

Kenyataan Pihak Menuntut

Claimant's Statement

Arahan & Nota Penting / Instructions & Important Note :

- Sila tandakan (✓) & lengkapkan bahagian yang berkaitan di bawah./ Please tick (✓) & complete the relevant part(s) below.
- Untuk Tuntutan Kematian, jika terdapat lebih daripada satu (1) pihak menuntut, setiap pihak menuntut MESTI melengkapkan Kenyataan Pihak Menuntut yang berasingan./ For Death Claim, if there is more than one (1) claimant, each claimant MUST complete a separate Claimant's Statement.
- Sekiranya terdapat lebih daripada tujuh (7) sijil yang berkaitan untuk tuntutan, sila lengkapkan Kenyataan Pihak Menuntut yang berasingan dengan no. sijil dinyatakan./ If there is more than seven (7) relevant certificates for claim, please complete a separate Claimant's Statement to indicate the certificate no.
- Untuk membolehkan tuntutan anda diproses dengan segera, sila lengkapkan semua soalan yang berkenaan di dalam borang ini dan pastikan dokumen yang diperlukan dilampirkan./ To enable us to process your claim promptly, please complete all relevant questions in this form and ensure the required documents are attached.
- Adalah dimaklumkan bahawa bayaran di bawah tuntutan ini mungkin tertakluk kepada cukai pendapatan di negara tempat tinggal anda atau mempunyai liabiliti cukai atau laporan kewajipan lain. Kami ingin menasihatkan anda untuk berunding dengan penasihat cukai anda untuk mendapatkan nasihat tentang laporan cukai dan pembayaran obligasi bagi dana yang diterima daripada Syarikat dan akaun bank yang sedia ada./ Please note that the payment under this claim may be subject to income tax in your country of residence or have other tax liability or reporting obligations. We would like to advise you to consult your own tax advisor for advice on tax reporting and payment obligations for funds received from the Company and bank accounts you maintain.

Bahagian 1 - Butiran Sijil dan Jenis Tuntutan / Part 1 - Details of Certificate and Claim Type			
Jenis Sijil Certificate Type	Jenis Tuntutan Claim Type	No. Sijil (Takaful Individu) Certificate No. (Individual Takaful)	No. Tuntutan (Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja) Claim No. (For Office Use Only)
<input type="checkbox"/> Takaful Individu / Individual Takaful <input type="checkbox"/> Takaful Berkelompok / Group Takaful	<input type="checkbox"/> Kemalangan / Accident	1.	1.
	<input type="checkbox"/> Kemasukan Hospital / Hospitalisation*	2.	2.
	<input type="checkbox"/> Kematian / Death	3.	3.
	<input type="checkbox"/> Penyakit Kritikal atau Merbahaya / Critical Illness*	4.	4.
	<input type="checkbox"/> Hilang Upaya Kekal & Menyeluruh / Total & Permanent Disability	5.	5.
	<input type="checkbox"/> Penepian Caruman/Waiver of Contribution	6.	6.
	<input type="checkbox"/>	7.	7.
* Ini termasuk tuntutan Perlindungan Penyakit Wanita atau Bersalin / This includes Female Illnesses or Maternity Protection claim		No. Sijil (Takaful Berkelompok) / Certificate No. (Group Takaful)	

Bahagian 2 - Butiran Orang Dilindungi / Part 2 - Details of Person Covered			
1. Nama Name			
2. No. KP. / Pasport NRIC / Passport No		3. Ketinggian & Berat Height & Weight	(kg) (sm) (kg) (cm)
4. No. Telefon Telephone No.		5. Alamat E-mel E-mail Address	
6. Alamat Surat Menyurat Correspondence Address			
7. Pekerjaan Semasa Kejadian Occupation at Point of Event		8. Jenis Tugas Nature of Duties	
9. Butiran Majikan / Details of Employer			
Nama / Name		No. Tel / Tel No.	
Alamat Lengkap / Full Address			
10. Butiran Doktor Yang Biasa Merawat / Details of Regular Doctor			
Nama / Name		No. Tel / Tel No.	
Alamat Lengkap / Full Address			
11. Butiran Lain-lain Perlindungan atau Takaful / Details of Other Takaful or Coverage			
Nama Syarikat / Name of Company		No. Sijil / Cert No.	
Jumlah Perlindungan / Covered Amount			
12. Adakah Orang Dilindungi merupakan kakitangan atau ahli keluarga kepada kakitangan Zurich Takaful? / Is the Insured Person a staff or a family member of a staff in Zurich Takaful?			<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No

