

TRAVEL CLAIM FORM / BORANG TUNTUTAN PERJALANAN

Policy No.

No. Polisi

Claim No.

No. Tuntutan

SECTION 1 - DETAILS OF INSURED / CLAIMANT / SEKSYEN 1 - BUTIR-BUTIR PEMILIK / PENUNTUT

Name / Nama

Address / Alamat

MyKad / Army / Police / Passport / Business Registration No. / No. Mykad / Tentera / Polis / Pasport / Pendaftaran Perniagaan

Nationality

Kewarganegaraan

Email Address

Alamat Emel

Mobile No.

No. Telefon

Telephone No. (House)

No. Telefon (Rumah)

Telephone No. (Business)

No. Telefon (Perniagaan)

Travel Agent / Ejen Pelancongan

Date of Booking / Tarikh Tempahan

Booked Holiday Dates / Tarikh Percutian Ditempah

From / Dari :

To / Hingga :

Do you have other insurance covering this lost?

Adakah anda mempunyai insurans lain yang melindungi kerugian ini?

Yes
Ya

No
Tidak

If yes, state type of Policy, Policy No. and name of Insurer:

Jika ya, nyatakan jenis Polisi, Nombor Polisi dan nama Syarikat Insurans:

✓

Please tick and fill up the relevant section and submit the required documents as per the checklist

Sila tandakan dan lengkapkan bahagian yang berkaitan serta kemukakan dokumen yang diperlukan seperti dalam senarai semak.

SECTION 2 - TRIP CANCELLATION / TRIP CURTAILMENT / TRAVEL DELAY / MISSED DEPARTURE / TRAVEL POSTPONEMENT / LOSS OF DEPOSIT DUE TO ABSCONDMENT OR INSOLVENCY OF TRAVEL AGENCY

SEKSYEN 2 - PEMBATALAN PERJALANAN / PEMENDEKAN PERJALANAN / KELEWATAN PERJALANAN / TERLEPAS PERJALANAN / PENANGGUHAN PERJALANAN / KEHILANGAN WANG PENDAHULUAN AKIBAT KEGAGALAN EJEN PERJALANAN

Full Name of Claimants

Nama Penuh Penuntut :

Tick as appropriate:

Tandakan yang berkenaan:

Trip Cancellation

Pembatalan Perjalanan

Trip Curtailment

Pemendekan Perjalanan

Travel Delay

Kelewatan Perjalanan

Missed Departure

Terlepas Perjalanan

Travel Postponement

Penangguhan Perjalanan

Loss Of Deposit Due To Abscondment Or Insolvency Of Travel Agency

Kehilangan Wang Pendahuluan Akibat Kegagalan Ejen Perjalanan

Date of Cancellation / Date of Delay / Date of arrival home if curtailed:

Tarikh Pembatalan / Tarikh Kelewatan / Tarikh Ketibaan Pulang jika Dipendekkan:

DD

HH

MM

BB

YYYY

TTTT

TIME

MASA

AM/PM

AM/PM

Reason of Cancellation / Curtailment / Delay :

Sebab Pembatalan / Pemendekan / Kelewatan :

Name of sick or injured person and relationship to insured :

Nama individu yang sakit atau cedera dan hubungan dengan orang yang diinsuranskan :

Period of delay (must be at least 6 hours from the time specified in the travel itinerary) :

Tempoh kelewatan (mestilah sekurang-kurangnya 6 jam dari masa yang dinyatakan dalam jadual perjalanan) :

SECTION 3 - PERSONAL LUGGAGE AND PERSONAL EFFECTS/PERSONAL MONEY AND TRAVEL DOCUMENTS/LUGGAGE DELAY/ HOME CARE/ CREDIT CARD INDEMNITY

SEKSYEN 3 - BAGASI DAN BARANG-BARANG PERIBADI / WANG PERIBADI DAN DOKUMEN PERJALANAN / KELEWATAN BAGASI / PERLINDUNGAN ISI RUMAH / GANTI RUGI KAD KREDIT

Date and Time of loss / damage / accident:

