

BORANG TUNTUTAN UJIAN COVID-19

MAKLUMAT PENTING:

- Semua bahagian dalam borang tuntutan ini mesti dilengkapkan dengan sepenuhnya bagi mengelakkan tuntutan ditolak.
- Sekiranya anda mempunyai lebih daripada satu polisi insurans / sijil takaful perubatan dan kesihatan dengan syarikat insurans dan/atau pengendali takaful yang berbeza, sila nyatakan polisi / sijil pilihan anda untuk proses pengesahan.

BAHAGIAN A Maklumat Pemegang Polisi/Sijil & Orang yang Diinsurankan/Dilindungi
1. Nombor Polisi/Sijil :
2. Nama Syarikat Insuran atau Pengendali Takaful:
3. Nama Pemegang Polisi/Sijil (nyatakan nama majikan jika polisi/sijil berkelompok) :

4. Nama orang yang Diinsurankan/Dilindungi (Jika selain dari Pemegang Polisi/Sijil. Ini termasuk pekerja dan keluarga jika orang yang diinsurankan/dilindungi dibawah polisi/sijil berkelompok) :

5. Jantina Orang yang Dinsurankan/Dilindungi:	<input type="checkbox"/> Lelaki	6. Umur:		tahun		bulan	7. Warganegara:
	<input type="checkbox"/> Perempuan						

8. No Kad Pengenalan Baru/Lama / Pasport / Lain-lain ID Orang yang Diinsurankan/Dilindungi:	No Kad Pengenalan Baru	No Kad Pengenalan Lama / Pasport / Lain-lain ID
	- -	

9. Alamat Rumah :

10. No Telefon :	Rumah:	Pejabat:	Bimbit:
-------------------------	--------	----------	---------

BAHAGIAN B Pengisytiharan COVID-19 (Sila tanda mana yang berkenaan)

11. Pernahkah anda mengalami gejala berikut selama 14 hari yang lalu?	<input type="checkbox"/> Demam <input type="checkbox"/> Batuk <input type="checkbox"/> Sakit Tekak <input type="checkbox"/> Sesak Nafas <input type="checkbox"/> Lain-lain Gejala (sila nyatakan)
--	--

12. Pernahkah anda membuat perjalanan ke / tinggal di luar negara dalam masa 14 hari sebelum bermulanya sakit?	<input type="checkbox"/> Ya, sila nyatakan negara <input type="checkbox"/> Tidak	13. Tarikh berlepas dari negara tersebut	- -
---	---	---	-------------

14. Pernahkah anda mempunyai hubungan rapat¹ dengan kes sah COVID-19² dalam masa 14 hari sebelum bermulanya sakit?	<input type="checkbox"/> Ya, sila nyatakan nama <input type="checkbox"/> Tidak	15. Pernahkah anda menghadiri majlis umum yang dikaitkan dengan wabak COVID-19 ?	<input type="checkbox"/> Ya, nyatakan peristiwa & tarikh <input type="checkbox"/> Tidak
---	---	---	--

¹ Hubungan rapat ditakrifkan sebagai :
a) Petugas kesihatan berkaitan yang terdedah tanpa Kelengkapan Perlindungan Peribadi yang lengkap (termasuk memberi rawatan terus untuk pesakit COVID-19, bekerja dengan pekerja penjagaan kesihatan yang dijangkiti COVID-19, melawat pesakit atau tinggal bersama dipersekitaran tertutup dengan pesakit COVID-19).
b) Berkerja bersama dalam jarak dekat atau berkongsi persekitaran yang sama dengan pesakit COVID-19.
c) Pernah menaiki bersama dengan pesakit COVID-19 di dalam apa jenis kenderaan .
d) Tinggal di rumah yang sama dengan pesakit COVID-19

² Kes sah COVID-19 ditakrifkan sebagai seorang yang telah mendapat pengesahan makmal mempunyai jangkitan COVID-19.

BAHAGIAN C Senarai Semak Bagi Penyerahan Dokumen-Dokumen Tuntutan (Sila tanda (/) satu sahaja)

<input type="checkbox"/> Senarai Semak 1	Pengisytiharan oleh Doktor <input type="checkbox"/> Saya telah meneliti sejarah dan memeriksa pesakit dan mengisytiharkan kenyataan yang diberikan oleh pesakit dalam Bahagian A dan Bahagian B adalah benar. Pesakit ini <input type="checkbox"/> perlu untuk mengambil ujian COVID-19 <input type="checkbox"/> tidak diperlukan untuk mengambil ujian COVID-19
ATAU	Sila sertakan dokumen-dokumen berikut 1. Resit asal atau salinan imbasan resit asal 2. Salinan kad pengenalan atau pasport penuntut seperti dinyatakan dalam item 4 Bahagian A.
	Nama Doktor, Alamat, No untuk Dihubungi :

<input type="checkbox"/> Senarai Semak 2	Sila sertakan dokumen-dokumen berikut 1. Salinan surat rujukan doktor untuk menunjukkan bahawa anda dikehendaki melakukan ujian COVID-19 2. Resit asal atau salinan imbasan resit asal 3. Salinan kad pengenalan atau pasport penuntut seperti yang dinyatakan dalam item 4 Bahagian A.
--	--

<input type="checkbox"/> Senarai Semak 3	Sila sertakan dokumen-dokumen berikut 1. Salinan Borang Perintah Untuk Pengawasan Dan Pemerhatian Di Rumah Kediaman (Seperti di Lampiran 14b Garis Panduan Pengurusan COVID-19 di Malaysia No.05 / 2020 yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesihatan) 2. Resit asal atau salinan imbasan resit asal 3. Salinan kad pengenalan atau pasport penuntut seperti yang dinyatakan dalam item 4 Bahagian A.
--	--

BAHAGIAN D Maklumat Pembayaran

Pembayaran Tuntutan hendaklah dibayar kepada (Sila berikan nama penerima yang sah)	
---	--

Sila berikan maklumat akaun bank seperti berikut:

Nama Bank:		No Akaun Bank:	
-------------------	--	-----------------------	--

Nama Pemegang Akaun Bank:		Alamat E-mel:	
----------------------------------	--	----------------------	--

Nota:

- a) Anda akan dimaklumkan melalui e-mel sebaik sahaja bayaran telah dibuat jika anda telah memberikan alamat e-mel anda.
- b) Sila pastikan bahawa maklumat akaun bank yang diberikan di Bahagian D adalah tepat dan nama tersebut sepadan dengan Pemegang Polisi / Sijil / Orang Yang Diinsuranskan / Orang Yang Dilindungi seperti yang dinyatakan dalam Bahagian A. Pentadbir tidak akan bertanggungjawab jika pembayaran dikreditkan secara salah jika nombor akaun yang diberikan tidak tepat.
- c) Akaun bersama tidak dibenarkan.

BAHAGIAN E Pengisytiharan Dan Pemberian Kuasa

1. Saya faham dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh Pentadbir (sama ada terkandung dalam borang ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh dipegang, digunakan, dan diberikan oleh Pentadbir kepada individu / organisasi yang berhubung dan berkaitan dengan Pentadbir atau mana-mana pihak ketiga yang dipilih (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk syarikat-syarikat reinsurans/retakaful dan penyiasatan tuntutan dan persatuan / persekutuan industri) bagi tujuan memproses permohonan ini dan untuk berkomunikasi dengan saya untuk tujuan seperti itu. Saya faham bahawa saya berhak memperoleh akses kepada dan memohon pembetulan sebarang maklumat peribadi yang dipegang oleh Pentadbir berkaitan dengan saya. Permohonan seperti itu boleh dibuat di mana-mana Syarikat insuran dan pengendali takaful saya.
2. Saya faham dan bersetuju bahawa
 - a) Saya dibenarkan untuk menuntut faedah ini sekali seumur hidup, tanpa mengira bilangan polisi / sijil yang saya ada dengan beberapa insurans / pengendali takaful dan tertakluk kepada ketersediaan dana;
 - b) Saya memahami bahawa penerimaan borang tuntutan oleh Pentadbir tidak boleh dianggap sebagai perakuan liabiliti ke atas tuntutan yang dibuat.
 - c) Saya telah membaca dan memahami Terma & Syarat Tabung Ujian COVID-19.
3. Saya dengan ini meminta pembayaran yang perlu dibayar kepada saya oleh Pentadbir hendaklah dibayar kepada akaun bank yang dinyatakan di atas melalui Inter-bank Giro / RENTAS / TT dan mengesahkan bahawa:-
 - a) Saya bersetuju untuk Pentadbir menyerahkan data di atas kepada pihak bank untuk memudahkan pembayaran kepada saya dengan cara Inter-bank Giro / RENTAS / TT
 - b) Semua maklumat yang diberikan di sini adalah benar dan tepat
 - c) Sebarang permintaan saya di sini tidak boleh dipenuhi tanpa kebenaran Pentadbir. Pentadbir boleh pada bila-bila masa dengan budi bicara mutlaknya untuk membuat pembayaran kepada saya melalui mod yang lain.
 - d) Saya bertanggungjawab memastikan Pentadbir dan pihak banknya untuk diganti rugi terhadap apa-apa kerugian dan / atau kerosakan walau apa pun yang timbul daripada apa-apa perkara berhubung dengan Inter-Bank Giro / RENTAS / TT yang diminta oleh saya termasuk tetapi tidak terhad kepada kesilapan / salahnyata maklumat yang diberikan, pembayaran tertunda dan sebarang keadaan lain di luar kawalan Pentadbir dan jurubanknya.

Nota: Pengeluaran Tabung Ujian Covid-19 ditadbir oleh Persatuan Insurans Hayat Malaysia (LIAM), Persatuan Insurans Am Malaysia (PIAM) dan Persatuan Takaful Malaysia (MTA) bersama-sama dengan semua ahli persatuan-persatuan ini

Saya mengesahkan bahawa saya adalah Pemegang Polisi / Sijil / Orang yang Diinsuranskan / Dilindungi dan semua maklumat yang diberikan di sini adalah benar dan tepat.

Nama:	Tandatangan:	Tarikh: