

HOSPITALISATION CLAIM TUNTUTAN KEMASUKAN HOSPITAL

Issuing Office

Pejabat Yang Mengeluarkan Borang

This form is forwarded upon receipt of a notice of hospitalisation and it is NOT an admission of claim. /
Borang ini dikeluarkan apabila notis kemasukan hospital diterima. Ia TIDAK bermakna tuntutan diluluskan.

Supporting documents required: /
Dokumen sokongan yang diperlukan:

Final itemised original bills and official receipts covering hospitalisation and surgical expenses. /
Bil muktamad terperinci asal dan resit resmi yang mencatatkan perbelanjaan rawatan dan pembedahan.

TO BE COMPLETED BY CLAIMANT / PERLU DILENGKAPKAN OLEH PIHAK YANG MENUNTUT

INSURED DETAILS / BUTIRAN INSURED

1. **Policy No. / No. Polisi:** _____
2. (i) **Name of Insured / Nama Insured:** _____
- (ii) **IC No. / No. Kad Pengenalan:** _____
- (iii) **Age / Umur:** _____
- (iv) **Occupation / Pekerjaan:** _____
- (v) **Current Correspondence Address / Alamat Surat Menyurat Terkini:** _____
- _____
- (vi) **Telephone No. / No. Telefon:** _____

CLAIMANT DETAILS (if other than Insured) / BUTIRAN PIHAK YANG MENUNTUT (jika berlainan daripada Insured)

3. (i) **Name of Claimant / Nama Pihak Yang Menuntut:** _____
- (ii) **IC No. / No. Kad Pengenalan:** _____
- (iii) **Correspondence Address / Alamat Surat Menyurat:** _____
- (iv) **Telephone No. / No. Telefon:** _____

PARTICULARS OF HOSPITALISATION / BUTIRAN KEMASUKAN HOSPITAL

4. **If hospitalisation was due to accident, please furnish details of accident: / Jika kemasukan ke hospital disebabkan oleh kemalangan, sila beri butiran kejadian kemalangan:**

- (i) **When did it occur? / Bila kemalangan tersebut berlaku?** **DD / HH** **MM / BB** **YY / TT** **at / pada** _____ **am/pm / pagi/ptg**
- (ii) **Where did it occur? / Di mana kemalangan tersebut berlaku?** _____
- (iii) **How did it occur? / Bagaimana kemalangan tersebut berlaku?** _____
- (iv) **Nature and extent of injury / Jenis dan tahap kecederaan dialami** _____

5. **If hospitalisation was due to other causes, please furnish: / Jika kemasukan ke hospital akibat sebab-sebab lain, sila berikan:**

- (i) **Nature of illness/symptom / Jenis penyakit/simtom.** _____
- (ii) **For how long had you/the Insured been having the symptom prior to first admission? / Berapa lamakah anda/Insured telah menghadapi simtom sebelum pertama kali dimasukkan ke hospital?** _____
- (iii) **What was the diagnosis? / Apakah diagnosis ketika itu?** _____

6. **Name and address of all doctors who treated you/the insured for this illness/injury/condition /** **Date of consultation** **Date of admission (if any)** **Date of discharge (if any)**
Nama dan alamat semua doktor yang merawat anda/Insured bagi penyakit/kecederaan/keadaan ini *Tarikh rawatan* *Tarikh kemasukan wad (jika ada)* *Tarikh keluar wad (jika ada)*

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

7. **Please furnish name and address of your/the Insured's usual attending doctor other than the above. / Sila nyatakan nama dan alamat doktor yang selalu merawat anda/**

Insured, selain daripada yang tersebut di atas. _____



OTHER COVERAGE / LAIN-LAIN PERLINDUNGAN

8. Are you/Is Insured presently insured for hospitalisation benefits under any government law/programme, employee benefit, any health scheme or any other insurance policy? / Adakah anda/Insured ketika ini dibawah perlindungan insurans faedah hospital di bawah sebarang program/undang-undang kerajaan, faedah pekerja, sebarang skim faedah kesihatan atau sebarang polisi insurans lain?
If so, please furnish details / Jika ada, sila beri butir-butir:

Name of Company/Programme/Scheme / Nama Syarikat/Program/Skim

Policy/Membership No. / No. Polisi/Keahlian

DECLARATION / PENGAKUAN

I/We hereby declare that the information given in this claim form are true and that I/the Insured did not suffer from any pre-existing conditions at the time this plan was taken up. I further declare that the current confinement to the hospital is not due to any causes which are stipulated in the Exclusion Clauses of the plan.

I agree that in the event that I make, or have in the past made, any false or untrue statement and/or suppressed and/or concealed any material facts in respect of my/the Insured's health condition, the Company shall absolutely forfeit my/the Insured's right to compensation and further reserves the right to recover any amounts paid earlier as a result thereof.

Saya/Kami, dengan ini mengaku bahawa maklumat yang diberi dalam borang tuntutan ini adalah benar dan bahawasanya saya/Insured tidak menghidap sebarang keadaan-keadaan prawujud ketika pelan ini dipohon. Saya seterusnya mengaku bahawa kemasukan ke hospital kali ini bukan disebabkan oleh keadaan-keadaan yang dinyatakan dalam Fasal Pengucualian polisi.

Saya bersetuju bahawasanya jika saya membuat atau pernah membuat sebarang kenyataan palsu atau tidak benar dan/atau menyekat dan/atau menyembunyikan sebarang fakta material berkaitan dengan keadaan kesihatan saya/Insured, syarikat akan menarik balik secara mutlak hak saya / Insured untuk mendapat pampasan dan seterusnya syarikat berhak untuk menuntut semula sebarang amaun yang telah dibayar sebelum ini, akibat tindakan saya sedemikian.

Signature of Witness / Tandatangan Saksi

Signature of Insured / Tandatangan Insured

Name / Nama : _____

Date / Tarikh : _____

IC No. / No. KP : _____

Address / Alamat : _____

Signature of Claimant / Tandatangan Pihak yang Menuntut

Date / Tarikh : _____

AUTHORISATION / PEMBERIAN KUASA

I _____ NRIC No. _____ hereby authorise any physician, hospital, clinic or insurance company or other organisation, institutions or persons, that have any records or knowledge of me/the Insured or my/Insured's health, to disclose to Manulife Insurance Berhad, or its representatives any and all such information and expressly waive on behalf of me/the Insured or any person who has any claim or interest in any policy issued hereunder, all provisions of law, forbidding any physician or surgeon from disclosing any information acquired while attending me/the Insured in a professional capacity. This authorisation shall irrevocably bind my successors and assigns and remain valid, notwithstanding my/the Insured's death or incapacity and a copy of this authorisation shall be as effective and valid as the original.

Saya _____ No. Kad Pengenalan _____ dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana doktor, hospital, klinik atau syarikat insurans atau lain-lain organisasi, institusi atau orang perseorangan yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang saya/Insured atau kesihatan saya/Insured, untuk mendedahkan kepada Manulife Insurance Berhad atau wakilnya tentang sebarang dan keseluruhan maklumat tersebut dan secara nyata menyisihkan hak bagi pihak diri saya/Insured atau mana-mana orang perseorangan yang mempunyai sebarang tuntutan atau kepentingan dalam mana-mana polisi yang dikeluarkan di sini, semua peruntukan undang-undang yang melarang mana-mana doktor atau pakar bedah daripada memberi sebarang maklumat yang diperolehi semasa merawat saya/Insured ketika mereka menjalankan tugas sebagai seorang profesional. Pemberian kuasa ini adalah mengikat secara tidak boleh dibatal atas pengganti-pengganti dan waris-waris dan akan kekal sah, tanpa mengira kematian atau ketidakupayaan saya/Insured dan salinan pemberian kuasa ini adalah efektif dan sah seperti dokumen asal.

Signature of Witness / Tandatangan Saksi

Signature / Tandatangan

Name / Nama : _____

Relationship with patient / Hubungan dengan Pesakit:

IC No. / No. KP : _____

Date / Tarikh : _____

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT / KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT1. **Patient's Name / Nama Pesakit:** _____2. **IC No. / No. Kad Pengenalan:** _____3. **Admission No. / No. Pendaftaran:** _____4. **Admission (Date/Time) / Kemasukan (Tarikh/Waktu):** _____5. **Discharge (Date/Time) / Discaj (Tarikh/Waktu):** _____6. **If hospitalisation due to accident, please furnish / Jika kemasukan hospital adalah akibat kemalangan sila beri:**a) **Date and time of accident / Tarikh dan masa kejadian kemalangan** **DD / HH** **MM / BB** **YY / TT** **at / pada** _____ **am/pm / pagi/ptg**b) **Nature of accident / Jenis kemalangan:** _____7. **The date on which you first saw the patient for this illness/injury/condition /***Tarikh pertama kali anda memberi rawatan kepada pesakit bagi penyakit/kecederaan/keadaan ini* **DD / HH** **MM / BB** **YY / TT**8. **Was the patient referred to your hospital by any other doctor? If "Yes", please indicate his/her name and address. /***Adakah pesakit dirujuk kepada hospital anda oleh doktor yang lain? Jika "Ya", sila nyatakan nama dan alamat doktor tersebut.* **Yes / Ya** **No / Tidak**9. **What were the symptoms the patient complained of when he/she first saw you? / Apakah simptom yang diberitahu oleh pesakit ketika pertama kali dia mendapat rawatan daripada anda?**10. i) **According to patient, how long had she/he been experiencing these symptoms? / Menurut pesakit, berapa lamakah dia telah mengalami simptom tersebut?**ii) **How long do you feel these symptoms had lasted? / Berapa lamakah yang anda rasakan simptom ini telah wujud?**11. **Had patient previously received any treatment for above symptoms? If so, please furnish name, address of doctors and dates of consultation. / Pernahkah sebelum ini pesakit menerima rawatan untuk simptom di atas? Jika ada, sila nyatakan nama dan alamat doktor serta tarikh rawatan.**12. **Have any investigation, test or procedure been performed? If so, please state below and furnish a certified true copy of the result. /***Adakah sebarang siasatan, ujian atau prosedur dilakukan? Jika ada, sila nyatakan di bawah dan sertakan satu salinan hasil siasatan yang diakui sah.* **Yes / Ya** **No / Tidak**13. **Can the condition be treated as an Outpatient? If no, please provide details /***Adakah keadaan ini boleh dirawat sebagai pesakit luar? Jika tidak, sila beri penjelasan.* **Yes / Ya** **No / Tidak**14. **What was your diagnosis? / Apakah diagnosis anda?** _____15. **Did you inform the patient of the diagnosis, if so, when? / Adakah anda memberitahu pesakit tentang diagnosis tersebut? Jika ada, bila?** **Yes / Ya** **No / Tidak** _____16. **Nature of medical treatment given. / Jenis rawatan perubatan yang telah diberi.** _____17. **For surgery: / Untuk pembedahan:**a) **Nature of operation performed / Jenis pembedahan yang dilakukan** _____b) **Name of surgeon / Nama pakar bedah** _____c) **Date surgery performed / Tarikh pembedahan dilakukan** _____

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT / KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

18. Is the illness/condition/hospitalisation related to: (please tick ✓ each question) / Adakah penyakit/keadaan/kemasukan wad berkaitan dengan: (Sila Tanda ✓ setiap soalan)

- a) **Pregnancy/Birth control/Miscarriage or Childbirth/Abortion/Infertility tests or treatment /**
Kehamilan/Perancangan Keluarga/Keguguran atau Kelahiran/Pengguguran/Ujian atau rawatan kemandulan Yes / Ya No / Tidak
- b) **Congenital/Hereditary diseases /** *Kongenital/Penyakit keturunan* Yes / Ya No / Tidak
- c) **Influence of Alcohol/Drugs/Substance abuse /** *Di bawah pengaruh arak/Akibat Dadah/Penyalahgunaan bahan* Yes / Ya No / Tidak
- d) **Nervous/Mental/Emotional/Sleeping Disorder /** *Gangguan Saraf/Mental/Emosi/Tidur* Yes / Ya No / Tidak
- e) **Cosmetic reason/Dental care /retractive errors correction /** *Pembedahan kosmetik/Penjagaan pergigian/Pembetulan pembiasan mata* Yes / Ya No / Tidak
- f) **AIDS/HIV Positive/STD/VD/AIDS/HIV positif/Penyakit Kelamin** Yes / Ya No / Tidak
- g) **Self-inflicted injuries/Violation of laws/Strike/Riots /**
Kecederaan diri yang disengajakan/Tindakan yang menyalahi undang-undang/Mogok/Rusuhan Yes / Ya No / Tidak
- h) **Routine Examination /** *Pemeriksaan biasa* Yes / Ya No / Tidak
- i) **Others, please specify: /** *Lain-lain, sila nyatakan:*

If "Yes" to any of the above, please provide details: / Jika "Ya" untuk mana-mana satu di atas, sila beri penjelasan

19. Any possibility of patient having relapse? / Adakah kemungkinan penyakit berulang kembali?

Yes / Ya No / Tidak

20. Has the patient previously been treated or hospitalised in this or any other hospital for this or any other disease? Please state. / Pernahkah sebelum ini pesakit diberi rawatan atau dimasukkan ke hospital ini atau hospital-hospital lain untuk rawatan penyakit ini atau penyakit-penyakit lain? Sila nyatakan.

Date / Tarikh	Illness / Penyakit	Hospital/Clinic / Hospital/Klinik
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

21. For female only: / Untuk pesakit wanita sahaja:

a) Was the patient pregnant at time of hospitalisation? If so, for how many months? / Adakah pesakit hamil ketika dimasukkan ke hospital? Jika Ya, sudah berapa bulan?

Yes / Ya No / Tidak _____ Month (s) / Bulan

b) Was illness caused directly or indirectly by pregnancy/child birth/caesarian section/abortion/miscarriage and all complications arising therefrom? /

Adakah penyakit dengan secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh kehamilan/kelahiran anak/pembedahan caesarian/menggugurkan/keguguran dan lain-lain komplikasi yang berbangkit darinya?

Yes / Ya No / Tidak

I hereby certify that the answers above are full, complete and true to the best of my knowledge and belief.

Saya dengan ini mengesahkan bahawa semua jawapan di atas adalah lengkap dan benar sejauh mana yang saya ketahui dan percayai.

Signature of Attending Doctor / Tandatangan Doktor Yang Merawat

Date / Tarikh: _____

Name & Practice Stamp / Cop Nama & Alamat

Name & Address of Hospital/Clinic / Nama & Alamat Hospital/Klinik