Tarikh dan Masa kehilangan / kerosakan / kemalangan :

DD

HH

MM

BB

YYYY

TTTT

TIME

MASA

AM/PM

AM/PM

Location of loss / damage / accident:

Lokasi kehilangan / kerosakan / kemalangan :

Cause of loss / damage / accident:

Punca kehilangan / kerosakan / kemalangan :

continue on next page / bersambung di mukasurat sebelah

Did you report the loss to the police? Yes No If yes, date reported :
 Adakah anda melaporkan kehilangan kepada polis? Ya Tidak Jika ya, tarikh dilaporkan : _____

Did loss / damage occur in the custody of a carrier (airline, bus company, etc)?
 Adakah kehilangan / kerosakan berlaku semasa dalam jagaan pengangkut (syarikat penerbangan, syarikat bas, dan sebagainya)?

Date reported to carrier :
 Tarikh dilaporkan kepada pengangkut : DD MM YYYY

Have you received any payment from the carrier or other parties responsible for the loss? Yes No If yes, state amount :
 Adakah anda telah menerima sebarang bayaran daripada pengangkut atau pihak lain yang bertanggungjawab atas kerugian tersebut? Ya Tidak Jika ya, nyatakan jumlah : _____

Owner of the Baggage Pemilik Bagasi	Details of item(s) lost or damaged including make / model or item(s) purchased due to delayed luggage Butiran item yang hilang atau rosak termasuk jenama / model atau item yang dibeli akibat kelewatan bagasi.	Place of Purchase Tempat Pembelian	Purchase Date Tarikh Pembelian	Purchase Price Harga Pembelian	Amount Claimed Jumlah Tuntutan
Owner of the Money Pemilik Wang	Amount in notes (RM) Jumlah dalam wang kertas (RM)	Amount in foreign currency notes Jumlah dalam wang kertas mata wang asing	Total amount claimed Jumlah Tuntutan Keseluruhan		

SECTION 4 - TRAVEL OVERBOOKED / TRAVEL MISCONNECTION / SEKSYEN 4 - PENERBANGAN LEBIH TEMPAHAN / PERJALANAN TERGENDALA

Date of Travel Overbooked / Travel Misconnection
 Tarikh Berlaku Penerbangan Lebih Tempahan / Perjalanan Tergendala : DD MM YYYY TIME : AM/PM
 MASA : AM/PM

Place of Travel Overbooked / Travel Misconnection
 Tempat Berlaku Penerbangan Lebih Tempahan / Perjalanan Tergendala : _____

Reason of Travel Overbooked / Travel Misconnection
 Sebab Penerbangan Lebih Tempahan / Perjalanan Tergendala : _____

Date of next departure Flight
 Tarikh Penerbangan Seterusnya : DD MM YYYY TIME : AM/PM
 MASA : AM/PM

SECTION 5 - HIJACKING INCONVENIENCE / SEKSYEN 5 - KESULITAN AKIBAT RAMPASAN

Date and Time of Hijack :
 Tarikh dan Masa Rampasan : DD MM YYYY TIME : AM/PM
 MASA : AM/PM

Reason of Hijack : _____ By : _____
 Sebab Rampasan : _____ Oleh : _____

Date and Time of Release:
 Tarikh dan Masa Pembebasan : DD MM YYYY TIME : AM/PM

SECTION 6 - PERSONAL ACCIDENT / PERSONAL LIABILITY / SEKSYEN 6 - FAEDAH KEMALANGAN DIRI/ LIABILITI PERIBADI

Name of Claimant :
 Nama Penuntut : _____

Date, Time and Place of Accident :
 Tarikh, Masa dan Tempat Kemalangan : DD MM YYYY TIME : AM/PM
 MASA : AM/PM

How did it happen?
 Bagaimana ia berlaku? _____

Nature of Injury (or official cause of death) :
 Jenis Kecederaan (atau punca rasmi kematian) : _____

Name of Doctor and Hospital consulted abroad/local :
 Nama Doktor dan Hospital yang dirujuk di luar negara / dalam negara : _____

