ZURICH®

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 sembilan (9) polisi yang berkaitan untuk tuntutan, sila lengkapkan Kenyataan Pihak Menuntut yang berasingan dengan no. polisi dinyatakan./ *If there is more than nine (9) relevant policies for claim, please complete a separate Claimant's Statement and indicate the policy 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 pada 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 Polisi dan Jenis Tuntutan / *Part 1 - Details of Policy and Claim Type*

Jenis Polisi *Policy Type*	**Jenis Tuntutan** *Claim Type*	**No. Polisi (Hayat Individu)** *Policy No. (Individual Life)*	**No. Tuntutan (Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja)** *Claim No. (For Office Use Only)*
☐ Hayat Individu / *Individual Life* ☐ Hayat Berkelompok / *Group Life*	☐ Kemalangan / *Accident* [1] ☐ Kemasukan Hospital / *Hospitalisation* [2] ☐ Kematian / *Death* [3] ☐ Penyakit Kritikal atau Merbahaya / *Critical Illness* [4] ☐ Hilang Upaya Kekal & Menyeluruh / *Total & Permanent Disability* ☐ Penepian Premium / *Waiver of Premium*	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.

[1] Ini termasuk tuntutan Faedah Hilang Upaya Separa Kekal / Faedah Kematian Kemalangan Tambahan / *This includes Temporary Disablement Benefit/ Partial Permanent Disability Benefit / Additional Accidental Death Benefit*

[2] Ini termasuk tuntutan Perlindungan Penyakit Wanita atau Bersalin / *This includes Female Illnesses or Maternity Protection claim*

[3] Ini termasuk Pembiayaan Pengebumian / Khairat Kematian / Kematian Dependant/Ahli Tambahan /*This includes Funeral Expenses / Compassionate Allowance / Death of Dependant/Supplementary Members*

[4] Ini termasuk tuntutan Penyakit Berjangkit / *This includes Infectious Disease*

No. Sijil (Hayat Berkelompok) / *Policy No. (Group Life)*

Bahagian 2 - Butiran Orang Diinsuranskan / *Part 2 - Details of Insured Person*

1. Nama *Name*			
2. No. KP. / Pasport / Lain-lain *NRIC / Passport / Others No.*		3. Ketinggian & Berat *Height & Weight*	(kg) *(kg)* (cm) *(cm)*
4. No. Telefon *Telephone No.*		5. Alamat E-mel *E-mail Address*	
6. Alamat Surat Menyurat *Correspondence Address*			
7. Industri *Industry*	Please Select	8. Jenis Perniagaan *Nature of Business*	
9. Pekerjaan Semasa Kejadian *Occupation at Point of Event*	Please Select or Type	10. Tugas Sebenar *Exact Duties*	

11. Butiran Majikan / *Details of Employer*

Nama / *Name*	**No. Tel / *Tel No.***	**Alamat Lengkap / *Full Address***

12. Butiran Doktor Yang Biasa Merawat / *Details of Regular Doctor*

Nama / *Name*	**No. Tel / *Tel No.***	**Alamat Lengkap / *Full Address***

13. Butiran Lain-lain Perlindungan atau Insurans / Takaful */ Details of Other Insurance/Takaful or Coverage*

Nama Syarikat / ***Name of Company***	**No. Polisi / Sijil /** ***Policy/Certificate No.***	**Jumlah Perlindungan /** ***Covered Amount***

14. Adakah Orang Diinsuranskan merupakan kakitangan atau ahli keluarga kepada kakitangan Kumpulan Zurich Insurance? */ Is the Insured Person a staff or a family member of a staff in Zurich Insurance Group?*	☐ Ya/*Yes* ☐ 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. Adakah anda merupakan Orang Diinsuranskan? */ Are you the Insured Person?*	☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*

2. Nama *Name*			
3. No. KP. / Pasport / Lain- lain *NRIC / Passport / Others No.*		4. No. Telefon *Telephone No.*	
5. Alamat E-mel *Email Address.*		6. Hubungan dengan Orang Diinsuranskan *Relationship with Insured*	
7. Warganegara *Nationality*		8. Butiran Majikan / Syarikat *Details of Employer*	
9. Industri *Industry*	Please Select	10. Jenis Perniagaan *Nature of Business*	
11. Pekerjaan *Occupation*	Please Select or Type	12. Tugas Sebenar *Exact Duties*	
13. Alamat Rumah *Residential address*			

