

# QBE Personal Accident / *Kemalangan Diri* Claims Form / *Borang Tuntutan*



QBE Insurance (Malaysia) Berhad Reg. No.: 161086-D

(Licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia)  
No. 638, Level 6, Block B1, Leisure Commerce Square, No. 9, Jalan PJS 8/9, 46150 Petaling Jaya,  
Postal Address P.O. Box 10637, 50720 Kuala Lumpur, Malaysia.  
telephone +603 7861 8400 • facsimile +603 7873 7430  
SST Reg No: B16-1808-31042744  
[www.qbe.com/my](http://www.qbe.com/my)

## Important notice

### Notis penting

- **Full particulars of every accident are to be furnished by the Employer.**  
*Butir penuh setiap kemalangan mesti diberikan oleh majikan.*
- **The giving of the undermentioned information does not imply that the injured person is making, or will make, a claim.**  
*Maklumat yang diberikan di bawah ini tidak bermakna bahawa orang yang mengalami kecederaan sedang membuat, atau akan membuat satu tuntutan*
- **This form is sent without prejudice to the terms of the policy.**  
*Borang ini dihantar tanpa prasangka terhadap terma polisi.*
- **If any details or information are not readily available, please forward this form without delay, and supply the missing details as soon as possible.**  
*Sekiranya terdapat butir terperinci atau maklumat yang belum sedia untuk diberi, sila hantar borang ini tanpa membuang masa, dan berikan maklumat yang tertinggal secepat mungkin selepas itu.*
- **All written communications received by the Employer concerning the accident to the employee should be forwarded at once to the Company.**  
*Semua urusan surat-menyurat yang diterima oleh Majikan berkaitan dengan kemalangan yang dialami oleh pekerja perlu disampaikan ke pihak Syarikat secepat mungkin.*

Claim No.   
No. Tuntutan

Expiry Date   
Tarikh Luput

Policy No.   
No. Polisi

Account No.   
No. Akaun

## INSURED OR POLICYHOLDER / PIHAK DIINSURANSKAN ATAU PEMEGANG POLISI

Full Name   
Nama Penuh

Postal Address   
Alamat Surat Menyurat

Telephone No.   
No. Telefon

## INJURED PERSON / ORANG YANG CEDERA

Full Name  Age   
Nama Penuh Umur

Private Address   
Alamat Rumah

Telephone No.   
No. Telefon

Business Address   
Alamat Perniagaan

Telephone No.   
No. Telefon

Employment   
Occupation Pekerja

**ACCIDENT / KEMALANGAN**

Date  Time  am /  pm  
 Tarikh  Masa

Place   
 Tempat

Please state fully how the accident occurred   
 Sila nyatakan sepenuhnya bagaimana kemalangan tersebut berlaku

What was the injured Person doing at the time of the accident?   
 Apakah Orang yang cedera lakukan semasa berlaku kemalangan?

**INJURY OR ILLNESS / KECEDERAAN ATAU SAKIT**

Nature of injury or illness   
 Jenis kecederaan atau penyakit

Has he previously suffered from an injury to the same part or a similar illness?  Yes / Ya  No / Tidak  
 Pernahkah beliau mengalami kecederaan di tempat yang sama atau penyakit yang sama?

If YES, give details / Jika YA, sila berikan butir

How long has he been disabled from engaging in or attending to his usual employment or occupation as a result of the injury or illness?  
 Berapa lamakah beliau sudah tidak berupaya mengambil bahagian atau melakukan pekerjaan biasa akibat daripada kecederaan atau penyakit tersebut?

Totally disabled  from  to   
 Hilang Upaya Menyeluruh  Dari  hingga

Partially disabled  from  to   
 Hilang Upaya Separa  Dari  hingga

Name and address of the Doctor attending/attended the injured person  
 Nama dan alamat Doktor yang merawat/yang telah merawat orang yang cedera

Is he the injured person's usual doctor?  Yes / Ya  No / Tidak  
 Adakah beliau doktor yang biasa merawat orang yang cedera?

**OTHER INSURANCE OR COMPENSATION / INSURANS LAIN ATAU PAMPASAN**

Is the injured person claiming under any other insurance or receiving compensation from any other source?  
 Adakah orang yang cedera melakukan tuntutan di bawah mana-mana insurans atau menerima pampasan dari mana-mana punca?  Yes / Ya  No / Tidak

If YES, give details / Jika YA, sila berikan butir

## DECLARATION / PENGAKUAN

I/We hereby solemnly & sincerely declare that these particulars are true to the best of my/our knowledge and belief.  
Saya/Kami dengan ini yakin dan mengaku bahawa butir yang diberikan adalah benar sepanjang pengetahuan saya/kami.

Injured person's signature  
Tandatangan orang yang cedera

I/C No.  
No. K.P.

Date  
Tarikh

Insured's Signature  
Tandatangan pihak diinsuranskan

I/C No.  
No. K.P.

Date  
Tarikh

### Notes / Nota:

- It is important that the Medical Report opposite should be completed by a fully qualified and registered medical practitioner.**  
*Adalah mustahak bagi laporan perubatan di muka surat sebelah di isi oleh pengamal perubatan bertauliah yang berdaftar.*
- If you are claiming for reimbursement of medical or other expenses full details and document evidence must be provided.**  
*Jika anda membuat tuntutan untuk pembayaran balik perbelanjaan perubatan atau lain-lain, sila berikan butir terperinci dan bukti dokumen.*
- If compensation is related to salaries or wages a signed statement should be attached, giving the total remuneration paid by the insured or Policyholder to the injured person during the twelve months prior to the accident or illness.**  
*Jika pampasan adalah berkaitan dengan gaji atau upah, satu kenyataan bertandatangan perlu disertakan, dengan memberikan jumlah imbuhan yang dibayar oleh pihak diinsuranskan atau Pemegang polisi kepada yang cedera sepanjang dua belas bulan sebelum kemalangan atau penyakit.*

## MEDICAL REPORT / LAPORAN KESIHATAN

1. Name of Patient  
Nama Pesakit

2. From what injuries or illnesses is the Patient now suffering?  
Dari apa kecederaan atau penyakit yang pesakit sedang mengalami?

3. When were you first consulted for these injuries or illnesses?  
Bilakah kali pertama anda membuat pemeriksaan untuk kecederaan atau penyakit ini?

4. What was the second or subsequent consultations for?  
Untuk apakah rundingan kedua atau yang berikutnya diperlukan?

(a) Are his symptoms due exclusively to the accident, or traceable to disease, infirmity or any other cause?

*Adakah tanda-tanda beliau secara eksklusif disebabkan oleh kemalangan, atau dikesan kepada penyakit, kelemahan atau apa-apa sebab lain?*

(b) Is there anything in his medical history which may have contributed, directly or indirectly, to the accident, or which may likely to retard his recovery?  
*Adakah apa-apa dalam sejarah perubatan beliau yang mungkin menyumbang, secara langsung atau tidak langsung, pada kemalangan, atau yang mungkin melambatkan pemulihan?*

(c) Have you any reason to suppose that he was under the influence of intoxicants at the time of accident?

*Adakah anda mempunyai sebarang sebab untuk mengandaikan bahawa beliau adalah di bawah pengaruh bahan yang memabukkan pada masa kemalangan tersebut?*

5. How long has the Patient been disabled from engaging in or attending to his usual employment or occupation as a result of these injuries or illnesses?  
*Berapa lama pesakit telah hilang upaya daripada terlibat atau menghadiri pekerjaannya yang biasa atau kerja disebabkan oleh kecederaan atau penyakit tersebut?*

Totally disabled  
Hilang Upaya Menyeluruh

from  
Dari

to  
hingga

Partially disabled  
Hilang Upaya Separa

from  
Dari

to  
hingga

**MEDICAL REPORT (Continuation) / LAPORAN KESIHATAN (Sambungan)**

**6. How much longer do you consider such disablement will continue?**

*Berapa lamakah anda beranggapan hilang upaya tersebut akan berterusan?*

<b>Totally disabled</b> <i>Hilang Upaya Menyeluruh</i>	<b>from</b> <i>Dari</i>	<input type="text"/>	<b>to</b> <i>hingga</i>	<input type="text"/>
<b>Partially disabled</b> <i>Hilang Upaya Separa</i>	<b>from</b> <i>Dari</i>	<input type="text"/>	<b>to</b> <i>hingga</i>	<input type="text"/>

**7. Has the Patient any other disease or physical defect?**

*Adakah pesakit mempunyai penyakit atau kecacatan fizikal?*

**Yes / Ya**     **No / Tidak**

**If YES**  
*Sekiranya YA*

**(a) What is the nature?**  
*Apakah sifatnya?*

**(b) To what extent may recovery be effected thereby?**  
*Sejauh mana mungkin pemulihan terjejas dengan itu?*

I hereby certify that having personally examined the above named patient, the facts as set forth above are correct; and in my opinion there are no other circumstances whatsoever (except as mentioned above) tending to prolong disability and prevent the patient from following his usual business or occupation, or to cause the loss as stated above.

