

Claim No.
 No. Tuntutan

TRAVEL CLAIM NOTIFICATION FORM
BORANG PEMBERITAHUAN TUNTUTAN PERJALANAN

INSTRUCTIONS a) Please answer all questions completely. Incomplete answers may cause delay in processing. (a) Sila jawab semua soalan dengan lengkap. Jawapan yang tidak lengkap mungkin melambatkan proses tuntutan.
 b) Incomplete Claim Notification Form will be returned and not be processed. The acceptance of this form is not in itself an admission of liability on the part of Chartis Malaysia Insurance Berhad (795492-W) formerly known as AIG General Insurance (Malaysia) Berhad (hereinafter referred to as "CMI") (b) Borang Tuntutan yang tidak lengkap akan dipulangkan dan tidak akan diproses. Penerimaan borang ini bukanlah pengakuan liabiliti dari pihak Chartis Malaysia Insurance Berhad (795492-W) dahulu dikenali sebagai AIG General Insurance (Malaysia) Berhad (selepas ini dikenali sebagai "CMI")

POLICY HOLDER / INSURED PERSON INFORMATION
MAKLUMAT PEMEGANG POLISI/ORANG YANG DIINSURANSKAN

Product Name and Plan
 Nama Produk & Pelan

Certificate/Policy No. Master Policy No.
 No. Sijil / Polisi No. Polisi Induk

Mr. Encik Mrs. Puan Miss Cik

Policy Holder's / Insured's Full Name (as per Identification Card/ Certificate of Incorporation)
 Nama Penuh Pemegang Polisi / Orang Yang Diinsuranskan (seperti dalam Kad Pengenalan / Sijil Syarikat)

NRIC No. / Passport No.
 No. KP / No. Pasport

Are You a US Citizen (Y/N)? If 'Yes', Please Provide Your Social Security Number (SSN):

Contact No. Fax No.
 No. Telefon No. Fa

Occupation
 Pekerjaan

E-Mail Address
 Alamat E-mel

CLAIMANT INFORMATION (complete if different from Policy Holder / Insured)
MAKLUMAT PIHAK MENUNTUT (lengkapkan jika berlainan daripada Pemegang Polisi/Orang Yang Diinsuranskan)

Mr. Encik Mrs. Puan Miss Cik

Claimant's Full Name (as per Identification Card)
 Nama Penuh Pihak Menuntut (seperti dalam Kad Pengenalan)

NRIC No. / Passport No.
 No. KP/No. Pasport

Are You a US Citizen (Y/N)? If 'Yes', Please Provide Your Social Security Number (SSN):

Contact No. Fax No.
 No. Telefon No. Fax

E-Mail Address
 Alamat E-mel

Occupation Marital Status Single / Bujang Married / Berkahwin
 Pekerjaan Taraf Perkahwinan

Relation to Policy Holder
 Hubungan dengan Pemegang Polisi

PREFERRED MAILING ADDRESS
ALAMAT SURAT-MENYURAT PILIHAN

Preferred Mailing Address
 Alamat Surat-menyurat Pilihan

TO BE COMPLETED BY AGENT/BROKER(if applicable)
DILENGKAPKAN OLEH EJEN / BROKER (jika berkenaan)

Producer Code - - Branch
 Kod Pengeluar Cawangan

Producer Company Name
 Nama Syarikat Pengeluar

Contact Person
 Nama Pegawai Bertugas

Email Address
 Alamat Email

Telephone Number -
 Nombor Telefon

Mailing Address
 Alamat Surat Menyurat



FLIGHT DETAILS

BUTIR-BUTIR PENERBANGAN

Flight Details (as shown on Air Ticket) / Butir-butir penerbangan (seperti yang ditunjukkan pada Tiket Penerbangan)

Date and Time of Departure from Malaysia
 Tarikh dan Masa Berlepas dari Malaysia

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM
Day / Hari		Month / Bulan		Year / Tahun		Hour / Jam	Minute / Minit	

Date and Time of Arrival in Malaysia
 Tarikh dan Masa Tiba di Malaysia

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM
Day / Hari		Month / Bulan		Year / Tahun		Hour / Jam	Minute / Minit	

ACCIDENT RELATED CLAIMS ONLY

(a) Date and Time of Accident
 Tarikh dan Masa Kemalangan

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM
Day / Hari		Month / Bulan		Year / Tahun		Hour / Jam	Minute / Minit	

(b) Where and how did the accident occur?
 Di mana dan bagaimana kemalangan berlaku?

(c) Injuries sustained.
 Kecederaan yang di alami.