Bahagian 3 - Butiran Pihak Menuntut (perlu dilengkapkan jika berlainan daripada Bahagian 2) / Part 3 - Details of Claimant (to be completed if different from Part 2)

1. Nama Name		2. No. KP. / Pasport NRIC / Pasport No	
3. No. Telefon Telephone No.		4. Alamat E-mel Email Address	
5. Alamat Surat Menyurat Correspondence Address			
6. Adakah anda merupakan kakitangan atau ahli keluarga kepada kakitangan Zurich Takaful? / Are you a staff or a family member of a staff in Zurich Takaful?			<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No

Bahagian 4 - Butiran Tuntutan / Part 4 - Details of Takaful

1. Punca Kejadian Cause of Event	<input type="checkbox"/> Kemalangan / Accident	<input type="checkbox"/> Penyakit / Illness	<input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan) / Others (please specify): _____													
2. Jika disebabkan oleh Kemalangan / If caused by Accident		3. Jika disebabkan oleh Penyakit / If caused by Illness														
a. Tarikh & Masa Kemalangan Date & Time of Accident	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>AM</td><td></td><td>PM</td><td></td> </tr> </table>		D	D	M	M	Y	Y			AM		PM		a. Jenis Penyakit Nature of Illness	
D	D	M	M	Y	Y											
		AM		PM												
b. Tempat Kemalangan Place of Accident			b. Simptom Symptoms													
c. Bagaimana ia berlaku? State how it happened?			c. Tarikh Bermula Simptom Date First Symptoms Began	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>	D	D	M	M	Y	Y						
D	D	M	M	Y	Y											
d. Jenis & Tahap Kecederaan Nature & Extent of Injury			d. Tempoh Simptom Duration of Symptoms													
e. Adakah Laporan Polis dibuat? Any Police Report made?	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No		e. Diagnosis Diagnosis													
4. Maklumat Rawatan & Kemasukan Hospital untuk Kecederaan atau Penyakit ini / Details of Treatment & Hospitalisation for this injury or illness.																
Tarikh Rawatan / Date of Consultation	Jenis & Keputusan Penyiasatan (cth: X-ray, Ujian Darah) / Type & Result of Investigation (i.e X-ray, Blood Test)	Prosedur/Pembedahan/ Rawatan Diberi / Procedure/Surgery/ Treatment Given	Tarikh Kemasukan & Keluar Hospital (jika ada) / Date of Admission & Discharge (if any)	Nama Doktor & Hospital / Name of Doctor & Hospital												
5. Adakah Orang Dilindungi pernah mengalami kecederaan atau penyakit-penyakit lain pada masa lalu? / Have the Person Covered suffered from other injuries or illnesses in the past? Jika Ya, sila berikan butiran penuh di bawah. / If Yes, please give all details below.				<input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No												
Tarikh Rawatan / Date of Consultation	Jenis Kecederaan atau Penyakit / Nature of Injury or Illness	Diagnosis / Diagnosis	Tarikh Kemasukan & Keluar Hospital (jika ada) / Date of Admission & Discharge (if any)	Nama, Alamat & No. Tel Doktor / Name, Address & Tel No. of Doctor												
6. Untuk Tuntutan Hilang Upaya Kekal & Menyeluruh / Penepian Caruman disebabkan Hilang Upaya Kekal & Menyeluruh , sila lengkapkan maklumat di bawah. / For Total & Permanent Disability / Waiver of Contribution on Total & Permanent Disability claim , the following must be completed.																
a. Tarikh Orang Dilindungi berhenti bekerja Person's Covered Last Employment Date	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>				D	D	M	M	Y	Y						
D	D	M	M	Y	Y											
b. Adakah Orang Dilindungi menjalani sebarang pekerjaan lain untuk memperoleh upah, pampasan atau keuntungan pada ketika ini? Does the Person Covered currently performing any other kind of work that gain wages, compensation or profit?	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No Jika Ya, sila nyatakan / If Yes, please state :- i. Nama Tempat Bekerja / Place of Work : _____ ii. Jenis Tugas / Nature of Duties : _____															
7. Untuk Tuntutan Kematian / Penepian Caruman disebabkan Kematian , sila lengkapkan maklumat di bawah. / For Death / Waiver of Contribution on Death claim , the following must be completed.																
a. Adakah siasatan atau pemeriksaan bedah siasat dijalankan ke atas mayat? / Was an inquest or post-mortem examination held on the body?	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No															
8. Untuk Tuntutan Elaun Pemeriksaan Kesihatan Wanita Tahunan , sila lengkapkan maklumat di bawah. / For Annual Female Medical Check Up Allowance claim , the following must be completed.																
a. Jenis Pemeriksaan / Type of Check Up	<input type="checkbox"/> Ujian Darah / Blood Test	<input type="checkbox"/> Pap Smear / Pap Smear	<input type="checkbox"/> Mamogram / Mammogram	<input type="checkbox"/> Ujian Abdomen/Pelvis / Abdomen/Pelvis Ultrasound												
b. Tarikh Pemeriksaan / Date of Check Up	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>				D	D	M	M	Y	Y						
D	D	M	M	Y	Y											
9. Untuk Tuntutan Elaun Kelahiran , sila lengkapkan maklumat di bawah. / For Newborn Allowance Claim , the following must be completed.																
a. Tarikh Kelahiran Anak / Date of Child's Birth	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>				D	D	M	M	Y	Y						
D	D	M	M	Y	Y											

Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja /
For Office Use Only:

Bahagian 5 – Pembayaran Tuntutan melalui Pemindahan Dana Elektronik / Part 5 – Claim Payment via Electronic Fund Transfer

Nota Penting / Important Notes :-

- (i) Kemudahan Pemindahan Dana Elektronik ini hanya membenarkan bayaran ke dalam akaun bank anda sendiri sahaja. **Akaun Bersama tidak dibenarkan.** / This Electronic Fund Transfer (EFT) facility allows payment into your own bank account. **Joint Account is not allowed.**
- (ii) Bagi Tuntutan Kematian: Jika terdapat lebih daripada satu (1) penuntut, setiap penuntut MESTI melengkapkan borang yang berasingan. / For Death Claim: if there is more than one (1) claimant, each claimant MUST complete a separate form.

Pilihan I / Option I:

- Mengkreditkan pembayaran tuntutan ini ke dalam akaun bank saya yang berdaftar untuk **AUTO DEBIT** yang sedia ada dalam rekod ZTMB. / To credit this claim payment into my existing registered account for **AUTO DEBIT** which is in ZTMB record.

Pilihan II / Option II:

- Mengkreditkan pembayaran tuntutan ini ke dalam akaun bank saya yang berdaftar untuk **AUTO KREDIT** yang sedia ada dalam rekod ZTMB. / To credit this claim payment into my existing registered bank account for **AUTO CREDIT** which is in ZTMB record.

Pilihan III / Option III:

- Mengkreditkan pembayaran tuntutan ini ke dalam akaun bank saya seperti dinyatakan di bawah (NOTA: Nombor akaun ini mungkin digunakan untuk pembayaran yang akan datang kepada anda oleh ZTMB). / To credit this claim payment into my bank account as set out below (NOTE: This account number may be used for future payments to you by ZTMB):-

1. Nama Name	
2. No. KP. / No. Perniagaan / No. Pasport NRIC / Company No. / Passport No.	
3. Nama Bank Name of Bank	
4. Alamat Cawangan Bank Bank Branch Address	
5. No. Akaun Bank Bank Account No.	
6. Jenis Akaun Bank (Akaun Sendiri Sahaja) Type of Bank Account (Own Account Only)	<input type="checkbox"/> Akaun Simpanan / Saving Account <input type="checkbox"/> Akaun Semasa / Current Account

Bahagian 6 - Pengakuan & Pemberian Kuasa / Part 6 - Declaration & Authorisation

Saya dengan ini mengakui bahawa maklumat di atas adalah benar dan lengkap setakat yang saya ketahui dan percaya. Saya faham sepenuhnya bahawa Zurich Takaful Malaysia Berhad ("pihak syarikat"), berasaskan kepercayaan bahawa maklumat yang saya sertakan adalah tepat dan benar, akan bergantung dan bertindak berasaskan maklumat tersebut. / I hereby declare that the above information is true and complete to the best of my knowledge and belief. I am fully understand that Zurich Takaful Malaysia Berhad ("you") upon believing the information provided by me to be accurate and correct, will rely and act on the information given.