*Saya mengesahkan bahawa telah memeriksa pesakit diatas, megesahkan segala fakta diatas adalah benar , dan pada pendapat saya tidak ada halkeadaan jua (selain daripada yang disebut di atas) cenderung untuk memanjangkan hilang upaya dan menghalang pesakit dari mengikuti urusan kebiasaannya ataupekerjaan atau menyebabkan kehilangan seperti yang dinyatakan di atas.*

I/We understand, acknowledge, agree and consent that QBE Insurance (Malaysia) Berhad and all of its related companies ("QBE") is permitted to collect, use, disclose and/or process my personal data revealed hereto. QBE is at liberty to disclose and transfer (including outside Malaysia) such personal data to relevant third parties provided that the revelation of my personal data is strictly for the purpose(s) in relation to the insurance which I have applied hereto, including but not limited to, the purpose(s) of: (i) processing, handling and/or dealing with my claims including the settlement of the claims and any necessary investigations relating to the claims; (ii) exercising any rights that QBE may have to recover monies from third parties; (iii) making reinsurance recoveries; (iv) investigating the accident and/or my claims; (v) carrying out and/or dealing with my instructions or responding to any enquiries by me; (vi) administering my claims (including the mailing of correspondence, statements, invoices, reports or notices to me, which could involve disclosure of certain personal data about me to bring about delivery of the same as well as on the external cover of envelopes/mail packages); (vii) the development of databases on claims, claims statistics and/or claims development; and/or (viii) complying with applicable law in administering, processing, handling and/or dealing with my claims; (collectively the "Purposes"). My consent given hereto covers any repeated collection of my personal data in the same circumstances and is in line with the requirement set forth in the Personal Data Protection Act 2010.

*Saya/Kami faham, mengakui, bersetuju dan mengizinkan QBE Insurance (Malaysia) Berhad dan semua syarikat-syarikat yang berkaitan ("QBE") adalah dibenarkan untuk mengumpul, menggunakan, mendedahkan dan / atau memproses data peribadi saya yang didedahkan bersama ini. QBE adalah bebas untuk mendedahkan dan memindahkan (termasuk di luar Malaysia) data peribadi tersebut seperti mendedahkan kepada pihak ketiga yang berkenaan dengan syarat bahawa pendedahan data peribadi saya adalah hanya untuk tujuan (tujuan-tujuan) berkaitan dengan insurans yang saya telah memohon bersama ini, termasuk tetapi tidak terhad bagi tujuan (tujuan-tujuan):(i) pemprosesan, pengendalian dan / atau urusan tuntutan saya termasuk penyelesaian tuntutan dan sebarang penyiasatan yang perlu berkaitan dengantuntutan; (ii)menjalankan sebarang hak yang ada pada QBE untuk mendapatkan kembali wang daripada pihak ketiga;(iii) mendapatkan pampasan insurans semula;(iv) menyiasat kemalangan dan / atau tuntutan saya;(v) menjalankan dan / atau berurusan dengan arahan saya atau bertindak balas kepada mana-mana pertanyaan daripada saya; (vi) menguruskan tuntutan saya (termasuk mengepos surat-menyurat, penyata, invois, laporan atau notis kepada saya, yang mungkin melibatkan pendedahan data peribadi tertentu tentang saya, untuk membawa penghantaran yang sama dan juga di kulit luar sampul surat/mel pakej;(vii) pembangunan pangkalan data mengenai tuntutan, statistik tuntutan dan / atau perkembangan tuntutan dan / atau;(viii) mematuhi undang-undang yang berkaitan dalam pengurusan, pemprosesan, pengendalian dan / atau urusan tuntutan saya;"(secara kolektif" "Tujuan"). Persetujuan saya yang diberikan bersama ini meliputi sebarang koleksi data peribadi saya yang berulang dalam keadaan yang sama dan selaras dengan syarat-syarat yang ditetapkan dalam Akta Perlindungan Data Peribadi 2010."*

QBE Insurance (Malaysia) Berhad is committed to ensuring the safety and security of your personal data. You may refer to our Privacy Policy Statement which is posted at our website [www.qbe.com/my](http://www.qbe.com/my). If you wish to seek further enquiries, please contact the Personal Data Privacy Officer at telepohe number 03-78618400.

*QBE Insurance (Malaysia) Berhad komited untuk menjamin data peribadi anda adalah selamat dan terjamin. Anda boleh merujuk Kenyataan Polisi Privasi kami yang dipaparkan dalam laman sesawang [www.qbe.com/my](http://www.qbe.com/my). Sekiranya anda mempunyai sebarang pertanyaan, sila hubungi Pegawai Data Peribadi di nombor talian 03-78618400.*

<b>Signature</b> <i>Tandatangan</i>	<input type="text"/>	<b>Date: (dd/mm/yy)</b> <i>Tarikh (hh/bb/tt)</i>	<input type="text"/>
<b>Name</b> <i>Nama</i>	<input type="text"/>	<b>Qualifications</b> <i>Kelayakan</i>	<input type="text"/>
<b>Address</b> <i>Alamat</i>	<input type="text"/>	<b>Tel. No.</b> <i>No. Telefon</i>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		