

Policy/Contract/Certificate No. : _____

COMPREHENSIVE ACCIDENT BENEFIT CLAIM FORM / BORANG TUNTUTAN FAEDAH KEMALANGAN

This claim form is to be used for Accidental Outpatient, Weekly Indemnity, Snatch Theft, ATM Robbery, Broken Bones Claim. / Borang ini untuk digunakan bagi tuntutan Kemalangan, Pendapatan Mingguan, Kecurian Ragut, Rompak ATM & Patah Tulang.

SECTION A : PERSONAL INFORMATION (to be completed by claimant) / SEKSYEN A : BUTIRAN PERIBADI (Untuk diisi oleh penuntut)

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

	-		-						
--	---	--	---	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gender / Jantina

Date of Birth / Tarikh Lahir

Nationality / Warganegara

Male / Lelaki Female / Perempuan

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Address / Alamat

House phone no. / No. telefon rumah

Office phone no. / No. Telefon pejabat

Mobile no. / No. telefon bimbit

	-								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

	-								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

	-								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Name of Policy/Certificate Owner (if differs from above) / Nama penuh Pemilik Polisi/Sijil (jika berbeza dengan di atas).

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

Other identification number / Nombor pengenalan lain

	-		-						
--	---	--	---	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gender / Jantina

Date of Birth / Tarikh Lahir

Nationality / Warganegara

Male / Lelaki Female / Perempuan

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Address / Alamat

House phone no. / No. telefon rumah

Office phone no. / No. Telefon pejabat

Mobile no. / No. telefon bimbit

	-								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

	-								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

	-								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Email Address / Alamat Emel

--

Bank account no. / No. akaun bank

--

Bank name / Nama bank

--

Account holder's name (as registered with the bank) / Nama pemegang akaun (seperti yang didaftarkan di bank)

--

Occupational details / Butir-butir pekerjaan

Occupation / Pekerjaan :

--

Exact Nature of Duties / Tugas Sebenar :

--

Name of Employer / Nama majikan

--

Employer's address / Alamat majikan

Other Insurance / Takaful Coverage / Perlindungan Insuran / Takaful Lain

Policy / Certificate No. / No. Polisi / Sijil	Name of Company / Nama Syarikat	Sum Assured / Jumlah Diinsurankan

SECTION B : CLAIM QUESTIONNAIRE / SEKSYEN B : SOAL-SELIDIK TUNTUTAN

1. Accident Date / Tarikh Kemalangan : - - Time of Accident / Waktu Kemalangan : _____

2. Place of Accident / Tempat Kemalangan : _____

3. Please describe the circumstances of accident / Sila jelaskan bagaimana kemalangan berlaku.

4. Please describe the injuries sustained / Sila jelesaikan tahap kecederaan yang dialami.

5. Was police report lodged? / Adakah laporan polis dibuat? Yes / Ya No / Tidak

6. Did you seek treatment immediately after the accident? / Adakah anda mendapat rawatan sejeurus selepas kemalangan?

Yes / Ya No / Tidak

*If No, please state reason / Jika Tidak, sila jelaskan mengapa : _____

7. Details of treating doctor for your injuries / Maklumat doktor yang merawat kecederaan yang dialami.

Date / Tarikh	Doctor's Name / Nama Doktor	Clinic/Hospital Name / Nama Klinik/Hospital

8. Did you submit any medical leave certificate to your employer? / Adakah anda menyerahkan sijil cuti sakit kepada majikan anda?

Yes / Ya *If yes, please furnish a copy of the medical leave certificate / Jika ya, sila sertakan salinan sijil cuti sakit tersebut.

No / Tidak *If no, please state reason / Jika tidak, sila jelaskan sebab : _____

9. Have you been totally unable to attend to any part of your business/occupation? / Adakah anda telah tidak berupaya langsung untuk menjalankan apa-apa bahagian perniagaan/pekerjaan anda?

