

**PERSONAL
ACCIDENT
CLAIM FORM**



Registration No.: 197401001891 (19002-P)

6th, 9th & 10th Floor, Menara BGI, Plaza Berjaya, No. 12, Jalan Imbi, 55100 Kuala Lumpur.
P.O. Box 10028, 50700 Kuala Lumpur.
Tel: 03-21188000 Fax: 03-21188100(Claims)
Website: www.progressiveinsurance.com.my

**BORANG
TUNTUTAN
KEMALANGAN
DIRI**

BRANCH NETWORK / RANGKAIAN CAWANGAN

BUTTERWORTH	2755, Ground & 1st Floor, Jalan Chain Ferry, Taman Inderawasih, 13600 Prai, Seberang Prai Tengah, Penang.	Tel: +60 4397 7128	Fax: +60 4397 7126
JOHOR BAHRU	No. 17-01, Jalan Kebun Teh 1, Pusat Perdagangan Kebun Teh, 80250 Johor Bahru, Johor.	Tel: +60 7227 0991/2	Fax: +60 7227 0996
MELAKA	13-A, Jalan Melaka Raya 24, Taman Melaka Raya, 75000 Melaka.	Tel: +60 6288 3831	Fax: +60 6288 3832
KOTA KINABALU	Ground Floor & 7th Floor, Wisma Perkasa, Jalan Gaya, Kota Kinabalu, Sabah, P.O. Box 13936, 88845 Kota Kinabalu, Sabah.	Tel: +60 8824 4216	Fax: +60 8821 8004
KUCHING	Sublot 11&12, Lots 9966 & 9967, First Floor, Premier 101, Jalan Tun Jugah, 93350 Kuching, P.O. Box 2749, 93754 Kuching, Sarawak.	Tel: +60 8257 2019/30/31	Fax: +60 8257 2013
SANDAKAN	1st Floor, Lot 1, Block 3, Bandar Indah, Mile 4, North Road, 90000 Sandakan, Sabah.	Tel: +60 8923 8810	Fax: +60 8923 7709

Important Notice / Notis Penting

- This form is sent to you on a without admission of liability basis.
Borang ini dihantar kepada anda atas dasar Tanpa Pengakuan Liabiliti.
- Section 1 of this form must be returned to the company within 7 days from the date of accident.
Seksyen 1 borang ini hendaklah dikembalikan kepada syarikat dalam tempoh 7 hari dari tarikh kemalangan.
- The medical certificate in Section 2 of the form must be completed by a registered medical practitioner at the Insured's own expense.
No claim will be admitted unless the medical certificate is completed.
Sijil Perubatan di Seksyen 2 hendaklah dilengkapkan oleh Pengamal Perubatan Berdaftar dengan perbelanjaan ditanggung oleh pihak yang diinsuranskan. Tuntutan tidak akan diterima melainkan Sijil Perubatan adalah lengkap.
- Any claim for medical expenses must be supported by original medical bills.
Sebarang tuntutan untuk perbelanjaan perubatan mestilah disokong dengan resit asal.
- Please enclose a copy of your police report if you are involved in a motor accident.
Sila lampirkan salinan laporan polis sekiranya anda terlibat di dalam kemalangan jalanraya.
- In the event of a fatal claim, please obtain the death certificate, burial certificate, post-mortem report and the letter of administration / probate.
Sekiranya melibatkan tuntutan kematian, sila lampirkan sijil kematian, sijil pengkebumian, laporan bedah siasat dan surat kuasa mentadbir/probate.
- It is necessary that fullest particulars are given. Please attach a separate sheet if the space provided in the form is insufficient.
Adalah penting butir-butir terperinci dikemukakan. Sila lampirkan salinan berasingan sekiranya ruang yang disediakan di dalam borang ini tidak mencukupi.

**SECTION 1- NOTIFICATION OF CLAIM /
SEKSYEN 1 - PEMBERITAHUAN TUNTUTAN**

A. Particulars of Policy Holder/ Insured Person / Butir-butir Pemegang Polisi / Pihak Yang Diinsuranskan

Policy No. / Polisi No.: _____ Claim No / No. Tuntutan: _____

Name of Policyholder / Nama Pemegang Polisi: _____

Address / Alamat: _____

Telephone No / Telefon:- (Home / Rumah): _____ (Office / Pejabat): _____

Handphone / Telefon bimbit : _____

E-mail Address / Alamat E-mel: _____

Name of Insured Person / Pihak Yang Diinsuranskan : _____ Age / Umur : _____

Occupation of Insured Person / Pekerjaan Pihak Yang Diinsuranskan : _____ IC No / No. K/P : _____

