

PERSONAL ACCIDENT / MEDICAL CLAIM FORM
BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN DIRI / PERUBATAN**IMPORTANT NOTICE / NOTIS PENTING**

Claims notification must be given to **Our** Claims Department within thirty (30) days from the date of any **Occurrence** likely to give rise to a claim in this **Policy**.
Pemberitahuan tuntutan mestilah diberikan kepada Jabatan Tuntutan Kami dalam tempoh tiga puluh (30) hari dari tarikh sebarang Kejadian yang berkemungkinan menimbulkan tuntutan di bawah Polisi ini.

Policy No.

No. Polisi

Claim No.

No. Tuntutan

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

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)

Submit the required documents as per the [personal accident claim checklist](#) / Hantar dokumen yang diperlukan mengikut [senarai semak tuntutan kemalangan diri](#).**SECTION 2 - DETAILS OF CLAIMANT / THIRD PARTY / SEKSYEN 2 - BUTIRAN PENUNTUT / PIHAK KETIGA**

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)

SECTION 3 - DETAILS OF LOSS / DAMAGE / ACCIDENT / SEKSYEN 3 - BUTIRAN KERUGIAN / KEROSAKAN / KEMALANGAN

Date and Time of loss / damage / accident

Tarikh dan masa kerugian / kerosakan / kemalangan

 DD
HH MM
BB YYYY
TTTT : AM/PM
AM/PM

Location of accident

Lokasi kemalangan

Cause accident

Punca kemalangan

Details of injuries sustained

Butiran kecederaan yang dialami

Type of sick leave
Jenis cuti sakit

Medical certificate
Sijil perubatan

Hospitalization
Kemasukan ke hospital

Sick Leave
Cuti Sakit

From _____ To _____
Dari _____ Ke _____

Please attach medical certificate / Sila lampirkan sijil perubatan

Have you lodged a police report?
Adakah anda membuat laporan polis?

Yes
Ya No
Tidak

If yes, please provide a copy of police report.
Jika ya, sila kemukakan salinan laporan polis.

SECTION 4 - ADDITIONAL INFORMATION / SEKSYEN 4 - MAKLUMAT TAMBAHAN

Other insurance policy; if any / Polisi insurans lain; jika ada :

Item Item	Insurance Company Syarikat Insurans	Policy No. No. Polisi	Type of Policy Jenis Polisi	Period of Insurance Tempoh Insurans	Coverage Amount Jumlah Perlindungan

Has claim been filed for Workmen's Compensation/SOCSO?
Adakah tuntutan telah dibuat di bawah Pampasan Pekerja/PERKESO? Yes
Ya No
Tidak

✓ Submit the required documents as per the medical claim checklist / Hantar dokumen yang diperlukan mengikut senarai semak tuntutan perubatan.

SECTION 5 - MEDICAL REPORT / SEKSYEN 5 - LAPORAN PERUBATAN

NOTE FOR HOSPITAL - Medical Report to be filled up by the treating doctor.

NOTA UNTUK HOSPITAL - Laporan Perubatan hendaklah diisi oleh doktor yang merawat.