Yes / Ya No / Tidak

10. If you were hospitalized, please give details / Jika anda diwadkan di hospital, sila nyatakan.

a) Hospital Name /Nama Hospital : _____

b) Admission Date / Tarikh Kemasukan : - -

c) Discharge Date / Tarikh Keluar : - -

11. Confined to house / Terlantar sakit di rumah : From / Dari - -

To / Hingga - -

12. Date of your return to work / Tarikh anda kembali bekerja : - -

13. If you were on light duties, please state duration / Sekiranya anda diberikan tugas ringan, sila nyatakan tempoh :

From / Dari - - To / Hingga - -

14. Details of duties which you were not able to perform / Perincian tugas-tugas yang tidak boleh anda lakukan : _____

15. Date which you were able to perform all your duties / Tarikh anda boleh melakukan semua tugas-tugas anda :

- -

16. Was your accident directly or indirectly caused by the following : / Adakah kemalangan anda secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh yang berikut :	Yes (Ya)	No (Tidak)	Details / Butiran
a) Entering, operating or servicing, ascending or descending from or with any aerial device or conveyance except while in an aircraft operated by a commercial passenger airline on a regular schedule passenger trip over its established passenger route? / Memasuki, mengendalikan atau menyelenggara, menaiki atau menurun sebarang pesawat udara atau kenderaan kecuali semasa dalam kapal terbang yang dikendalikan dengan laluan penumpang jadual perjalanan tetap yang melalui laluan penumpang yang sudah mantap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Under the influence of intoxicating liquor, drugs or narcotic? / Dalam keadaan mabuk, mengambil narkotik atau dadah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Involvement in a breach of law (unless as an innocent party) or activities of an illegal organization? / Penglibatan dalam kesalahan undang-undang (kecuali pihak yang tidak bersalah) atau aktiviti-aktiviti organisasi haram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Any form of racing? / Sebarang bentuk perlumbaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Fits, disease or illness, suicide or suicide attempt (while sane or insane), immorality or intentional self injury? / Sawan, penyakit, membunuh diri atau cubaan membunuh diri (dalam keadaan waras atau tidak), perbuatan tidak bermoral atau kecederaan yang disengajakan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Version / Versi : 06/2023

SECTION C : AGENT'S PARTICULARS / SEKSYEN C : BUTIRAN EJEN

Name / Nama : _____

Agent ID / ID Ejen :

Agency Name / Nama Agensi : _____

Telephone No. / No. Telefon : -

E-mail / Emel : _____

Address / Alamat : _____

**SECTION D : FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT (FATCA) DECLARATION
SEKSYEN D : PENGISYTIHARAN AKTA PEMATUHAN CUKAI AKAUN ASING AMERIKA SYARIKAT (FATCA)**

I/We declare and agree on behalf of myself/ourselves that : I Saya/Kami isytiharkan dan bersetuju bagi pihak saya/kami bahawa :

a) **U.S. Person Declaration & Change of Circumstances / Pengakuan Warga Amerika Syarikat & Perubahan Keadaan**

I/We hereby declare that I/we am/are not a "U.S. person" for U.S. federal income tax purposes and that I/we am/are not acting for, or on behalf of, a U.S. person. I/We understand that Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad ("Sun Life Malaysia"), believing this statement to be true, will rely on it and act on it. In the event this statement is false, Sun Life Malaysia shall be entitled to cancel the policy/certificate/contract. Sun Life Malaysia shall notify me/us on such cancellation and refund the premium/contribution paid less any indebtedness and/or policy/contract/certificate withdrawal. In view that this is a fundamental term, Sun Life Malaysia shall be entitled to cancel this Policy/Contract/Certificate and pay reasonable compensation to me/us in consideration of such termination. I Saya/Kami dengan ini mengisytiharkan bahawa saya/kami bukan warga Amerika Syarikat bagi tujuan cukai pendapatan persekutuan Amerika Syarikat dan Saya/Kami tidak bertindak untuk atau bertindak bagi pihak warga Amerika Syarikat. Saya/Kami faham bahawa Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad ("Sun Life Malaysia"), dengan mempercayai kenyataan ini adalah benar, akan bergantung kepadanya dan bertindak ke atasnya. Sekiranya kenyataan ini adalah palsu, Sun Life Malaysia berhak membatalkan mana-mana polisi/kontrak/sijil yang dikeluarkan dan dianggap sebagai tidak sah. Sun Life Malaysia hendaklah memaklumkan Saya/Kami dan membayar balik premium dengan menolak sebarang keterhutangan dan pengeluaran dari polisi/kontrak/sijil. Memandangkan ini adalah syarat asas, Sun Life Malaysia adalah berhak untuk membatalkan Polisi/Sijil ini dan membayar pampasan yang munasabah kepada Saya/Kami sebagai balasan terhadap penamatan tersebut.

I/We agree to notify Sun Life Malaysia within thirty (30) days of any change in my/our status as U.S. person for the purposes of U.S. federal income tax. I Saya/Kami bersetuju untuk memaklumkan Sun Life Malaysia dalam tempoh tiga puluh (30) hari mengenai sebarang perubahan status saya /kami sebagai warga Amerika Syarikat bagi tujuan cukai pendapatan persekutuan Amerika Syarikat.

(Please note that on the making of an application for insurance/takaful, U.S. persons or residents must complete an IRS Form W-9). I (Sila ambil perhatian bahawa apabila membuat permohonan insurans/takaful, warga atau penduduk tetap Amerika Syarikat mesti melengkapkan borang IRS W-9).

