



HEAD OFFICE/
IBU PEJABAT:

Syarikat Takaful Malaysia Keluarga Berhad (131646-K)
14th Floor, Annexe Block, Menara Takaful Malaysia,
No 4, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur,
P.O. Box 11483, 50746 Kuala Lumpur

W takaful-malaysia.com.my
T 1-300 88 252 385
F 603-22740237
E csu@takaful-malaysia.com.my

OUTPATIENT CLAIM FORM / BORANG TUNTUTAN PESAKIT LUAR

SUBMISSION OF CLAIMS / PENYERAHAN TUNTUTAN CHECKLIST / SENARAI SEMAK

- GP Claim / Tuntutan GP**
- Original Receipt / Resit Asal
 - Itemised Bill (for bills above RM60) / Bil Terperinci (untuk bil melebihi RM60)
- Specialist Claim / Tuntutan Pakar**
- Original Receipt / Resit Asal
 - Itemised Bill (Specialist bills above RM150 and Pediatric bills above RM80) / Bil Terperinci (bil Pakar melebihi RM150 dan bil Pediatrik melebihi RM80)
 - Referral Letter (unless with Direct Access) / Surat Rujukan (kecuali untuk rawatan secara terus)

Note / Nota:

- Original documents for each type of claim as stated **MUST** be attached with this form for claim processing. / Dokumen-dokumen untuk setiap jenis tuntutan seperti yang dinyatakan **MESTI** dilampirkan bersama dengan borang tuntutan ini untuk proses tuntutan.
- Claims for medication purchased directly from a pharmacy without a copy of the doctor's prescription slip will **NOT** be processed. / Tuntutan untuk ubat-ubatan yang dibeli secara terus daripada farmasi tanpa salinan slip preskripsi doktor **TIDAK** akan diproses.
- Each claim form is applicable for one Original Receipt and Itemised Bill. / Setiap borang tuntutan adalah untuk satu Resit Asal dan Bil Terperinci sahaja.
- Claims without original receipt and breakdown of charges for each medication / vaccination / injection / lab tests / x-ray will be returned to the claimant. / Tuntutan akan dikembalikan kepada penuntut jika resit asal dan bil terperinci untuk setiap kos ubat / vaksinasi / suntikan / ujian makmal / x-ray tidak disertakan.

PART A : EMPLOYEE & PATIENT INFORMATION / BAHAGIAN A : MAKLUMAT PEKERJA & PESAKIT

Please complete information as in your MyKad and Member ID Card / Sila lengkapkan maklumat seperti di dalam MyKad dan Kad Ahli anda

1	Membership No. (Patient) / No. Keahlian (Pesakit)															
2	Employee MyKad No. / No. MyKad Pekerja					-			-			Certificate No. / No. Sijil				
3	Name of Patient / Nama Pesakit															
4	Name of Employee / Nama Pekerja															
5	Relationship to Employee / Hubungan dengan Pekerja	<input type="checkbox"/> Self / Diri <input type="checkbox"/> Spouse / Suami / Isteri <input type="checkbox"/> Child / Anak														
6	Name of Company / Employer / Nama Syarikat / Majikan															

PART B : TYPE OF CLAIM / BAHAGIAN B : JENIS TUNTUTAN

- Panel GP / Klinik Panel
- Specialist / Pakar
- Self / Diri
- Non Panel GP / Bukan Klinik Panel
- Paediatrician / Pediatrik

PART C : SPECIALIST CARE ONLY / BAHAGIAN C : UNTUK RAWATAN PAKAR SAHAJA

Is this a follow-up visit? / Adakah ini rawatan lanjutan? If Yes, is it related to / Jika Ya, adakah ia berkaitan