Name and address of Doctor attending to you :
 Nama dan alamat Doktor yang merawat anda : _____

Name and address of Claimant's Regular Doctor (if different from above):
 Nama dan alamat Doktor Tetap Penuntut (jika berbeza daripada yang di atas): _____

**SECTION 7 - MEDICAL EXPENSES/DAILY HOSPITAL ALLOWANCE/ MEDICAL EVACUATION AND REPATRIATION
SEKSYEN 7 - PERBELANJAAN PERUBATAN / TUNAI HARIAN HOSPITAL / PEMINDAHAN PERUBATAN KECEMASAN DAN
PENGHANTARAN PULANG MAYAT**

Name of Claimant :
Nama Penuntut :

Date and Time of Accident or Onset of Illness : DD MM YYY TTTT : AM/PM
Tarikh dan Masa Kemalangan atau Permulaan Penyakit : HH BB : AM/PM

Place of Accident or Onset of Illness:

Tempat Kemalangan atau Permulaan Penyakit: _____

Nature of Accident / Illness :

Jenis Kemalangan / Penyakit : _____

Period Hospitalised :

Tempoh Kemasukan di Hospital : _____

Name and address of treating Doctor(s):

Nama dan alamat Doktor yang merawat: _____

Nature of Expenditure / Jenis Perbelanjaan	To whom Paid / Payable / Kepada siapa Dibayar / Perlu Dibayar	Amount (state currency if not RM) / Jumlah (nyatakan mata wang jika bukan RM)

MEDICAL AUTHORISATION / KEBENARAN PERUBATAN

This medical authorisation must be completed in respect of claims for personal accident / medical and other expenses / hospital allowance / emergency medical evacuation and repatriation / loss of deposit or cancellation / curtailment.

I hereby authorise any physician, nurse, medical staff, hospital or clinic by whom _____ (claimant / deceased has been observed or treated), to release any medical information including past medical history to RHB Insurance Berhad (RHBI) and/or RHBI's Assistance Provider in order to process my insurance claims.

RHB Insurance Berhad may use the above medical information for any or all purposes pertaining to or arising out of the claim by the undersigned.

This authorisation shall remain valid until the above referenced claim has been finalised, but in no event longer than six years from the date below.

I understand that I have the right to receive a copy of this authorisation.

Photostat copies of this authorisation shall be considered as valid as the original.

Kebenaran perubatan ini mesti dilengkapkan bagi tuntutan kemalangan diri / perubatan dan perbelanjaan lain / elaun hospital / pemindahan dan penghantaran pulang perubatan kecemasan / kehilangan deposit atau pembatalan / pemendekan.

Saya dengan ini memberi kebenaran kepada mana-mana doktor, jururawat, kakitangan perubatan, hospital atau klinik yang telah merawat atau memerhati _____ (penuntut / si mati yang telah diperhatikan atau dirawat), untuk mendedahkan sebarang maklumat perubatan termasuk sejarah perubatan lepas kepada RHB Insurance Berhad (RHBI) dan/atau Penyedia Bantuan RHBI bagi tujuan memproses tuntutan insurans saya.

RHB Insurance Berhad boleh menggunakan maklumat perubatan di atas bagi mana-mana atau semua tujuan yang berkaitan dengan atau yang timbul daripada tuntutan oleh pihak yang bertandatangan di bawah.

Kebenaran ini akan kekal sah sehingga tuntutan yang dirujuk di atas diselesaikan, tetapi dalam apa jua keadaan tidak melebihi enam tahun dari tarikh di bawah.

Saya faham bahawa saya berhak untuk menerima salinan kebenaran ini.

Salinan fotostat kebenaran ini akan dianggap sah seperti salinan asal.

Signature :
Tandatangan : _____

Date :
Tarikh: _____

Name :
Nama : _____

MyKad or Passport No. :
MyKad atau No. Pasport : _____

MEDICAL CERTIFICATE / SIJIL PERUBATAN

This medical certificate must be completed by the Insured Person's regular doctor pertaining to the medical history prior to the commencement of the holiday in respect of claims for personal accident / medical and other expenses / hospital allowance / emergency medical evacuation and repatriation / lost of deposit or cancellation / curtailment.

Sijil perubatan ini mesti diisi oleh doktor tetap Orang Yang Diinsuranskan berkaitan dengan sejarah perubatan sebelum permulaan percutian bagi tuntutan kemalangan diri / perbelanjaan perubatan dan lain-lain / elaun hospital / pemindahan dan penghantaran pulang perubatan kecemasan / kehilangan deposit atau pembatalan / pemendekan percutian.

1. Patient's Name :

Nama Pesakit :

2. (i) Are you this patient's regular Doctor? Yes No (ii) If yes, for how long?

(i) Adakah anda Doktor tetap pesakit ini? Ya Tidak (ii) Jika ya, untuk tempoh berapa lama? _____

3. Describe (i) Accidental injuries (ii) Cause of death (iii) Illness of Patient

Huraikan (i) Kecelakaan akibat kemalangan (ii) Punca kematian (iii) Penyakit Pesakit

4. Date of medical treatment first sought for this condition :

Tarikh rawatan perubatan pertama kali didapatkan untuk keadaan ini: DD MM YYYY
 HH BB TTTT

5. History of this condition or any relevant condition with dates of treatment. If yes, please state :

Sejarah keadaan ini atau sebarang keadaan berkaitan dengan tarikh rawatan. Jika ya, sila nyatakan: Yes No
 Ya Tidak

6. If you were treating the patient prior to the holiday, was he / she fit to travel at date of booking which was on

Yes No
 Ya Tidak

Jika anda merawat pesakit sebelum percutian, adakah dia layak untuk mengembara pada tarikh tempahan iaitu pada

Date / Tarikh: DD MM YYYY
 HH BB TTTT

Signature / Tandatangan :

Date / Tarikh: DD MM YYYY
 HH BB TTTT

Name / Nama :

Qualification / Kelayakan :

Address / Alamat:

SECTION 8 - CUSTOMER CONFIRMATION / SEKSYEN 8 - PENGESAHAN PELANGGAN

Do you require an e-Invoice?

Adakah anda memerlukan e-Invois?

Yes No
 Ya Tidak

Note: In line with the Lembaga Hasil Dalam Negeri (LHDN) guideline, the issuance of an individual e-invoice is mandatory for any single transaction exceeding RM10,000, effective 1 January 2026.

Nota: Selaras dengan garis panduan Lembaga Hasil Dalam Negeri (LHDN), pengeluaran e-invois individu adalah wajib bagi setiap transaksi melebihi RM10,000, mulai 1 Januari 2026.

ACKNOWLEDGEMENT AND CONSENT / PENGIKTIRAFAN DAN KEBENARAN

I have read and understood RHB Insurance Berhad ("RHB") Privacy Notice which has been provided to me at the point of application and which I acknowledge is also available at insurance.rhbgroup.com.

I explicitly consent to RHB processing my personal information (including my sensitive personal information) for the purpose of processing my insurance claim, including any necessary disclosures and overseas transfers of my personal information to relevant third parties, if applicable, subject at all times to any laws (including regulations, standards, guidelines and/or obligations) applicable to RHB.

I also represent and warrant that the consent of third party individuals (e.g. insured/claimant, witnesses, medical practitioner) whose personal information I disclose to RHB has been sufficiently obtained to allow RHB to process the same in relation to the purpose.

Yes
Ya

Saya telah membaca dan memahami Notis Privasi RHB Insurance Berhad ("RHB") yang telah diberikan kepada saya pada masa permohonan dan saya juga akui ia boleh didapati di insurance.rhbgroup.com.

Saya memberi persetujuan nyata kepada RHB memproses maklumat peribadi saya (termasuk maklumat peribadi sensitif saya) bagi tujuan memproses tuntutan insurans saya, termasuk apa-apa pendedahan yang diperlukan dan pemindahan maklumat peribadi saya ke luar negara kepada pihak ketiga yang berkaitan, jika berkenaan, tertakluk pada setiap masa kepada mana-mana undang-undang (termasuk peraturan-peraturan, piawaian, garis panduan dan/atau obligasi) yang terpakai ke atas RHB.

Saya juga menyatakan dan menjamin bahawa saya telah cukup memperolehi persetujuan individu pihak ketiga (contohnya pihak yang diinsuranskan / yang menuntut, saksi, pengamal perubatan) di mana maklumat peribadi mereka telah saya dedahkan kepada RHB untuk membenarkan RHB membuat pemprosesan yang sama berhubung dengan tujuan tersebut.

No
Tidak

SECTION 10 - DECLARATION / SEKSYEN 8- PENGISYTIHARAAN

I / We understand that RHB issuance and acceptance of this form should not be construed as an admission of their liability of my / our claim.

If I / We have given any false or fraudulent statement / information, or suppressed or concealed or in any manner failed to disclose material information, the policy shall be null and void and that I / We shall not be entitled to all/any rights to recover thereunder in respect of any or all claims, past, present or future and my / our claim shall be absolutely forfeited.

I / We agree that if such statements and particulars are written by any other person, such person shall be deemed to have been my / our Agent for the purpose of filing in this form and his statement shall be binding upon me / us.

I / We hereby agree to give my / our fullest cooperation to RHB or its authorized representative in relation to this claim.

I / We understand that the above questions shall not prejudice RHB general rights to raise any other questions related to the claim.

Yes
Ya

Saya / Kami memahami bahawa pengeluaran dan penerimaan borang ini oleh RHB tidak boleh ditafsirkan sebagai pengakuan tanggungjawab mereka terhadap tuntutan saya / kami.

Sekiranya Saya / Kami telah memberikan kenyataan / maklumat salah atau palsu, atau menyekat atau menyembunyikan atau dengan cara apa pun gagal mendedahkan maklumat penting, polisi ini akan terbatal dan tidak sah dan saya / kami tidak berhak atas semua / mana-mana hak untuk menuntut mana-mana atau semua tuntutan, masa lalu, sekarang atau masa depan dan tuntutan saya / kami akan dilucutkan sepenuhnya.

Saya / Kami bersetuju bahawa jika kenyataan dan butir-butir tersebut ditulis oleh individu lain, individu tersebut akan dianggap sebagai Ejen saya / kami untuk tujuan pengisian borang ini dan penyataannya akan mengikat saya / kami.

Saya / Kami dengan ini bersetuju untuk memberikan kerjasama sepenuhnya kepada RHB atau wakil yang diberi kuasa oleh RHB berkaitan dengan tuntutan ini.

Saya / Kami faham bahawa soalan-soalan di atas tidak akan menjejaskan hak am RHB untuk mengemukakan sebarang soalan lain yang berkaitan dengan tuntutan ini.

No
Tidak

[This paragraph is only applicable to parent/legal guardian/next-of-kin/authorized representative of junior claimant(s)/insured(s), if any]

[Perenggan ini hanya terpakai kepada ibubapa/penjaga undang-undang/waris/wakil bagi kanak-kanak yang menuntut/diinsuranskan, jika ada]

If you are providing consent as parent / legal guardian / next-of-kin / authorized representative of the junior claimant/insured whose personal information will be processed as described above, please complete the following information:

Jika anda memberikan persetujuan sebagai ibubapa/penjaga undang-undang/waris/wakil bagi kanak-kanak menuntut/diinsuranskan yang di mana maklumat peribadinya akan diproses seperti yang dinyatakan di atas, sila lengkapkan maklumat berikut:

Signature
Tandatangan

Name
Nama

MyKad No.
No. MyKad

Relationship with the junior claimant(s)/insured(s)
Hubungan dengan kanak-kanak yang menuntut/diinsuranskan:

Name
Nama

MyKad No.
No. MyKad

Signature of Insured / claimant and company stamp (if applicable)
Tandatangan Pemilik / penuntut dan cop syarikat (jika berkenaan)

Date
Tarikh