

NON-MOTOR GENERAL CLAIM FORM / BORANG TUNTUTAN BUKAN MOTOR

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)

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 loss / damage / accident

Lokasi kerugian / kerosakan / kemalangan

Cause of loss / damage / accident

Punca kerugian / kerosakan / kemalangan

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

Are you the sole owner of the damaged / loss property(ies)? ☐ Yes ☐ No
Adakah anda pemilik tunggal harta yang rosak / hilang itu? ☐ Ya ☐ Tidak

Is the property Insured by other Insurance Companies? ☐ Yes ☐ No
Adakah harta ini diinsuranskan oleh syarikat insurans lain? ☐ Ya ☐ Tidak

If yes, please provide details of the insurance policy / Jika ya, sila berikan butiran polisi insurans.

Property Insured:
Harta yang Diinsuranskan:

Name of Insurance Company:
Nama Syarikat Insurans:

Policy No:
No Polisi:

Claims history for the similar loss:
Tuntutan terdahulu bagi kerugian serupa:

Date of loss:
Tarikh kerugian:

DD MM YYYY
HH BB TT

Was the premises unoccupied at the time of loss / damage? Since when?
Adakah premis tersebut tidak dihuni semasa kerugian / kerosakan berlaku? Sejak bila?

SECTION 5 - DETAILS OF EXTENT OF LOSS / DAMAGE / INJURY / SEKSYEN 5 - BUTIRAN TAHAP KERUGIAN / KEROSAKAN / KECEDERAAN

No.	Description of items / Injury / Treatment / Claim Huraian barang / Kecederaan / Rawatan / Tuntutan	Name and address of Supplier / Hospital / Clinic / Contractor Nama dan alamat Pembekal / Hospital / Klinik / Kontraktor	Date property(ies) was purchased Tarikh harta tersebut dibeli	Purchase Price Harga Belian	Amount of Claim / Replacement Amount Amaun Tuntutan / Amaun Penggantian

Note : The claim examiner will liaise with you should they need more information on your claims application.

Nota: Pegawai penilai tuntutan akan berhubung dengan anda sekiranya mereka memerlukan maklumat lanjut mengenai permohonan tuntutan anda.

SECTION 6 - CUSTOMER CONFIRMATION / SEKSYEN 6 - PENGESAHAN PELANGGAN

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

SECTION 7 - RHB PRIVACY NOTICE FOR INSURANCE CLAIM FORM/SEKSYEN 7 - NOTIS PRIVASI RHB UNTUK BORANG TUNTUTAN INSURANS

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 ☐ No Tidak

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 memperoleh 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.

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.

☐ Yes Ya ☐ No Tidak

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 pernyataannya 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.

[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

Date
Tarikh

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