Yes / Ya No / Tidak Specialist Care / Rawatan Pakar

Hospitalisation / Penghospitalkan

Date of last visit / admission / Tarikh lawatan terakhir / diwadkan

dd/mm/yyyy
hh/bb/tttt

PART D : DETAILS OF VISIT / BAHAGIAN D : MAKLUMAT LAWATAN

Date of visit / admission / Tarikh lawatan / diwadkan

dd/mm/yyyy
hh/bb/tttt

Time of Visit / Masa Lawatan Time / Masa

AM / PM

Reason for seeking treatment. Please tick (✓) in the appropriate box. / Sebab-sebab mendapatkan rawatan. Sila tanda (✓) pada kotak yang berkenaan.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cough, Cold, Sore Throat / Batuk, Selsema, Sakit Kerongkong | <input type="checkbox"/> Diabetes / Kencing manis |
| <input type="checkbox"/> Diarrhoea / Cirit-birit | <input type="checkbox"/> Asthma / Lelah |
| <input type="checkbox"/> Hypertension / Darah Tinggi | <input type="checkbox"/> Vomiting / Muntah |
| <input type="checkbox"/> Fever / Demam | <input type="checkbox"/> Gynaecology / Sakit Puan |
| <input type="checkbox"/> Gastritis / Gastrik | <input type="checkbox"/> Body Ache / Joint Pain / Sakit Badan / Sakit Sendi |
| <input type="checkbox"/> Ear infection / Infeksi telinga | <input type="checkbox"/> Skin Conditions, Rashes / Sakit Kulit, Ruam |
| <input type="checkbox"/> Immunisation (please clarify at section F) / Imunisasi (sila jelaskan di bahagian F) | <input type="checkbox"/> Others (please clarify at section E) / Lain-lain (sila jelaskan di bahagian E) |
| <input type="checkbox"/> Emergency (please clarify at section E) / Kecemasan (sila jelaskan di bahagian E) | |
| <input type="checkbox"/> Cuts, Wounds, Scalding / Luka, Cedera, Lecur | |

PART E : GP CARE [NON CHOICE PLAN ONLY] / BAHAGIAN E : UNTUK RAWATAN GP [PELAN BUKAN PILIHAN SAHAJA]

- Reason for payment at panel clinic / Sebab-sebab membayar di klinik panel
- Reason for seeking care at a non panel clinic / Sebab-sebab mendapatkan rawatan di klinik bukan panel
- Reason for seeking care at Hospital Emergency Department / Sebab mendapatkan rawatan di Unit Kecemasan Hospital
- Please tick (✓) in the appropriate box and explain in the space below / Sila tanda (✓) pada kotak yang berkenaan dan jelaskan pada ruangan di bawah.

PART F : IMMUNISATION / BAHAGIAN F : IMUNISASI

(Please list the types & costs / Sila nyatakan jenis & harga)

1.		.	
2.		.	
3.		.	
4.		.	

STATEMENT OF CONSENT / PENYATA UNTUK KEBENARAN

I hereby declared that the above information given in this claim form is complete and true. I hereby authorise any physician, medical practitioner, hospital or clinic by whom or where I / claimant have been observed or treated, to give full particulars about my / claimant's health including my / claimant's whole medical history in respect of this hospitalisation / surgery, to TPA / STMKB. A photocopy of this authorisation shall be considered as effective hospitalisation / surgery, to TPA / STMKB. A photocopy of this authorisation shall be considered as effective information will be kept strictly confidential by TPA / STMKB. TPA / STMKB undertake not to disclose this information to any third party without my separate written consent. All information provided is true and accurate. / *Saya dengan ini mengesahkan bahawa semua maklumat yang diberikan di dalam borang tuntutan ini adalah benar dan lengkap. Saya dengan ini memberi kebenaran kepada mana-mana pakar perubatan, pengamal perubatan, hospital atau klinik yang atau di mana saya / pihak yang menuntut telah diperiksa atau dirawat, untuk memberikan butiran penuh mengenai kesihatan saya / pihak yang menuntut termasuk sejarah perubatan saya / pihak yang menuntut semasa dimasukkan ke hospital / menjalani pembedahan, untuk TPA / STMKB. Salinan surat kebenaran ini adalah dianggap sah dan berkuatkuasa sebagaimana salinan asal, untuk TPA / STMKB. Salinan kebenaran ini akan dianggap sebagai informasi efektif yang akan dirahsiakan oleh TPA / STMKB. TPA / STMKB tidak akan mendedahkan maklumat ini kepada mana-mana pihak ketiga tanpa kebenaran bertulis yang berasingan daripada saya. Semua maklumat yang diberikan adalah benar dan tepat.*

Signature of Employee / Tandatangan Pekerja _____

Date / Tarikh

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

 dd/mm/yyyy
hh/bb/tttt

DIRECT CREDIT INSTRUCTION / ARAHAN KREDIT TERUS

Important Note / Nota Penting:

- By default, approved claims payments will be credited into the bank account as provided by your Employer during membership enrolment. If no bank account information is provided, as a temporary arrangement, claims payments will be made via the direct credit facility to the account as stated below. However, as this is only a temporary arrangement, please arrange to notify your new / amended banking information to your Employer for further action. / *Sekiranya gagal, bayaran yang diluluskan akan dikreditkan ke dalam akaun bank seperti yang dinasihatkan oleh Majikan semasa pendaftaran ahli. Jika tiada maklumat akaun bank disediakan, sebagai aturan sementara, bayaran tuntutan tersebut akan dibuat melalui maklumat arahan pindahan terus kepada pemilik akaun seperti yang dinyatakan di bawah. Walau bagaimanapun, memandangkan ini adalah aturan sementara, sila maklumkan kepada Majikan anda mengenai maklumat / pindaan perbankan baru anda untuk tindakan selanjutnya.*
- The account holder name and claimant must be the same person / *Nama Pemegang Akaun dan penandatangan arahan kredit mestilah sama dengan penuntut pada borang tuntutan.*

e-Payment (Individual) / e-Pembayaran (Individu)

Name of Account Holder / <i>Nama Pemegang Akaun</i>																			
MyKad / Passport No. / <i>No. MyKad / Pasport</i>																			
Correspondence Address / <i>Alamat Surat Menyurat</i>																			
Email Address / <i>Alamat Emel</i>																			
Mobile No. / <i>No. Telefon Bimbit</i>																			
Bank Name / <i>Nama Bank</i>																			
Bank Account No. / <i>No. Akaun Bank</i>																			
Signature / <i>Tandatangan</i>											Date / <i>Tarikh:</i>								

Terms and Conditions / Terma-terma dan Syarat-syarat

- Direct Credit facility is only applicable for bank accounts maintained in Malaysia. For overseas customers, we will assess and allow overseas accounts on a case to case basis. / *Kemudahan Kredit Terus hanya boleh digunakan bagi akaun bank yang diselenggara di Malaysia sahaja. Bagi pelanggan luar negara, kami akan menilai dan membenarkan penggunaan akaun luar negara berdasarkan kepada setiap kes.*
- Direct Credit facility is applicable for Participant's / Certificate Owner's bank account only. Payment to other beneficiaries is to be considered on case by case basis. / *Kemudahan Kredit Terus Boleh digunakan untuk akaun bank Peserta / Pemilik Sijil sahaja. Pembayaran kepada penerima lain akan dipertimbangkan berdasarkan kepada setiap kes.*
- Participant / Certificate Owner is to furnish a copy of the bank passbook or bank statement and the IC no. / Passport no. that was used to open the bank account for verification purpose. / *Peserta / Pemilik Sijil perlu mengemukakan satu salinan buku simpanan bank atau penyata bank dan No. Kad Pengenalan / No. Pasport yang digunakan bagi membuka akaun bank untuk tujuan pengesahan.*
- If the copy of bank passbook or bank statement is not provided, the Participant / Certificate Owner is deemed to have confirmed the account details provided in this form as valid and accurate. / *Jika salinan buku simpanan bank atau penyata bank tidak dikemukakan, Peserta / Pemilik Sijil dianggap telah mengesahkan bahawa butir-butir akaun di dalam borang ini adalah sahih dan tepat.*
 - * In the event of any invalid / inaccurate account details provided by Participant / Certificate Owner results in payment being credited into a third party bank account, the payment made thereto is still deemed as full payment for Refund / Surrender/ Partial Withdrawal / Claims /Cancellation/ Others and STMKB shall be released and fully discharged from all existing and future liabilities, claims and demands in relation to such Refund / Surrender / Partial Withdrawal / Claims / Cancellation / Others.
 - * *Sekiranya butir-butir yang diberikan oleh Peserta / Pemilik Sijil tidak sah atau tidak tepat, mengakibatkan pembayaran Kredit Terus ke dalam akaun bank pihak ketiga, pembayaran dibuat itu masih dianggap pembayaran penuh bagi tujuan Bayaran Balik / Serahan / Pengeluaran Sebahagian / Tuntutan / Pembatalan / Lain-lain dan STMKB tidak akan bertanggungjawab atas segala liabiliti, dakwaan dan permintaan pada masa kini dan juga pada masa hadapan yang berkaitan dengan Bayaran Balik / Serahan / Pengeluaran Sebahagian / Tuntutan / Pembatalan / Lain-lain.*