Saya dengan ini memberikan kebenaran tanpa syarat dan tanpa keraguan kepada pihak syarikat dan syarikat-syarikat bersekutunya untuk memproses data peribadi saya/Orang Dilindungi yang didedahkan di sini. Pihak syarikat adalah berkebebasan untuk memproses data berkenaan dan berkongsi maklumat yang didedahkan di sini kepada mana-mana penyedia perkhidmatan dan mana-mana syarikat bersekutunya dengan syarat bahawa pendedahan maklumat peribadi berkenaan adalah bertujuan dan berkaitan dengan tuntutan takaful yang dibuat di sini. Kebenaran ini diberikan selaras dengan peruntukan di bawah Akta Perlindungan Data Peribadi 2010. / I hereby give my unconditional and unequivocal consent to you and all your related companies to process my/ Person's Covered personal data revealed hereto. You are at liberty to process the data and share the information revealed thereto with any of your service providers and your other related companies provided that the revelation of my/Person's Covered personal data strictly for the purposes in relation to the takaful claim made hereto. The consent given hereto is in line with the requirement set forth in the Personal Data Protection Act 2010.

Saya dengan ini membenarkan mana-mana pakar perubatan, hospital, klinik, syarikat takaful atau organisasi, institusi atau orang lain, yang memiliki sebarang rekod atau pengetahuan tentang saya/Orang Dilindungi atau kesihatan saya/Orang Dilindungi, untuk mengemukakan kepada Zurich Takaful Malaysia Berhad atau wakilnya, sebarang maklumat mengenai saya/Orang Dilindungi yang berkenaan dengan kesihatan dan sejarah perubatan saya/Orang Dilindungi dan sebarang kemasukan hospital, nasihat, rawatan atau penyakit. Salinan fotostat pengesahan ini adalah berkesan dan sah sebagaimana salinan asal. / I hereby authorize any physician, hospital, clinic, takaful company or other organisation, institution or person, that has any records or knowledge of me/Person Covered or my/Person's Covered health, to disclose to Zurich Takaful Malaysia Berhad or its representative any and all information about me/Person's Covered with reference to my/Person's Covered health and medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment. A photostat copy of this authorisation shall be as effective and is valid as true original.

Saya dengan ini membenarkan pihak syarikat untuk mengkreditkan pembayaran tuntutan ini mengikut Bahagian 5 di atas, jika berkenaan. / I hereby authorize you to credit the claim payment in accordance with Part 5 above, if applicable.

Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja /
For Office Use Only:

Untuk Individu, sila tandakan di kotak yang berkenaan di bawah./ <i>For Individual person, please tick the relevant boxes below:</i>	
(i) Adakah anda seorang Pemastautin Malaysia untuk Tujuan Cukai?/ <i>Are you a Malaysian Resident for Tax Purpose?</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
(ii) Adakah anda seorang warganegara Amerika Syarikat atau Pemastautin/Pembayar Cukai di Amerika Syarikat?/ <i>Are you a United States Citizen or United States Resident/Taxpayer?</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
(iii) Adakah anda seorang Pemastautin untuk Tujuan Cukai / Pembayar Cukai mana-mana negara selain daripada Malaysia dan Amerika Syarikat?/ <i>Are you a Resident for Tax Purpose / Taxpayer of any country other than Malaysia and United States?</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No

Untuk Syarikat/ Entiti, sila tandakan di kotak yang berkenaan di bawah./ <i>For Company/ Entity, please tick the relevant boxes below:</i>	
(i) Adakah Syarikat / Entiti diperbadankan di luar Malaysia?/ <i>Is the Company/Entity incorporated outside Malaysia?</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
(ii) Adakah terdapat satu atau lebih individu yang mengawal Syarikat/Entiti tersebut di mana beliau adalah pemaustautin cukai selain daripada Malaysia?/ <i>Is the controlling person(s) a tax resident anywhere other than Malaysia?</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No

