



LONPAC INSURANCE BHD (307414-T)

Head Office : LG, 6th, 7th, 21st to 26th Floor, Bangunan Public Bank, 6, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur, Malaysia.
P.O. Box 10708, 50722 Kuala Lumpur, Malaysia.
Tel: (03) 2262 8688, 2723 7888 Fax: (03) 2715 1332, 2034 2654, 2715 0722, 2072 3385, 2715 0696, 2723 7886
Website: www.lonpac.com

Internet Form
(Borang Internet)

NOTICE OF CLAIM UNDER PERSONAL ACCIDENT POLICY NOTIS TUNTUTAN DIBAWAH POLISI KEMALANGAN PERIBADI

N.B. The issue of this Form is not an admission of liability by the Company.
This Form must be fully completed and returned to the Company.

N.B. Pengeluaran Borang ini bukan pengakuan liabiliti oleh Syarikat.
Borang ini mesti diisi penuh dan dikembalikan kepada Syarikat.

Phone No	:	
No. telefon	:	
Occupation	:	
Pekerjaan	:	
Name of Employer	:	
Nama Majikan	:	
Nature of business (if self-employed)	:	
Jenis perniagaan (jika perniagaan sendiri)	:	

Policy No. / No. Polisi : _____

Claim No. / No. Tuntutan : _____

DETAILS OF INSURED / BUTIR-BUTIR PEMEGANG POLISI

1. Name of Insured Nama Pemegang Polisi	:	<input type="text"/>
2. Address Alamat	:	<input type="text"/>

1. Name of Injured Person Nama Tercedera	:	<input type="text"/>	
2. Address Alamat	:	<input type="text"/>	
3. I.C. No. No. Kad Pengenalan	:	<input type="text"/>	
4. Age Umur	:	<input type="text"/>	Sex : <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Jantina: <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan
5. Occupation Pekerjaan	:	<input type="text"/>	
6. Date of Accident Tarikh Kemalangan	:	<input type="text"/>	Time: Masa: _____
7. Place of Accident Tempat Kemalangan	:	<input type="text"/>	
8. Describe in detail How the accident occurred Terangkan dengan jelas bagaimana kemalangan berlaku	:	<input type="text"/>	

<p>9. State what you were doing at the time of accident : _____ <i>Nyatakan apakah yang anda sedang lakukan pada masa kemalangan</i></p>	
<p>10. Describe in detail the injury suffered by you : _____ <i>Nyatakan dengan jelas kecederaan yang dialami oleh anda</i></p>	
<p>11. Name and Address of any Person who sent you to Hospital : _____ <i>Nama dan alamat sesiapa yang membawa anda ke Hospital</i></p>	
<p>12. Name and Address of any Person who witnessed the accident : _____ <i>Nama dan Alamat sesiapa yang menyaksikan kemalangan itu</i></p>	
<p>13. Nama and Address of Medical Practitioner who attended to you after the accident : _____ <i>Nama dan Alamat Pegawai Perubatan yang dijumpai selepas kemalangan</i></p>	
<p>14. Are you entitled to receive compensation from any other Insurers in respect of this Injury? If so, please state : _____ <i>Adakah anda layak menerima pampasan dari syarikat-syarikat insuran yang lain berkaitan dengan kecederaan ini? Jika ya, nyatakan:</i></p> <p>a) Name of Insurance Company : _____ <i>Nama Syarikat Insuran</i></p> <p>b) Amount you are insured for : _____ <i>Jumlah anda diinsuran</i></p>	

DECLARATION / PERAKUAN

I/We hereby declare the foregoing particulars to be true in every aspect and that no information has been suppressed.
Saya/Kami mengaku bahawa butir-butir diatas adalah benar dari semua segi dan tiada maklumat yang dilindungi.

Date: _____
 Tarikh:

 Signature of Claimant / *Tandatangan Penuntut*
 (Company chop where applicable)
 (*Chop Syarikat dimana perlu*)

MEDICAL CERTIFICATE SIJIL PERUBATAN

The Claimant must obtain at his own expense the following certificate from a registered Medical Practitioner. The Medical Practitioner is requested to complete in detail this Certificate.
Penuntut hendaklah mendapati sijil dibawah atas tanggungan sendiri daripada Pegawai Perubatan yang berdaftar. Pegawai Perubatan diminta mengisi dengan penuh Sijil ini.

<p>1. Name of Injured Person / <i>Nama Tercedera</i> I.C. No.: / <i>No. Kad Pengenalan:</i></p>	
<p>2. The date you first attended to the injured person in respect of the injuries sustained <i>Tarikh anda mula mengubati tercedera berkaitan dengan kecederaan yang dialami</i></p>	
<p>3. Are the injuries sustained consistent with the Accident as described on the previous pages of this form? <i>Adakah kecederaan ini serasi dengan kemalangan seperti diterangkan di muka sebelah?</i></p>	
<p>4. How long the claimant has been confined as a result of the accident above referred to <i>Tempoh penuntut adalah dihadkan akibat dari kemalangan yang dirujuk</i></p> <p>(a) To his bed / <i>Kepada katilnya</i> (b) To his house / <i>Kepada kediamannya</i></p>	<p>(a)</p> <p>(b)</p>
<p>5. Full particulars of injuries caused by the accident <i>Maklumat penuh kecederaan yang disebabkan oleh kemalangan</i></p>	
<p>6. Whether claimant is now or was at the time of the accident suffering from any physical defect or illness irrespective of his injuries. If so please state nature thereof. <i>Samada penuntut sekarang atau sebelum kemalangan mengalami sebarang kecederaan fizikal atau penyakit. Jika ya, terangkan.</i></p>	
<p>7. If still confined to bed or house, probable further period he will be so confined? <i>Jika masih dihadkan pada katil atau rumah, jangkamasa selanjutnya?</i></p>	
<p>8. (a) To what extent the Claimant has been or will be totally disabled from following his occupation as shown on the previous page of this form. <i>Setakat mana penuntut telahpun atau akan tidak berupaya penuh akibat daripada seperti diterangkan dimuka sebelah.</i></p> <p>(b) To what extent the Claimant has been or will be partially disabled from following his occupation as shown on the previous page of this form. <i>Setakat mana penuntut telahpun atau akan tidak berupaya separa akibat daripada seperti diterangkan dimuka sebelah.</i></p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>9. Whether the Claimant is now attending to his business or occupation in any way? <i>Samaada penuntut masih bekerja?</i></p>	

I hereby certify the foregoing statements are correct.
Saya dengan ini mengesahkan bahawa butir-butir diatas adalah benar.

SIGNATURE
 TANDATANGAN

ADDRESS
 ALAMAT

QUALIFICATIONS
 KELAYAKAN

DATED
 BERTARIKH