14. Alamat Surat Menyurat (sama seperti Alamat Rumah) *Correspondence Address (same as Residential Address)*	☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*
15. Jika Tidak, sila nyatakan *If No, please state*	

16. Jika penuntut merupakan Syarikat / Majikan sahaja *If the claimant is a Company / Employer only*	a. No. Pendaftaran Perniagaan Baru *New Business Registration No.*	
	a. No. Pengenalan Cukai *Tax Identification No.*	
	c. No. Pendaftaran SST *SST Registration No.*	
17. Adakah anda merupakan kakitangan atau ahli keluarga kepada kakitangan Kumpulan Zurich Insurance? *Are you a staff or a family member of a staff in Zurich Insurance Group?*	☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*	

Bahagian 4 - Butiran Tuntutan / ***Part 4 - Details of Claim***

1. Punca Kejadian *Cause of Event*	☐ Kemalangan / *Accident*	☐ Penyakit / *Illness*	☐ 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*	D D M M Y Y AM PM	a. Jenis Penyakit *Nature of Illness*	
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*	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?*	☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*	e. Diagnosis *Diagnosis*	
f. Untuk Tuntutan Indemniti Mingguan sahaja *For Weekly Indemnity Claim only*	a. Tarikh mula tidak hadir ke tempat kerja: *Date first absent from work:* b. Tarikh kembali kerja: *Date return to work:*		

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 Diinsuranskan pernah mengalami kecederaan atau penyakit-penyakit lain pada masa lalu? / *Have the Insured Person suffered from other injuries or illnesses in the past?* Jika Ya, sila berikan butiran penuh di bawah. / *If Yes, please give all details below.*				☐ Ya / *Yes* ☐ 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 Premium disebabkan Hilang Upaya Kekal & Menyeluruh**, sila lengkapkan maklumat di bawah. / *For **Total & Permanent Disability / Waiver of Premium on Total & Permanent Disability claim**, the following must be completed.*

a. Tarikh Orang Diinsuranskan berhenti bekerja *Insured Person's Last Employment Date*	
b. Adakah Orang Diinsuranskan menjalani sebarang pekerjaan lain untuk memperoleh upah, pampasan atau keuntungan pada ketika ini? *Does the Insured Person currently performing any other kind of work that gain wages, compensation or profit?*	☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No* i. Nama Tempat Bekerja / *Place of Work*: ii. Tugas Sebenar / *Exact Duties:*

7. Untuk **Tuntutan Kematian / Penepian Premium disebabkan Kematian,** sila lengkapkan maklumat di bawah. / *For **Death / Waiver of Premium 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?*	☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*

8. Untuk **Tuntutan Faedah Perlindungan Wanita**, sila lengkapkan maklumat di bawah. / *For **Female Protection Benefit**, the following must be completed.*

☐ Pemeriksaan Kesihatan Wanita Tahunan / *Annual Female Medical Check Up Allowance claim*
☐ Penyakit Wanita / *Female Illness*
☐ Komplikasi Berpunca daripada Kehamilan / *Complication Arising from Pregnancy*
☐ Eritematosus Lupus Sistemik (SLE) dengan Lupus Nefritis / *Systemic Lupus Erythematosus (SLE) With Lupus Nephritis*
☐ *Penyakit Kongenital Bayi / Infant Congenital Illness*
☐ Lain-lain penyakit kecuali yang di senarai di atas/ *Other illness except those listed above*

_____

☐ *Tuntutan Elaun Kelahiran / New Born Allowance.* *Tarikh Lahir Anak / Date of Child Birth*	

Bahagian 5 – Pembayaran Tuntutan melalui Pemindahan Dana Elektronik (perlu dilengkapkan jika anda bukan pemegang polisi) / *Part 5 – Claim Payment via Electronic Fund Transfer (to be completed if you are not the policyholder)*