Alamat Tetap Luar Negara / <i>Foreign Residence Address:</i>	
--	--

Saya mengakui bahawa pada masa ini, saya bukanlah warganegara, pemastautin atau orang yang tertakluk kepada undang-undang cukai negara-negara lain kecuali negara atau bidangkuasa yang saya telah isytiharkan melainkan dan kecuali untuk negara yang saya telah isytiharkan. Saya dengan ini bersetuju untuk memaklumkan kepada pihak syarikat secara bertulis sekiranya berlaku perubahan status saya di masa depan, untuk apa jua sebab, menjadikan saya tertakluk kepada mana-mana undang-undang percukaian atau perundangan mana-mana negara lain. Saya dengan ini memberikan kebenaran tidak bersyarat untuk memaklumkan mana-mana pihak berkuasa cukai asing yang berkaitan, di mana menjadikan pihak syarikat atau saya tertakluk kepada apa-apa perubahan pada status cukai saya pada masa depan tanpa perlu memberikan notis terlebih dahulu kepada saya untuk apa-apa tindakan yang berkaitan. / *I declare that at this time, I am not a citizen, resident or person subject to the taxation laws of any other country except for the country or jurisdiction which I have declared hereto. I hereby undertake to notify you in writing in the event that my status changes in the future, for any reason, causing me to become subject to any taxation law or legislation of any other country. I hereby grant you my full and unconditional authority to notify any relevant foreign tax authority to which you consider that you or I become subject as a result of any future change to my taxation status without giving me prior notice for such actions.*

Nama Pihak Menuntut / <i>Name of Claimant:</i>	Nama Saksi / <i>Name of Witness:</i>								
_____	_____								
No. KP./Syarikat / <i>NRIC/Company No:</i>	No. KP / <i>NRIC No.:</i>								
_____	_____								
Hubungan dengan Orang Dilindungi / <i>Relationship to Person Covered:</i>	Tarikh / <i>Date:</i>								
_____	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y		
Tarikh / <i>Date:</i>	Kewarganegaraan / <i>Nationality:</i>								
<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	_____
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y		
Tandatangan & Cop Rasmi (jika berkaitan) / <i>Signature & Official Stamp (if relevant):</i>	Tandatangan / <i>Signature:</i>								
<table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>		<table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>							

Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja / For Office Use Only			
1. Tuntutan dikemukakan oleh & No. Telefon/ <i>Claim submitted by & Telephone No.</i>	<input type="checkbox"/> Orang Dilindungi / <i>Person Covered</i> <input type="checkbox"/> Pemegang Sijil / <i>Certificate Holder</i> <input type="checkbox"/> Penasihat Jualan / <i>Sales Advisor</i>	<input type="checkbox"/> Penama / <i>Nominee</i> <input type="checkbox"/> Ahli Keluarga / <i>Family Member</i> <input type="checkbox"/> Lain-lain (Sila nyatakan) / <i>Others (Please specify):</i>	_____
	No. Tel / <i>Tel. No:</i> _____		
2. Jenis Permintaan/ <i>Request Type</i>	<input type="checkbox"/> Tuntutan Baru / <i>New Claim</i>	<input type="checkbox"/> Tuntutan Seterusnya / <i>Subsequent Claim</i>	<input type="checkbox"/> Penyerahan Dokumentasi diperlukan / <i>Outstanding Requirement submission</i>
3. Butiran EFT / <i>EFT details</i>			
a) Jika Pilihan I atau II dipilih/ <i>If Option I or II selected</i>	Nama Bank & No. Akaun / <i>Bank Name & Account No.:</i>		
b) Jika Pilihan III dipilih/ <i>If Option III selected</i>	<input type="checkbox"/> Mendaftar no. akaun bank ke dalam sistem eClaims dan iCert / <i>Register bank account no. at eClaims and iCert system</i> Nota: Pendaftaran di sistem iCert tidak perlu untuk tuntutan Kematian / Note: Registration at iCert system is not applicable for Death claim		
Nama Pegawai ZTMB <i>Name of ZTMB Officer</i>		Tandatangan & Tarikh <i>Signature & Date</i>	