(d) Please furnish the details of any hospitalization in connection with this injury / Sila berikan butir-butir kemasukan hospital yang berkaitan dengan kecederaan ini

Name of Hospital <i>Nama Hospital</i>	Admission Date (DD-MM-YYYY) <i>Tarikh Masuk (HH-BB-TTTT)</i>	Date Discharge (DD-MM-YYYY) <i>Tarikh Keluar (HH-BB-TTTT)</i>	Admission No <i>No. Kemasukan</i>	Type of Ward <i>Jenis Wad</i>

(e) Provide information on your 1st consultation./ Berikan maklumat tentang rundingan pertama anda

Date of 1st Consultation.
 Tarikh rundingan pertama

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Day / Hari		Month / Bulan		Year / Tahun

Doctor Consulted
 Doktor yang dijumpa

Doctor's Address
 Alamat Doktor

Doctor's Contact Number
 Nombor Telefon Doktor

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------

Doctor's File Ref No (if applicable)
 No. Rujukan Fail Doktor(jika berkenaan)

ILLNESS RELATED CLAIM ONLY

Claim Description (fill in items that apply)

Huraian Tuntutan (isikan butir-butir yang berkenaan)

(a) Give a brief description of the illness suffered / Berikan huraian ringkas tentang keadaan anda.

(b) Answer the questions pertaining to your condition stated above./ Jawab soalan-soalan berkenaan dengan keadaan anda yang dinyatakan di atas

i) Are there any distinct symptoms which are or were evident for this condition? If yes, please advise the date of your 1st consultation. / Adakah tanda-tanda nyata yang wujud atau pernah wujud untuk keadaan ini? Jika ya, nyatakan tarikh rundingan pertama anda.

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Day / Hari		Month / Bulan		Year / Tahun

ii) Have you been recommended to receive treatment, advice or diagnosis for this condition? If yes, please advise the date of your 1st consultation. / Pernahkah anda dicadangkan untuk menerima rawatan, nasihat atau diagnosis untuk keadaan ini? Jika ya, sila nyatakan tarikh rundingan pertama anda.

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Day / Hari		Month / Bulan		Year / Tahun

iii) Have you received treatment, advice or diagnosis for this condition? If yes, please advise date of your 1st consultation. / Pernahkah anda menerima rawatan, nasihat atau diagnosis untuk keadaan ini? Jika ya, sila nyatakan tarikh rundingan pertama anda.

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Day / Hari		Month / Bulan		Year / Tahun

(c) Provide the date of onset of symptoms described above./ Berikan tarikh bermulanya tanda-tanda yang diuraikan di atas

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Day / Hari		Month / Bulan		Year / Tahun

(d) Provide information on your 1st consultation./ Berikan maklumat tentang rundingan pertama anda

Date of 1st Consultation.
 Tarikh rundingan pertama

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Day / Hari		Month / Bulan		Year / Tahun

Doctor Consulted
 Doktor yang dijumpa

Doctor's Address
 Alamat Doktor

Doctor's Contact Number
 Nombor Telefon Doktor

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------

Doctor's File Ref No (if applicable)
 No. Rujukan Fail Doktor(jika berkenaan)



BAGGAGE DELAY / DAMAGE / LOSS OF PERSONAL EFFECTS, TRAVEL DOCUMENTS AND MONEY

PENANGGUHAN / KEROSAKAN / KEHILANGAN BAGASI, KEHILANGAN DOKUMEN PERJALANAN, DAN WANG PERIBADI

Please tick the appropriate box / Sila tanda petak yang berkenaan

- Damage/Loss of Personal Effects
 Kerosakan/Kehilangan Barangan Peribadi
- Baggage Delay
 Penangguhan Bagasi
- Baggage Damage
 Kerosakan Bagasi
- Baggage Loss
 Kehilangan Bagasi
- Loss of Travel Document
 Kehilangan Dokumen Perjalanan
- Loss of Money
 Kehilangan Wang

Date and Time of Incident / Tarikh dan Masa Kejadian

- - : :
 Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun Hour / Jam Minute / Minit

Place of Incident / Tempat Kejadian

Description of Incident / Huraian Kejadian

Type of Baggage Claim (fill in items that apply) / Jenis Tuntutan Bagasi (isikan butiran yang berkenaan.)

For Delay of Baggage / Untuk Penangguhan Bagasi

Flight No. No. Penerbangan	Arrival / Ketibaan		Receipt of Luggage / Penerimaan Bagasi	
	Date (DD-MM-YYYY) Tarikh (HH-BB-TTTT)	Time (HH-MM am/pm) Masa (HH-MM PG/PTG)	Date (DD-MM-YYYY) Tarikh (HH-BB-TTTT)	Time (HH-MM am/pm) Masa (HH-MM PG/PTG)

NOTE: If the space provided is insufficient for your answer, please continue on a separate sheet. / NOTA: Jika ruang yang disediakan tidak mencukupi untuk jawapan anda, sila sambung pada kertas yang berasingan

For Baggage Damage / Loss of Personal Effects / Travel Documents / Money

Untuk Kerosakan / Kehilangan Bagasi / Dokumen Perjalanan / Kehilangan Wang Peribadi

Police Station / Airline Reported To

Balai Polis / Syarikat Penerbangan di mana laporan telah dibuat

Date of Report To Police/Airline

Tarikh Laporan kepada Polis / Syarikat Penerbangan

- -
 Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

Description of items damaged / lost
 Huraian barangan rosak / hilang

No. No	Items Item- Item	Place and Date of Purchase Tempat dan Tarikh Dibeli	Original Price Harga Asal

NOTE: If the space provided is insufficient for your answer, please continue on a separate sheet. / NOTA: Jika ruang yang disediakan tidak mencukupi untuk jawapan anda, sila sambung pada kertas yang berasingan

Amount compensated by a third party / common carrier company responsible for the loss

Jumlah pampasan yang diberikan pihak ketiga / syarikat pengangkutan awan yang bertanggung jawab atas kehilangan.

RM

COMPASSIONATE VISIT / CHILD GUARD / HOME INCONVENIENCE

LAWATAN IHSAN / PENGAWASAN ANAK / KESULITAN KEDIAMAN

Please tick the appropriate box / Sila tanda petak yang berkenaan

- Compassionate Visit
 Lawatan Ihsan
- Child Guard
 Pengawasan Anak
- Home Inconvenience
 Kerumitan Kediaman

Description

Deskripsi

Claim Amount

Jumlah Tuntutan

Details of Other Insurance Policies (SOCSCO, Workmen's Compensation, and others) / Butir-butir Polisi Insurans Lain (SOCSCO, Pampasan Pekerja, dan lain-lain)

Insurer Penanggung Insurans	Policy Number Nombor Polisi	Type of Benefit Jenis Manfaat	Have you filed a claim? Pernakah anda membuat tuntutan?

NOTE: If the space provided is insufficient for your answer, please continue on a separate sheet. / NOTA: Jika ruang yang disediakan tidak mencukupi untuk jawapan anda, sila sambung pada kertas yang berasingan

DECLARATION AND AUTHORIZATION / PENGAKUAN DAN PEMBERIKUASAAN

I/We do solemnly declare that the forgoing particulars are true and correct in every detail. I agree that if I have made, or, in any further declaration in respect of the said claim, if I shall make any false or fraudulent statements or suppress, omit to disclose, or falsely state any material fact whatsoever, this claim shall be voided and all rights of recovery in connection with this claim shall be forfeited. / Saya/Kami dengan sungguh-sungguhnya mengakui bahawa setiap butir-butir yang diberikan disini adalah benar dan betul. Saya bersetuju bahawa jika saya telah membuat, atau, dalam apa-apa pengakuan selanjutnya berkenaan dengan tuntutan sedemikian, membuat apa-apa pernyataan palsu atau penipuan atau menyekat, tidak mendedahkan, atau menyatakan walau apapun fakta materail dengan palsu, tuntutan ini adalah terbatal dan segala hak berkaitan dengan tuntutan ini akan dilucuthak.

I hereby authorize any physician, medical practitioner, hospital or clinic by whom or where I/my ward has been observed or treated, to give full particulars about I/my ward's health including I/my ward's whole medical history in respect of this hospitalization/surgery to CMI. / Saya dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana pakar perubatan, pengamal perubatan, hospital atau klinik yang telah memperhatikan atau merawat saya/anak jagaan saya, untuk memberikan butiran penuh tentang kesihatan saya / anak jagaan saya termasuk sejarah perubatan penuh saya/anak jagaan saya berkenaan dengan penginapan hospital/pembedahan ini kepada CMI.

Signature of Claimant
Tandatangan Pihak Menuntut

Signature of Policy Holder / Insured and Company's
Rubber Stamp

Tandatangan Pemegang Polisi / Orang Yang Dinsuranskan dan Chop Syarikat

Date Signed
Tarikh Tandatangan

- -
 Day / hari Month / Bulan Year / Tahun

For all intents and purposes where there is a conflict or ambiguity as to the meaning in the English provisions or the Bahasa Malaysia provisions, it is hereby agreed that the English version will prevail. / Di mana terdapat konflik atau keaburan berkenaan makna dalam peruntukan Bahasa Inggeris atau peruntukan Bahasa Malaysia, adalah dipersetujui bahawa versi Bahasa Inggeris akan mengatasi dan diikuti.

Travel Claim Notification Form