Nota Penting / Important Notes:

i. **Untuk Pemegang Polisi Individu / *For Individual Policyholders***
Bayaran tuntutan akan dikreditkan ke akaun bank anda yang berdaftar dalam rekod kami. Sekiranya anda ingin bayaran tuntutan dikreditkan ke akaun bank yang berbeza, sila kemas kini maklumat akaun bank anda di portal MyZurichLife. Sila pastikan maklumat yang diberikan adalah tepat bagi mengelakkan sebarang penangguhan atau kelewatan bayaran tuntutan. */ If you are the Policyholder for an Individual Life Policy, the claim payment will be credited to the bank account registered in our records. If you would like your claim payment to be credited to a different bank account, please update your bank account details in the MyZurichLife portal. Kindly ensure that the information is accurate to avoid any deferment or delays in your claim payment.*

ii. **Untuk Pemegang Polisi Kumpulan / Ahli yang Diinsuranskan serta Individu Polisi yang Bukan Pemegang Polisi / *For Group Policyholders / Insured Members and Individual Policy who are not the policyholders:***
Pembayaran tuntutan akan dikreditkan ke dalam akaun bank anda seperti dinyatakan di bawah. */ The claim payment will be credited to your bank account as stated below.*

iii. **Kemudahan Pemindahan Dana Elektronik / *Electronic Fund Transfer Facility*:**
Kemudahan ini hanya membenarkan bayaran ke dalam akaun bank anda sendiri sahaja. **Akaun Bersama tidak dibenarkan kecuali kes perintah mahkamah**. */ This Electronic Fund Transfer (EFT) facility allows payment into your own bank account only. **Joint Account is not allowed, with the exception of court order cases.***

1. Nama Pemegang Akaun Bank *Bank Account Holder Name*	
2. No. KP. / No. Perniagaan / No. Pasport *NRIC / Company No. / Passport No.*	
3. Nama Bank *Name of Bank*	
4. No. Akaun Bank *Bank Account No.*	

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

Saya/Kami dengan ini mengakui bahawa maklumat di atas adalah benar dan lengkap setakat yang saya/kami ketahui dan percaya. Saya/Kami faham sepenuhnya bahawa Zurich Life Insurance Malaysia Berhad ("**Syarikat**"), berasaskan kepercayaan bahawa maklumat yang saya/kami berikan adalah tepat dan benar, akan bergantung dan bertindak berasaskan maklumat tersebut. Saya/Kami bersetuju jika saya/kami telah atau akan membuat sebarang kenyataan yang tidak tepat atau menahan atau menyembunyikan sebarang fakta material; hak saya/kami untuk menerima pampasan akan dilucutkan dengan mutlak. Saya/Kami bersetuju bahawa pihak Syarikat berhak untuk menafikan liabiliti tuntutan atau meminta kembali amaun yang sudah dibayar jikalau terdapat sebarang maklumat yang tidak lengkap /tidak betul atau tidak benar. *I/We hereby declare that the above information is true and complete to the best of my/our knowledge and belief. I/We fully understand that Zurich Life Insurance Malaysia Berhad ("**Company**") upon believing the information provided by me/us to be accurate and correct, will rely and act on the information given. I/We agree that If I/We have made, or shall make any untrue statement, or suppressed or concealed any material fact; my/our right to be compensated shall be absolutely forfeited. I/We hereby agree that the Company shall be at the liberty to deny claim liability or recover any amount paid, if any part of the information is incomplete, untrue or incorrect.*

Bagi penyerahan tuntutan dalam talian: Pihak Syarikat berhak untuk menyemak dan menilai tuntutan pada bila-bila masa dengan meminta saya/kami untuk mengemukakan dokumen asal atau salinan dokumen yang telah disahkan untuk tujuan penilaian pengesahan tuntutan.
For online claim submission : The Company reserves the right to review and assess the claim at any time by requesting me/us to produce the original or certificate true copy document submitted for post claim assessment verification purpose.

Saya/Kami dengan ini memberikan kebenaran tanpa syarat dan tanpa keraguan kepada pihak Syarikat dan syarikat-syarikat bersekutunya untuk memproses data peribadi saya/kami yang didedahkan di sini untuk tujuan berikutnya (tetapi tidak terhad kepada) : pengesahan maklumat yang diberikan menurut tuntutan ini, pemeriksaan latar belakang, penilaian kredit, penyelesaian skor, pelaporan peraturan, pentadbiran, analisis atau pemantapan polisi dengan Syarikat atau proses tuntutan. Pihak Syarikat bebas untuk memproses data berkenaan, mengutip dan berkongsi maklumat yang didedahkan di sini termasuk apa-apa maklumat/dokumen yang berkaitan kepada mana-mana penyedia perkhidmatan Syarikat dan mana-mana syarikat bersekutunya dengan syarat bahawa pendedahan maklumat peribadi berkenaan adalah berkaitan dengan tuntutan insurans yang dibuat di sini. Kebenaran ini diberikan selaras dengan peruntukan di bawah Akta Perlindungan Data Peribadi 2010. */ I/We hereby give my/our unconditional and unequivocal consent to the Company and all the Company's related companies to process, collect and release my/our's personal data revealed hereto for the purposes (including and not limited to) verifying information given pursuant to this claim, background screening, credit evaluation, scoring solutions, regulatory reporting, administration, analysis or monitoring of policy with the Company or processing of claim. The Company is at liberty to process the data and share the information revealed hereto including any related information/documents with any of the Company's service providers and other related companies provided that the revelation of my/our's personal data is strictly for the purposes in relation to the insurance claim made hereto. The consent given hereto is in line with the requirement set forth in the Personal Data Protection Act 2010.*

Saya/Kami dengan ini membenarkan mana-mana doktor, kakitangan perubatan, hospital, klinik, syarikat insurans/takaful atau organisasi, institusi atau orang lain, yang memiliki sebarang rekod atau pengetahuan tentang saya/kami/orang diinsuranskan atau kesihatan saya/kami/orang diinsuranskan, untuk mengemukakan kepada Syarikat atau wakilnya, sebarang maklumat mengenai saya/kami/orang diinsuranskan yang berkenaan dengan kesihatan dan sejarah perubatan saya/kami/orang diinsuranskan dan sebarang kemasukan hospital, nasihat, rawatan atau penyakit. Salinan fotostat pengesahan ini adalah berkesan dan sahih sebagaimana salinan asal. */ I/We hereby authorize any doctor, medical staff, hospital, clinic, insurance/takaful company or other organisation, institution or person, that has any records or knowledge of me/us/insured person or my/our's/insured person's health, to disclose to the Company or its representative any and all information about me/us/insured person with reference to my/our's/Insured Person's 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/Kami dengan ini membenarkan pihak Syarikat untuk mengkreditkan pembayaran tuntutan ini mengikut Bahagian 5 di atas, jika berkenaan. Saya dengan ini memberi kebenaran dan keizinan untuk menolak wang yang perlu dibayar kepada Syarikat daripada jumlah tuntutan yang boleh dibayar menurut sebarang polisi di bawah ini, termasuk tetapi tidak terhad kepada sebarang Pinjaman Premium Automatik, Pinjaman Tunai, tunggakan faedah, premium yang perlu dibayar, manfaat yang telah didahulukan dan/atau pembayaran salah yang dibuat melebihi sebarang amaun tuntutan. Saya/Kami mengesahkan bahawa butiran akaun bank yang diberikan dalam borang tuntutan ini adalah sah dan tepat dan bersetuju bahawa Syarikat tidak akan bertanggungjawab terhadap saya/kami untuk sebarang tuntutan, kerugian, kerosakan, kos dan perbelanjaan yang ditanggung oleh saya/kami disebabkan oleh butiran akaun bank yang salah atau tidak tepat yang diberikan oleh saya/kami. */ I/We hereby authorize you to credit the claim payment in accordance with Part 5 above, if applicable. I/We hereby authorise and give consent to the deduction of monies due to the Company from the claim proceeds payable pursuant to any policy hereunder, including but not limited to any Automatic Premium Loan, Cash Loan, overdue interests, premium due, advance benefit paid, erroneous and/or payment made in excess of any claim amount. I/We confirm that the bank account details provided in this claim form is valid and accurate and agree that the Company shall not be held responsible or liable to me/us for any claims, loss, damages, cost and expenses suffered by me/us due to wrong or inaccurate bank account details provided by me/us.*

Saya/Kami, memberi kebenaran dan keizinan kepada Syarikat untuk mengemaskini maklumat berhubung saya/kami dan akaun bank saya/kami dalam rekod Syarikat dengan maklumat yang dinyatakan dalam borang tuntutan ini. */ I/We hereby authorise and give consent to the Company to update my/our contact information and bank account details on record with the Company, using the information provided in this claim form.*

PENTING : Sila rujuk kepada laman web Zurich Malaysia untuk Notis Perlindungan Data Peribadi mengenai butiran hak dan tanggungjawab Syarikat untuk mengumpul, mengendalikan, melindungi, menyimpan dan berkongsi data peribadi anda. Notis ini juga memberikan maklumat bagaimana anda boleh mengakses data peribadi anda dan mengawal pendedahan data peribadi oleh Syarikat.
IMPORTANT : Please refer to Zurich Malaysia's website for Personal Data Protection Notice on the details of the Company's right and responsibility to collect, handle, safeguard, retain and share your personal data. This notice will also provide information on how you could access your personal data and control the Company's disclosure of such data.

