

MEDISCREEN SDN BHD CLAIM FORM

SECTION A : PATIENT INFORMATION / SEKSYEN A : BUTIR-BUTIR PESAKIT

| | | | |
|---|--|--|--|
| Patient's Name / : <i>Nama Pesakit</i> | Age / : <i>Umur</i> | Patient's NRIC / : <i>No kad pengenalan pesakit</i> | Policy No / : <i>No. polisi</i> |
| Claimant's Name / : <i>Nama Penuntut</i> | Age/: <i>umur</i> | Claimants's NRIC / : <i>No kad pengenalan penuntut</i> | Mobile Number / : <i>No telefon bimbit</i> |
| Address / : <i>Alamat</i> | | | |
| Date Join /: <i>Tarikh Mula</i> | Gender / : <i>Jantina</i> | Relationship/: <i>Hubungan</i> | |
| Date of Admission / : <i>Tarikh Kemasukan</i> | Date of Discharge / : <i>Tarikh discaj</i> | Hospital Name / : <i>Nama Hospital</i> | |
| Diagnosis / : <i>Diagnosis</i> | Total days of admission / : <i>Jumlah hari kemasukan</i> | Claim Type / : <i>Jenis tuntutan</i> | |

SECTION B : DECLARATION / SEKSYEN B : PERAKUAN

I do hereby authorize the release of medical information to Mediscreen Sdn. Bhd. for processing purposes. I do hereby undertake to settle in full all or any of the medical charges that might incur following this admission in the event that the hospitalization costs are not covered by the policy due to any reason whatsoever.

Saya dengan ini membenarkan pembebasan maklumat perubatan kepada Mediscreen Sdn. Bhd. untuk tujuan pemprosesan. Saya dengan ini berjanji untuk menyelesaikan kesemua atau apa jua caj perubatan yang mungkin dikenakan selepas kemasukan ini sekiranya kos masuk ke hospital tidak dilindungi oleh polisi kerana apa jua sebab.

Patient's Signature / Tandatangan Pesakit

Full Name / Nama penuh :

NRIC / No kad pengenalan :

Date / Tarikh :

Claimant's Signature / Tandatangan Pencarum

Full Name / Nama penuh :

NRIC / No kad pengenalan :

Date / Tarikh :

SECTION C : AUTHORIZATION FOR PAYMENT BY DIRECT CREDIT TO BANK ACCOUNT

- 1. I hereby authorize Mediscreen Sdn Bhd to credit all my / our payment to my / our bank account indicated below: / Saya dengan ini memberi kebenaran kepada Mediscreen Sdn Bhd untuk mengkreditkan ke semua bayaran tuntutan saya ke dalam akaun bank yang dinyatakan di bawah:**
- 2. I hereby declare that the information given is true and accurate to the best of my knowledge and record. / Saya dengan ini mengaku bahawa maklumat yang telah dinyatakan di bawah adalah benar dan tepat mengikut pengetahuan dan rekod saya.**
- 3. I shall indemnify Mediscreen Sdn Bhd for any loss arising from the reliance on the given information. / Saya akan menanggung rugi Mediscreen Sdn Bhd terhadap sebarang kerugian yang diakibatkan daripada maklumat yang diberi.**
- 4. In the event of any change in bank account, I shall notify Mediscreen Sdn Bhd in writing no later than 7 days after the change. / Jika terdapat sebarang perubahan terhadap akaun bank, saya akan memaklumkan Mediscreen Sdn Bhd secara bertulis dalam masa 7 hari selepas perubahan tersebut.**

Details of my / our bank account as follows / Maklumat akaun adalah seperti berikut :

| | | |
|--|--|--|
| Account Holder's Name / <i>Nama pemegang akaun</i> | Bank Account Number / <i>Nombor akaun bank</i> | Bank Name / <i>Nama Bank</i> |
|--|--|--|

For verification purposes, kindly attach a photocopy of the top portion of the bank statement / front page of the Saving Account Passbook / confirmation letter from bank and any other supporting document (s) to confirm and verify that the said account belong to you. / Bagi tujuan pengesahan, sila lampirkan salinan bahagian atas penyata bank / muka hadapan buku Akaun Simpanan / surat pengesahan daripada bank dan dokumen sokongan lain yang mengesahkan dan menentusahkan bahawa akaun tersebut adalah kepunyaan anda.

Authorized Signature / Tandatangan Pengesahan oleh Pencarum

Name / Nama :

Date / Tarikh :

SECTION D : BASIC DOCUMENTS REQUIRED FOR CLAIMS / SEKSYEN D : DOKUMEN-DOKUMEN YANG DIPERLUKAN UNTUK TUNTUTAN**Reimbursement / Bayaran Semula**

- **Completed claim form / Borang tuntutan yang lengkap**
- **Copy of identity card with certified true copy of BOTH husband and wife / Salinan kad pengenalan dengan pengesahan kedua-dua pasangan suami & isteri**
- **Copy of MAKSAK card with certified true copy of BOTH husband and wife / Salinan kad MAKSAK dengan pengesahan kedua-dua pasangan suami & isteri**
- **Official RECEIPT / RESIT rasmi**
- **Original medical bills / Bil-bil perubatan asal**
- **Original medical report / Laporan perubatan asal**
- **Itemized bill and breakdown bill / Bil terperinci dan bil pecahan**
- **Lab report / Laporan makmal**

Daily Cash Allowance / Elaun Tunai Harian

- **Completed claim form / Borang tuntutan yang lengkap**
- **Original discharge note or summary / Nota atau ringkasan discaj asal**
- **Copy of identity card with certified true copy / Salinan kad pengenalan dengan pengesahan**
- **Copy of MAKSAK card with certified true copy / Salinan kad MAKSAK dengan pengesahan**

Maternity Allowance / Elaun bersalin

- **Completed claim form / Borang tuntutan yang lengkap**
- **Copy of identity card with certified true copy / Salinan kad pengenalan dengan pengesahan**
- **Copy of MAKSAK card with certified true copy / Salinan kad MAKSAK dengan pengesahan**
- **Copy of birth certificate with certified true copy / Salinan sijil kelahiran dengan pengesahan**
- **Confirmation of delivery / Surat akuan bersalin**
- **Original discharge note or summary / Nota atau ringkasan discaj asal**

Funeral Expenses / Khairat Kematian

- **Completed claim form / Borang tuntutan yang lengkap**
- **Copy of identity card with certified true copy / Salinan kad pengenalan dengan pengesahan**
- **Copy of MAKSAK card with certified true copy / Salinan kad MAKSAK dengan pengesahan**
- **Copy of death certificate with certified true copy / Salinan sijil kematian dengan pengesahan**
- **Copy of nominee's identity card with certified true copy / Salinan kad pengenalan waris dengan pengesahan**
- **Original medical report / Laporan perubatan asal**
- **Copy of birth certificate atau marriage certificate with certified true copy / Salinan sijil kelahiran atau sijil nikah dengan pengesahan**

REMINDER

1. **Please be reminded that incomplete documents will lead to delay of processing claims and payment / Adalah diingatkan bahawa dokumen-dokumen yang tidak lengkap akan melambatkan proses tuntutan dan pembayaran.**
2. **MATERNITY and REIMBRUSEMENT claims must be submitted within 3 MONTHS after the date of discharge / Tuntutan bersalin mesti dikemukakan dalam tempoh 3 BULAN selepas tarikh keluar**
3. **DAILY CASH ALLOWANCE must be submitted within 3 MONTHS after discharge (only applicable for government hospital) / ELAUN TUNAI HARIAN mesti dihantar dalam masa 3 BULAN selepas keluar (hanya dibenarkan untuk hospital kerajaan)**