

**DOMESTIC MAID INSURANCE SCHEME – CLAIM FORM
 SKIM INSURANS PEMBANTU RUMAH – BORANG TUNTUTAN**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Personal Accident Insurance / <i>Insurans Kemalangan Diril</i>
(Accidental Death & Permanent Disablement /
<i>Kematian Kemalangan & Hilang Upaya Kekal</i>) | <input type="checkbox"/> PA-Medical Expenses
Perbelanjaan Perubatan (<i>akibat kemalangan</i>) |
| <input type="checkbox"/> Repatriation Expenses / <i>Perbelanjaan Penghantaran Pulang</i> | <input type="checkbox"/> Hospital & Surgical Expenses /
<i>Perbelanjaan Hospital & Pembedahan</i> |
| <input type="checkbox"/> Weekly Benefits / <i>Manfaat Mingguan</i> | <input type="checkbox"/> Medical Unfitness / <i>Ketidakupayaan Kesihatan</i> |
| <input type="checkbox"/> Disappearance/ Abscondment
<i>Kehilangan/ Melarikan diri</i> | |

Policy No. / <i>No. Polisi</i>			
Period of Cover / <i>Tempoh Perlindungan</i>			
Account No. / <i>No. Akaun</i>			
A. EMPLOYER'S PARTICULARS / MAKLUMAT MAJIKAN			
1. Name of Insured / <i>Nama Pemegang Polisi</i>			
2. NRIC No./ <i>No. Kad Pengenalan</i>			
3. Address / <i>Alamat</i>			
4. Telephone No./ <i>No. Telefon</i>			
	<i>(Office / Pejabat)</i>	<i>(House /Rumah)</i>	<i>(Handphone / Telefon Bimbit)</i>
B. MAID'S PARTICULARS / MAKLUMAT PEMBANTU RUMAH			
1. Name of Maid / <i>Nama Pembantu Rumah</i>			
2. Passport No./ <i>No. Pasport</i>			
3. Date / Time / Place of Accident <i>Tarikh / Masa / Tempat Kemalangan</i>			
4. Circumstances of accident / disappearance / illness <i>Keterangan mengenai kemalangan / Kehilangan / penyakit</i>			
C. MEDICAL DETAILS / BUTIRAN PERUBATAN (Please enclose medical report / <i>Sila lampirkan rekod perubatan</i>)			
Name of Hospital / <i>Nama Hospital</i>			
Name of Physician / <i>Nama Pegawai Perubatan</i>			

DECLARATION & AUTHORIZATION / PENGAKUAN & KEBENARAN

I / We hereby warrant that the above statements are true and correct and that I / We have not withheld from the Company any material information in connection with this claim. I / We further authorise the release of further medical information by the doctor should the Company require it. Any photostat copy of this authorisation shall be as effective and valid as original.

Saya / Kami mengaku bahawa pernyataan di atas adalah benar dan betul dan saya / kami yang diinsuranskan tidak menyembunyikan dari Syarikat dan segala maklumat penting yang berkaitan dengan tuntutan ini. Saya / Kami dengan ini memberi kebenaran maklumat perubatan selanjutnya dikeluarkan oleh pihak doktor sekiranya diperlukan oleh Syarikat. Sebarang salinan pengesahan adalah efektif dan sah seperti mana asal.

Date / Tarikh

Signature of Insured /
Tandatangan Pemegang Polisi