHEMOTHERAPY/RADIOTHERAPY QUESTIONNAIRE / SOAL SELIDIK DIALISIS BUAH PINGGANG PESAKIT LUAR & KEMOTERAPI/RADIOTERAPI ANTI KANSER PESAKIT LUAR

a. Kindly advise whether the patient is presently on dialysis or recommended for dialysis. / Sila nyatakan sama ada pesakit sedang menjalani dialisis atau disyorkan untuk menjalani dialisis.

i. Date first dialysis was done/ Tarikh mula dialisis dilakukan

-  -

ii. Frequency/Number of days per week / Kekerapan/Jumlah hari dalam seminggu

iii. Dialysis centre name / Nama pusat dialisis

\_\_\_\_\_

b. Kindly advise whether the patient may require any follow-up treatments. / Sila maklumkan sama ada pesakit akan memerlukan rawatan susulan.

i. Kindly specify the type of follow-up treatment/ Sila nyatakan jenis rawatan susulan

Chemotherapy / Kemoterapi  Radiotherapy / Radioterapi

ii. Course of treatment recommended / Sila rawatan yang disyorkan

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

iii. Duration of treatment / Jangka masa rawatan

Date started / Tarikh mula  -  -

Date ended / Tarikh berakhir  -  -

iv. No. of session to be completed / Jumlah sesi yang perlu dijalankan

times / kali

SECTION C: DECLARATION / SEKSYEN C: PENGISYTIHARAN

I hereby declare that the answers to all the above questions are true in each and every aspect. / Dengan ini saya mengisytiharkan bahawa jawapan-jawapan kepada semua soalan di atas adalah benar dalam bagi setiap keadaan.

Name of medical attendant / Nama pegawai perubatan

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NRIC number (new) / Nombor kad pengenalan (baru)

-  -

Other identification number / Nombor pengenalan lain

Office phone number / Nombor telefon pejabat

-

Mobile number / Nombor telefon bimbit

-

Date / Tarikh

-  -

Signature of medical attendant /  
Tandatangan pegawai perubatan

Hospital/Clinic stamp /  
Cop hospital/klinik