Untuk Individu, sila tandakan di kotak yang berkenaan di bawah: / *For Individual person, please tick the relevant boxes below:*

(i)	Adakah anda seorang Pemastautin Malaysia untuk Tujuan Cukai?/ *Are you a Malaysian Resident for Tax Purpose?*	☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*
(ii)	Adakah anda seorang warganegara Amerika Syarikat atau Pemastautin/Pembayar Cukai di Amerika Syarikat?/ *Are you a United States Citizen or United States Resident/Taxpayer?*	☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*
(iii)	Adakah anda seorang Pemastautin untuk Tujuan Cukai / Pembayar Cukai mana-mana negara selain daripada Malaysia dan Amerika Syarikat?/ *Are you a Resident for Tax Purpose / Taxpayer of any country other than Malaysia and United States?*	☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*

Untuk Syarikat/Entiti, sila tandakan di kotak yang berkenaan di bawah: / *For Company/Entity, please tick the relevant boxes below:*	
(i) Adakah Syarikat / Entiti diperbadankan di luar Malaysia?/ *Is the Company/Entity incorporated outside Malaysia?*	☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*
(ii) Adakah terdapat satu atau lebih individu yang mengawal Syarikat/Entiti tersebut di mana beliau adalah pemaustautin cukai selain daripada Malaysia?/ *Is the controlling person(s) a tax resident anywhere other than Malaysia?*	☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*
Alamat Tetap Luar Negara / *Foreign Residence Address*	
Nombor Pengenalan Cukai / *Tax Identification Number (TIN)*	

Saya mengakui bahawa pada masa ini, saya bukanlah warganegara, pemastautin atau orang yang tertakluk pada 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 pada 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 pada 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, which would subject the company or me to any change in my taxation status in the future without giving me prior notice for such actions.*

PENGISYTIHARAN & KEBENARAN / *DECLARATION & AUTHORISATION*

Nama / *Name*
No. Kad Pengenalan/Pasport/Lain-lain / *NRIC/Passport/Other*
Tarikh / *Date*

Tandatangan Pemegang Polisi/Pihak Menuntut[Nota 1]
*Signature of **Policyholder/Claimant**[Note 1]*

Nama / *Name*
No. Kad Pengenalan/Pasport/Lain-lain / *NRIC/Passport/Other*
Tarikh / *Date*

Tandatangan **Orang Diinsuranskan**[Nota 2]
*Signature of **Insured**[Note 2]*

Nama / *Name*
No. Kad Pengenalan/Pasport/Lain-lain / *NRIC/Passport/Other*
Tarikh / *Date*

Cop & Tandatangan Saksi
*Chop & Signature of **Witness***

Nota 1 : Jika Pemegang Polisi/ Pihak Menuntut adalah syarikat/perniagaan, Orang yang diberi kuasa untuk mewakili syarikat atau perniagaan perlu menyerahkan borang tuntutan dengan cop rasmi syarikat. *Note 1 : If the Policyholder/Claimant is a company/business, Authorised Person to represent the company or business to submit the claim form with the company official stamp.*

Nota 2 : Sekiranya Orang Diinsuranskan tidak dapat menandatangani, sila letak cap jari dan perlu disaksikan oleh doktor atau pegawai kami yang diberi kuasa di mana-mana cawangan berdekatan. *Note 2 : If Insured is unable to sign, please thumbprint and it must be witnessed by the attending doctor or an authorised officer at any of our branches.*

Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja / *For Office Use Only*			
1. Tuntutan dikemukakan oleh & No. Telefon/ *Claim submitted by & Telephone No.*	☐ Orang Diinsuranskan / *Insured Person* ☐ Pemegang Polisi / *Policyholder* ☐ Penasihat Jualan / *Sales Advisor*	☐ Penama / *Nominee* ☐ Ahli Keluarga / *Family Member* ☐ Lain-lain (Sila nyatakan) / *Others (Please specify):* _____	
	No. Tel / *Tel. No*: _____		
2. Jenis Permintaan/ *Request Type*	☐ Tuntutan Baru / *New Claim*	☐ Tuntutan Seterusnya / *Subsequent Claim*	☐ Penyerahan Dokumentasi Diperlukan / *Outstanding Requirement Submission*
Nama Pegawai ZLIMB *Name of ZLIMB Officer*		Tandatangan & Tarikh *Signature & Date*	

Last Edited: