

Policy / Certificate No. : _____ Loan Account No. (if any) : _____

CRITICAL ILLNESS CLAIM FORM / BORANG TUNTUTAN PENYAKIT KRITIKAL

SECTION A : LIFE ASSURED/PERSON COVERED PARTICULARS / SEKSYEN A : BUTIRAN ORANG DIINSURANKAN/DILINDUNGI

Full Name / Nama Penuh

Address / Alamat

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

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

Other identification number / Nombor pengenalan lain

--

Gender / Jantina

Male / Lelaki Female / Perempuan

Date of Birth / Tarikh Lahir

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

Nationality / Warganegara

--

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

--

Occupational details / Butir-butir pekerjaan

--

Occupation / Pekerjaan :

--

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

Critical Illness Category claiming for / Kategori Penyakit Kritikal yang dituntut

<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Heart Disease	<input type="checkbox"/> Bacterial Meningitis	<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumour	<input type="checkbox"/> Systemic Lupus Erythematosus (SLE)
<input type="checkbox"/> Blindness	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease	<input type="checkbox"/> Stroke	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Chronic Aplastic Anemia
<input type="checkbox"/> Deafness	<input type="checkbox"/> Encephalitis	<input type="checkbox"/> End Stage Liver Failure	<input type="checkbox"/> End Stage Lung Failure	<input type="checkbox"/> Fulminant Viral Hepatitis
<input type="checkbox"/> Kidney Failure	<input type="checkbox"/> Loss of Speech	<input type="checkbox"/> Major Head Trauma	<input type="checkbox"/> Brain Surgery	<input type="checkbox"/> HIV infection due to Blood Transfusion
<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis	<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease	<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy	<input type="checkbox"/> Paralysis of Limbs	<input type="checkbox"/> Loss of Independent Existence
<input type="checkbox"/> 3rd Degree Burn	<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease	<input type="checkbox"/> Surgery to Aorta	<input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease	<input type="checkbox"/> Primary Pulmonary Arterial Hypertension

Others (please specify) : _____

Full Diagnosis / Diagnosis Penuh :

--

Onset date of disease / Tarikh mula penyakit :

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

Details of treating doctors for the critical illness / Butiran doktor yang merawat penyakit kritikal

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

Details of treating doctors seen for the past 3 years / Butiran doktor yang merawat dalam tempoh 3 tahun yang lalu

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

CRITICAL ILLNESS CLAIM / TUNTUTAN PENYAKIT KRITIKAL

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

Witness's Signature / Tandatangan Saksi

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

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

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

Sun Life Malaysia 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 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).

<p>For Critical Illness Claim <i>Untuk Tuntutan Penyakit Kritikal</i></p>
<p>1. Critical Illness Claim Form <i>Borang Tuntutan Penyakit Kritikal</i></p>
<p>2. Medical Report on Life Assured/Person Covered's Illness. <i>Laporan Perubatan di atas penyakit Orang Diinsurankan/Dilindungi.</i></p>
<p>3. All relevant test results. <i>Semua keputusan ujian yang relevan.</i></p>
<p>4. Life Assured/Person Covered's NRIC. <i>Kad Pengenal Orang Diinsurankan/Dilindungi.</i></p>
<p>5. Bank Passbook <i>Buku Akaun Bank</i></p>