*Note : A false statement or misrepresentation of tax status by a U.S. person could lead to penalties under U.S. law / *Nota : Kenyataan palsu atau gambaran yang salah berhubung status cukai oleh warga Amerika Syarikat boleh membawa hukuman di bawah undang-undang Amerika Syarikat.

b) **FATCA Data Privacy Waiver (applicable to both individuals and corporates) / Penepian Maklumat Privasi FATCA (terpakai untuk kedua-dua individu dan korporat).**

Sun Life Malaysia and its affiliates ("the Group") are subject to and required to, or have agreed to, comply with certain legal, regulatory and/or other requirements (the "Reporting Requirements"). As such, I/we provide our express consent that Sun Life Malaysia shall have the rights to provide such personal data and information to any governmental authorities, regulatory bodies and/or any other person(s) in respect of the Reporting Requirements. I/We understand that such disclosures may involve the cross border transfer of personal data outside the jurisdiction and that such disclosures may be with respect to i) the personal data of the Policy/Contract/Certificate Owner, the Contingent Owner of the Policy/Contract/Certificate, the Insured/Person Covered, and the Beneficiaries ("the Parties"), or any of them; ii) any information relating to this Policy/Contract/Certificate; and iii) any information relating to any other policies/contract/certificates held by the Parties or any of them. I/We understand that Sun Life Malaysia will not be able to sell any insurance/takaful product to me/us and provide any service if I/we refuse to give the said express consent. I Sun Life Malaysia dan gabungannya ("Kumpulan") adalah tertakluk kepada dan diperlukan untuk, atau telah bersetuju untuk mematuhi undang-undang, kawal selia dan/atau keperluan tertentu ("Keperluan Laporan"). Oleh itu, Saya/Kami memberikan kebenaran yang nyata bahawa Sun Life Malaysia adalah berhak untuk menyediakan maklumat peribadi dan maklumat tersebut kepada sebarang badan kerajaan, badan kawal selia dan/atau mana-mana orang yang berkaitan dengan Keperluan Laporan. Saya/Kami faham bahawa pendedahan tersebut mungkin melibatkan pemindahan merentasi sempadan data peribadi di luar bidang kuasa dan pendedahan tersebut mungkin berkaitan dengan i) Data peribadi Pemilik, Pemilik Bersama, Orang Diinsurankan/Dilindungi dan Waris ("Pihak-Pihak") atau mana-mana daripadanya; ii) sebarang maklumat mengenai Polisi/Kontrak/Sijil ini; dan iii) sebarang maklumat mengenai mana-mana polisi/kontrak/sijil yang dipegang oleh Pihak-Pihak atau mana-mana daripadanya. Saya/Kami faham bahawa Sun Life Malaysia tidak boleh menjual sebarang produk insurans/ takaful kepada saya/kami dan menyediakan sebarang perkhidmatan sekiranya saya/kami menolak untuk memberi kebenaran nyata tersebut.

U.S. citizen / resident declaration / Pengisytiharan warga/penduduk tetap Amerika Syarikat.

Please tick (✓) if applicable / Sila tanda (✓) jika berkenaan.

I/We hereby declare that I/we am/are / I Saya/Kami dengan ini menyatakan bahawa saya/kami adalah :

- U.S. citizen / warga Amerika Syarikat
- U.S. resident / penduduk tetap Amerika Syarikat

Version / Versi : 06/2023

SECTION E : DECLARATION BY CLAIMANT / SEKSYEN E : PENGISYTIHARAN PENUNTUT

COMPREHENSIVE ACCIDENT BENEFIT CLAIM / TUNTUTAN FAEDAH KEMALANGAN MENYELURUH

Policy/Certificate No. / No. Polisi/Sijil : _____

Insured/Person Covered's Name /
Nama Orang Diinsurankan/Dilindungi : _____

NRIC No. / No. Kad Pengenalan : _____

I/We hereby declare that all the answers given by me/us in this statement are in all respects true and complete. I/We hereby consent Sun Life Malaysia to seek medical information from any doctor who, at any time has attended to the Insured/Person Covered concerning anything which affects his/her physical or mental health or seeking information from any insurance company/takaful operator with which policy/contract/certificate on the Insured/Person Covered has been affected and I/we authorise the giving of such information to Sun Life Malaysia. / Saya/Kami mengisytiharkan bahawa semua jawapan yang saya/kami nyatakan di dalam penyata ini adalah dalam semua aspek, benar dan lengkap. Saya/Kami dengan ini memberikan kebenaran kepada Sun Life Malaysia untuk meminta laporan perubatan dari mana-mana doktor yang pada bila-bila masa pernah memberi khidmat kepada Orang Diinsurankan/Dilindungi berkaitan dengan apa jua yang memberi kesan kepada kesihatan fizikal atau mental beliau atau mencari maklumat dari mana-mana syarikat insurans/operator takaful yang mana mempunyai polisi/kontrak/sijil Orang Diinsurankan/Dilindungi dan saya/kami membenarkan pemberian maklumat tersebut kepada Sun Life Malaysia.