B. Particulars of Accident / Butir-butir Kemalangan

Date of accident / Tarikh kemalangan : _____ Time of accident / Waktu kemalangan : _____ (a.m.) pg / (p.m.) / ptg

Place / Tempat : _____

Please state what Insured Person was doing and how the accident happened:
Sila nyatakan apakah yang sedang dilakukan oleh pihak yang diinsuranskan dan bagaimana kemalangan terjadi:

Please describe in detail the injuries sustained indicating the part of the body injured and the type of injury eg. fracture of the left lower leg.
Sila nyatakan dengan lengkap kecederaan yang dialami dengan menunjukkan bahagian badan yang tercedera dan jenis kecederaan.
Contoh: Patah bahagian bawah kaki kiri.

Have you made a claim for compensation from any insurance company in respect of the same accident? If so, please state the name of the company and the policy no.
Adakah anda pernah membuat tuntutan pampasan dari mana- mana syarikat insurans berkaitan kemalangan tersebut? Jika ya, sila nyatakan nama syarikat dan no. Polisi.

Give name, address and telephone number of doctor who attended to the Insured Person.
Berikan nama, alamat dan nombor telefon doktor yang merawat pihak yang diinsuranskan.

Give name, address and telephone number of witness who saw the accident.
Berikan nama, alamat dan nombor telefon saksi yang menyaksikan kemalangan tersebut.

Estimated number of days the Insured Person is unable to attend to work/duty:
Anggaran bilangan hari pesakit tidak dapat mengendalikan kerja/tugasan: _____ days / hari

C. Declaration / Pengakuan /

I/ We warrant that the above statement and particulars are correct. I hereby authorize any hospital, doctor or any other person who has attended to me to furnish Progressive Insurance Bhd or its representative any information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation prescription or treatment and copies of all hospital and medical records. I agree that a copy of this authorisation shall be as effective and valid as the original.

Saya / Kami memberi jaminan bahawa kenyataan dan keterangan di atas adalah benar. Dengan ini saya memberi kebenaran mana-mana hospital, doktor atau sesiapa yang pernah merawat saya untuk mengemukakan kepada Progressive Insurance Bhd atau wakil- wakil mereka sebarang dan semua maklumat berkaitan sebarang penyakit atau kecederaan, sejarah perubatan, preskripsi perundingan atau rawatan dan salinan semua rekod hospital dan perubatan. Saya bersetuju supaya salinan kebenaran ini akan mempunyai kesan yang sama dan sah seperti salinan asal.

I further confirm that my employer may be approached for verification of my claim and I hereby authorise them to disclose any such information required.
Saya juga mengesahkan bahawa majikan saya boleh dihubungi untuk mendapatkan pengesahan tuntutan saya dan dengan ini membenarkan mereka mendedahkan sebarang maklumat yang diperlukan.

Signature of Policyholder / *Tandatangan Pemegang Polisi*
and Company's Stamp *dan Cap Syarikat*

Date / *Tarikh*

Signature of Insured Person / *Tandatangan Pihak Yang Diinsuranskan*

Date / *Tarikh*

SECTION 2 - MEDICAL CERTIFICATE / SEKSYEN 2 - SIJIL PERUBATAN
The fee for this certificate is to be paid by the claimant / Yuran bagi Sijil ini ditanggung oleh Pihak Yang Menuntut

Definition / Definisi :

Total Disablement / Ketidakupayaan Penuh

The injury shall independently of all other causes totally disable the Insured Person and rendered him completely unable to pursue his ordinary occupation or attend any business affairs.

Kecederaan ini yang bebas dari sebab- sebab lain mesti menidakupayakan sepenuhnya pihak yang diinsuranskan dan menyebabkan beliau sepenuhnya tidak dapat menjalankan pekerjaannya yang biasa atau menjalankan sebarang urusan perniagaannya

Partial Disablement / Ketidakupayaan Separa

The injury shall independently of all causes partially disable the Insured Person and prevent him from attending to a material portion of his daily duties.

Kecederaan ini yang bebas dari sebab- sebab lain mesti menidakupayakan separa pihak yang diinsuranskan dan menghalang beliau dari menjalankan sebahagian dari tugas penting sehariannya.

Name of patient / Nama pesakit : _____ I/C No / No. K/P: _____

Occupation / Pekerjaan: _____

Date first attended to patient / Tarikh pertama kali merawat pesakit : _____

How did the accident happen? / Bagaimana kemalangan berlaku : _____

What injuries did the patient suffer? / Apakah kecederaan yang dialami oleh pesakit?: _____

Please state whether the injuries are consistent with the circumstances of the accident.
Sila nyatakan sama ada kecederaan yang dialami selaras dengan kejadian kemalangan.

Yes / Ya

No / Tidak

Has a pre-existing condition contributed to the injuries?

Adakah keadaan sedia ada yang menyumbang kepada kecederaan?

Yes / Ya

No / Tidak

In your professional opinion and taking into account the patient's occupation to what extent have the injuries disabled the patient?

Berdasarkan pendapat profesional anda dan dengan mengambil kira pekerjaan pesakit setakat manakah kecederaan telah menidakupayakan pesakit?

Temporary Total Disablement / Ketidakupayaan Sepenuh Sementara

Patient completely unable to attend to duty or any business affairs whatsoever.

Pesakit langsung tidak dapat menjalankan tugas atau sebarang urusan perniagaan.

From / Dari: _____ To / Hingga: _____

Temporary Partial Disablement / Ketidakupayaan Separa Sementara

Patient can attend to part of work / duty / business affairs

Pesakit hanya dapat menjalankan sebahagian dari kerja / tugas / urusan perniagaan

From / Dari: _____ To / Hingga: _____

If the patient has been totally disabled for more than two weeks from attending to his usual duty, please describe in detail the reasons why the patient cannot work or attend to his business affairs keeping in mind the occupation of the patient.

Jika tempoh ketidakupayaan penuh pesakit dari menjalankan tugasnya yang biasa lebih daripada dua minggu, sila nyatakan dengan terperinci sebab- sebab pesakit tidak dapat menjalankan kerja atau menguruskan perniagaannya dengan mengambil kira pekerjaan pesakit.

Is the patient suffering from any permanent disablement? If so please give full particulars:-
Adakah pesakit mengalami sebarang keilatan kekal? Jika ya, sila nyatakan butir-butir penuh:-

Have you any reason to suppose the patient was under the influence of intoxicants at the time of the accident?
Adakah anda mempunyai sebarang sebab untuk mengesyaki pesakit berada di bawah pengaruh bahan yang memabukkan pada masa kemalangan?

Attending Doctor's Statement / Keterangan Doktor Yang Merawat

I / Saya _____ of / dari _____
certify that I have examined the patient abovenamed and the facts set out above are true to the best of my knowledge.

mengesahkan bahawa saya sendiri telah memeriksa pesakit yang disebutkan di atas dan fakta-fakta yang dinyatakan di atas adalah benar sepanjang pengetahuan saya.

Signature / Tandatangan : _____

Qualification / Kelayakan : _____

Date / Tarikh : _____

Address / Alamat : _____

Telephone No. / No. Telefon : _____

E-PAYMENT / PEMBAYARAN ELEKTRONIK

1) Progressive Insurance Bhd will not be liable for any financial loss due to incomplete or inaccurate information as provided below.
Progressive Insurance Bhd tidak akan bertanggungjawab ke atas sebarang kerugian kewangan akibat daripada maklumat yang tidak lengkap atau tepat sebagaimana di peruntukan di bawah.

2) For verification purpose, I am/we are pleased to provide my/our banking details together with a photocopy of the relevant page of the bank statement.
Untuk tujuan pengesahan, saya/kami lampirkan butiran perbankan saya bersama salinan penyata bank yang berkaitan.

Name of bank / Full address: Nama bank / Alamat Penuh			
Name of Account / Beneficiary: Nama Akaun / Penerima			
Bank Account No.: No. Akaun Bank			
IC No. / Company No.: No. Kad Pengenalan/Syarikat	New: Baru	Old : Lama	Co. No.: No.Syarikat
Telephone No: No. Telefon	Office/Home: Pejabat/Rumah	Mobile No: Telefon Bimbit	
Email Address (compulsory) : Alamat Email (wajib)			

I/We hereby agree to the above terms and conditions and declare that the information provided are true and correct.
Saya/Kami bersetuju dengan syarat-syarat yang tertera diatas dan mengesahkan segala maklumat di atas adalah benar dan betul.

Authorised Signatory and Company stamp
Tandatangan / Chop Syarikat

Name /Nama:

Position/Jawatan:

Date/Tarikh:

GOODS & SERVICE TAX (GST) QUESTIONNAIRE / SOALAN BERKAITAN CUKAI BARANG & PERKHIDMATAN

IMPORTANT: Please answer the following questions regarding your / your company's GST registration status in order for us to comply with the requirements of the Goods & Services Tax Act 2014. .

PENTING: Sila jawab soalan-soalan berikut tentang anda/status pendaftaran Cukai Barang & Perkhidmatan syarikat anda untuk membolehkan kami memenuhi keperluan Akta Cukai Barang & Perkhidmatan 2014.