1. Name of Patient Nama Pesakit	2. Hospitalization was recommended by: Kemasukan ke hospital disyorkan oleh:			
Sex / Jantina:	Age / Umur:	Occupation / Pekerjaan:		
3. Name of Hospital or Clinic / Nama Hospital atau Klinik:				
4. Date & Time of Confinement/Admitted/Treated on: Tarikh & Masa Kemasukan / Dimasukkan / Dirawat pada:	<input type="text"/> DD HH	<input type="text"/> MM BB	<input type="text"/> YYYY TTTT	<input type="text"/> : <input type="text"/> AM/PM AM/PM
Date & Time of discharge if hospitalised: Tarikh & Masa discaj jika dimasukkan ke hospital:	<input type="text"/> DD HH	<input type="text"/> MM BB	<input type="text"/> YYYY TTTT	<input type="text"/> : <input type="text"/> AM/PM AM/PM
5. a. Nature of illness or injury (complete diagnosis) Jenis penyakit atau kecederaan (diagnosis lengkap)				
b. Is disability arising from patient's employment? Adakah kehilangan upaya ini berpunca daripada pekerjaan pesakit?	<input type="checkbox"/> Yes Ya	<input type="checkbox"/> No Tidak		
c. Is disability due to pregnancy/childbirth? Adakah kehilangan upaya akibat kehamilan/bersalin?	<input type="checkbox"/> Yes Ya	<input type="checkbox"/> No Tidak		
d. Is disability due to infertility? Adakah kehilangan upaya akibat isu kesuburan?	<input type="checkbox"/> Yes Ya	<input type="checkbox"/> No Tidak		
e. Is disease congenital? Adakah penyakit kongenital?	<input type="checkbox"/> Yes Ya	<input type="checkbox"/> No Tidak		
f. Is condition hereditary? Adakah keadaan kesihatan yang diwarisi?	<input type="checkbox"/> Yes Ya	<input type="checkbox"/> No Tidak		
g. Is condition related to nervous or mental disorder? Adakah keadaan berkaitan sistem saraf atau penyakit mental? If yes, please specify: Jika ya, sila nyatakan:	<input type="checkbox"/> Yes Ya	<input type="checkbox"/> No Tidak		
h. Is condition treated for cosmetic reason? Adakah keadaan yang dirawat atas sebab kosmetik?	<input type="checkbox"/> Yes Ya	<input type="checkbox"/> No Tidak		
6. a. Short history of illness or disability Sejarah ringkas penyakit atau kehilangan upaya				
b. Date you were first consulted Tarikh anda pertama kali dirujuk	DD HH	MM BB	YYYY TTTT	<input type="text"/>
c. Has patient ever had same or similar condition? Pesakit pernah mengalami keadaan yang sama atau seumpamanya sebelum ini?	<input type="checkbox"/> Yes Ya	<input type="checkbox"/> No Tidak		
If "yes" please state when Jika "ya", sila nyatakan bila	DD HH	MM BB	YYYY TTTT	<input type="text"/>
d. How long has this injury or illness been existing prior to consulting you? Berapa lama kecederaan atau penyakit ini telah wujud sebelum mendapatkan rawatan daripada anda?				
e. Names and address of Doctors previously consulted by patients for the illness. Nama dan alamat Doktor yang pernah dirujuk oleh pesakit bagi penyakit ini.				

7. Complete if surgery was performed: Lengkapkan jika pembedahan telah dijalankan:	
a. Nature of operation/obstetrical procedure performed: Jenis pembedahan/prosedur obstetrik yang dijalankan:	
b. Name of Surgeon : Nama Pakar Bedah :	
8. In case of accident please state: Sekiranya berlaku kemalangan, sila nyatakan:	
a. Type of fracture/injury: Jenis patah tulang/kecederaan:	
b. Will the injuries sustained result in permanent disability? Adakah kecederaan yang dialami akan menyebabkan kehilangan upaya kekal? <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	
If "yes" please provide details and degree (%) of permanent disability. Jika "ya", sila berikan butiran dan tahap (%) kehilangan upaya kekal.	
9. Kindly complete either: Sila lengkapkan salah satu daripada yang berikut:	
a. Is patient totally incapacitated from attending to any part of his/her business/occupation? Adakah pesakit mengalami kehilangan upaya sepenuhnya untuk menjalankan sebarang bahagian daripada perniagaan/pekerjaannya?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak From / Dari _____ To / Hingga _____
b. Is patient only partially incapacitated in the sense that he/she is unable to attend to a substantial and essential part of his/her business/occupation? Adakah pesakit hanya mengalami kehilangan upaya separa dalam erti kata tidak dapat menjalankan sebahagian besar dan penting daripada perniagaan/pekerjaannya?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak From / Dari _____ To / Hingga _____
10. Remarks, if any / Ulasan, jika ada :	

I hereby certify that the answers above are full, complete and true.
Saya dengan ini mengesahkan bahawa jawapan di atas adalah penuh, lengkap dan benar.

Stamp of Hospital / Clinic
Cop Hospital / Klinik

Signature and Stamp of Attending Doctor /
Tandatangan dan Cop Doktor yang Merawat

Name of Attending Doctor
Nama Doktor yang Merawat

Date
Tarikh

SECTION 6 - CUSTOMER CONFIRMATION / SEKSYEN 6 - PENGESAHAN PELANGGAN

Do you require an e-Invoice? Yes / Ya No / Tidak
Adakah anda memerlukan e-Invois?

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 pemrosesan yang sama berhubung dengan tujuan tersebut.

No
Tidak

SECTION 8 - 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.

I / We hereby authorise any hospital, physician or other persons who have attended to or examined me to furnish to the Company or its authorised representative, any information in respect of this injury and/or my previous medical history consultation or treatment and copies of all hospital or medical records. A photostat copy of this authorisation should be considered effective and valid as the original.

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 menyembek 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.

Saya / Kami dengan ini membenarkan mana-mana hospital, doktor atau individu lain yang telah merawat atau memeriksa saya untuk memberikan kepada Syarikat atau wakil yang diberikuasa, sebarang maklumat berkaitan kecederaan ini dan/atau sejarah perubatan, konsultasi atau rawatan saya yang terdahulu serta salinan semua rekod hospital atau perubatan. Salinan fotostat kebenaran ini hendaklah dianggap sah dan berkuat kuasa seperti yang asal.**

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