I/We agree that a copy of this authorisation shall be as valid as the original. / Saya/Kami bersetuju bahawa salinan kebenaran ini adalah sah sebagaimana salinan asalnya.

I/We hereby consent to allow Sun Life Malaysia to deduct any indebtedness due to this policy/contract/certificate from the claim proceeds. / Dengan ini saya/kami membenarkan Sun Life Malaysia menolak sebarang keberhutangan yang disebabkan oleh polisi/kontrak/sijil daripada hasil tuntutan ini.

I/We understand and agree that any of my/our personal information collected or held by Sun Life Malaysia (whether contained in this application or otherwise obtained) may be held, used, and disclosed by Sun Life Malaysia to individuals or organisations related to or associated with Sun Life Malaysia or any selected third party (within or outside Malaysia, including reinsurance and claims investigations companies and industry associations/federations) for the purpose of processing this application and providing subsequent service for this policy/certificate and to communicate with me/us for such purpose. I/We understand that I/we am/are entitled to obtain access to and to request correction of any personal information held by Sun Life Malaysia and that such request can be made to Sun Life Malaysia's Customer Careline at 1300-88-5055. I/We will keep Sun Life Malaysia updated of any changes to such personal information as soon as possible. / Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi saya/kami yang diperolehi atau disimpan oleh Sun Life Malaysia (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh disimpan, digunakan dan didedahkan oleh Sun Life Malaysia kepada individu atau organisasi yang berkaitan dengan Sun Life Malaysia atau mana-mana pihak ketiga yang terpilih (di dalam atau di luar Malaysia termasuk penanggung insurans semula dan siasatan tuntutan serta persatuan/persekutuan industri) untuk tujuan pemrosesan permohonan ini dan memberikan perkhidmatan seterusnya untuk polisi ini serta berhubung dengan saya/kami bagi tujuan tersebut. Saya/Kami memahami bahawa saya/kami berhak mendapat akses kepada maklumat tersebut dan meminta sebarang pembetulan dibuat ke atas mana-mana maklumat peribadi yang disimpan oleh Sun Life Malaysia dan permintaan tersebut boleh dibuat kepada talian Khidmat Pelanggan Careline Sun Life Malaysia di 1300-88-5055. Saya/Kami akan memaklumkan Sun Life Malaysia mengenai sebarang perubahan kepada maklumat peribadi secepat mungkin.

Claimant's Signature / Tandatangan Penuntut

Name / Nama : _____
NRIC No. : _____
Date / Tarikh : - -

Witness' Signature / Tandatangan Saksi

Name / Nama : _____
NRIC No. : _____
Date / Tarikh : - -

SECTION F : DOCUMENT CHECKLIST / SEKSYEN F : SENARAI SEMAKAN DOKUMEN

Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad reserves the rights to request for other relevant document and information or to view the original copy of the document submitted whenever necessary. Upon full completion of this form, please return this form together with the following documents (non-original documents must be certified as true copy). / Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad berhak untuk meminta lain-lain dokumen dan maklumat yang berkaitan atau merujuk kepada salinan asal dokumen yang telah diserahkan sekiranya diperlukan. Selepas melengkapkan borang ini sepenuhnya, sila kembalikan borang ini bersama-sama dengan dokumen yang berikut (salinan bukan asal perlu disahkan benar).

For Outpatient Accidental, Loss of Income, Weekly Indemnity, Snatch Theft, ATM Robbery, Broken Bones & Rehabilitation Claim.

Untuk Tuntutan Kemalangan, Kehilangan Pendapatan, Pendapatan Mingguan, Kecurian Ragut, Rompakan ATM, Patah Tulang & Rehabilitasi.

1. Comprehensive Accident Benefit Claim Form

Borang Tuntutan Faedah Kemalangan Menyeluruh

2. Medical Report on Life Assured/Person Covered's accident and disability.

Laporan Perubatan di atas kemalangan dan keilangan Orang Diinsurankan/Dilindungi.

3. Medical Certificate from hospital / clinic (indicating dates of disability).

Sijil perubatan dari hospital / klinik yang menunjukkan tarikh keilangan.

4. Police Report

Laporan polis

5. Diagnostic Test Report (i.e. x-ray, CT scan, MRI, etc.)

Laporan ujian diagnostik (cth. x-ray, CT scan, MRI, dll)

6. Original medical bills and receipts

Bil dan resit perubatan asal

7. Life Assured/Person Covered's NRIC

Kad Pengenalan Orang Diinsurankan/Dilindungi.

8. Policy/Certificate Owner's NRIC (if other than Life Assured/Person Covered).

Kad Pengenalan Pemilik Polisi/Sijil (jika selain daripada Orang Diinsurankan/Dilindungi).