INSURED'S DETAILS / BUTIR PEMEGANG POLISI/

Insured Name/Company Name: <i>Nama Pemegang polisi/Syarikat</i>		FOR OFFICE USE: / UNTUK KEGUNAAN PEJABAT: Policy No: <i>No. Polisi</i>	
Address(1): <i>Alamat (1)</i>		Period of Insurance: <i>Tempoh Insurans</i>	
Address(2): <i>Alamat (2)</i>		Old IC/Business Registration No: <i>No. Kad Pengenalan Lama/No. Pendaftaran Perniagaan</i>	
Postcode: <i>Poskod</i>	Town/City: <i>Bandar</i>	State: <i>Negeri</i>	
Contact Details / <i>Butiran Untuk Dihubungi</i> : Office Phone / <i>No Telefon Pejabat:</i>		No: Facsimile: <i>No. Faks</i>	Email address: <i>Alamat e-mail</i>

GOODS & SERVICE TAX REGISTRATION DETAILS / BUTIRAN PENDAFTARAN GST

1. Are you/is your company GST registered?
Adakah anda/syarikat anda berdaftar untuk GST?

- Yes, please give details / *Jika ya, sila beri butirannya*
 No / *Tidak*

GST Registration No: <i>No. Pendaftaran GST</i>	
Company Registration No: <i>No. Pendaftaran Syarikat</i>	
GST registration effective date: <i>Tarikh berkuatkuasa pendaftaran GST</i>	
GST applicable: <i>GST yang diguna</i>	<input type="checkbox"/> Standard rated <i>Kadar Tetap</i> <input type="checkbox"/> Zero rated <i>Kadar kosong</i> <input type="checkbox"/> Exempted <i>Dikecualikan</i>

* Please enclose a copy of your GST registration approval from Royal Malaysian Custom Department (RMCD).

* *Sila lampirkan salinan pendaftaran kelulusan GST yang disahkan oleh Jabatan kastam Diraja Malaysia*

2. If you have answered "Yes" to question 1, please answer the questions below:

Jika anda telah menjawab Ya untuk soalan 1, sila jawab soalan- soalan berikut:

- i) Are you entitled to claim GST incurred on this policy as Input Tax Credit (ITC)?
Adakah anda berhak untuk membuat tuntutan GST dibawah polisi ini sebagai ITC? Yes / *Ya* No / *Tidak*
- ii) Are you a GST registered sole proprietorship?
Adakah anda berdaftar sebagai peniaga tunggal GST? Yes / *Ya* No / *Tidak*
- iii) If you are a GST registered sole proprietorship, are you purchasing this policy for business purpose?
Jika anda berdaftar sebagai perniagaan tunggal GST adakah anda membeli polisi ini untuk kegunaan perniagaan? Yes / *Ya* No / *Tidak*
- iv) Is this policy purchased for Medical Insurance?
Adakah polisi ini dibeli untuk Insurans Perubatan ? Yes / *Ya* No / *Tidak*

3. If you have answered "Yes" to question 2(iv), please answer the question below:

Jika anda telah menjawab Ya untuk soalan 2(iv) sila jawab soalan berikut:

- i) Please let us know if you are entitled to claim GST incurred on your Medical Insurance policy?
Sila beritahu adakah anda berhak membuat tuntutan GST dibawah polisi Insuran Perubatan? Yes / *Ya* No / *Tidak*
- ii) Is the insurance purchased in compliance to any of the following Act(s) ?
Adakah insurans yang dibeli mematuhi Akta-Akta yang berikut?
- Collective agreement under Industrial Relation Act 1967
 Social Securities Act 1952
 Workman 's Compensation Act 1952
 No, Purchase of the insurance is not due to any of the above Acts

CONFIRMATION / PENGESAHAN

I/We hereby confirm that the information provided above is true and correct.
Saya/ Kami mengesahkan bahawa maklumat diatas adalah benar dan betul.

Siganatue:
Tandatangan

Name:
Nama _____

Company Stamp:
Chop Syarikat _____

Designation:
Jawatan _____

Date:
Tarikh _____

Notice / Notis

For all intents and purposes where there is a conflict or ambiguity as to the meaning in the Bahasa Malaysia provisions, it is hereby agreed that the English version shall prevail.

Bagi setiap tujuan dan maksud sekiranya terdapat konflik atau kekaburan berkenaan makna di dalam peruntukan Bahasa Malaysia, adalah dipersetujui bahawa versi Bahasa Inggeris akan digunakan.