


 Claim No
 No. Tuntutan

TRAVEL CLAIM NOTIFICATION FORM
 BORANG PEMBERITAHUAN TUNTUTAN PERJALANAN

- INSTRUCTIONS**
ARAHAN
- a) Please answer all questions completely. Incomplete answers may cause delay in processing.
 b) Incomplete Claim Notification Form will be returned and not be processed. The acceptance of this form is not in itself an admission of liability on the part of AIG General Insurance.
- (a) Sila jawab semua soalan dengan lengkap. Jawapan yang tidak lengkap mungkin melambatkan proses tuntutan.
 (b) Borang Tuntutan yang tidak lengkap akan dipulangkan dan tidak akan diproses. Penerimaan borang ini bukanlah pengakuan liabiliti dari pihak AIG General Insurance.

POLICY HOLDER / INSURED PERSON INFORMATION
 MAKLUMAT PEMEGANG POLISI/ORANG YANG DIINSURANSKAN

Product Name and Plan
 Nama Produk & Pelan

Certificate/Policy No.
 No. Sijil / Polisi

Policy Holder's / Insured's Full Name
 (as per Identification Card/ Certificate of Incorporation)
 Nama Penuh Pemegang Polisi / Orang Yang Diinsuranskan (seperti dalam Kad Pengenalan / Sijil Syarikat)

NRIC No. / Passport No.
 No. KP / No. Pasport

Contact No.
 No. Telefon

Occupation
 Pekerjaan

E-Mail Address
 Alamat E-mel

Master Policy No.
 No. Polisi Induk

Mr. Encik Mrs. Puan Miss Cik

CLAIMANT INFORMATION (complete if different from Policy Holder / Insured)
 MAKLUMAT PIHAK MENUNTUT (lengkapkan jika berlainan daripada Pemegang Polisi/Orang Yang Diinsuranskan)

Claimant's Full Name
 (as per Identification Card)
 Nama Penuh Pihak Menuntut (seperti dalam Kad Pengenalan)

NRIC No. / Passport No.
 No. KP/No. Pasport

Contact No.
 No. Telefon

E-Mail Address
 Alamat E-mel

Occupation
 Pekerjaan

Relation to Policy Holder
 Hubungan dengan Pemegang Polisi

Mr. Encik Mrs. Puan Miss Cik

Marital Status
 Taraf Perkahwinan Single / Bujang Married / Berkahwin

PREFERRED MAILING ADDRESS
 ALAMAT SURAT-MENYURAT PILIHAN

Preferred Mailing Address
 Alamat Surat-menyurat Pilihan

TO BE COMPLETED BY AGENT/BROKER (if applicable)
 DILENGKAPKAN OLEH EJEN /BROKER (jika berkenaan)

Producer Code
 Kod Pengeluar

Contact Person
 Nama Pegawai Bertugas

Email Address
 Alamat Email

Telephone Number
 Nombor Telefon

Mailing Address
 Alamat Surat Menyurat

Branch
 Cawangan



FLIGHT DETAILS
BUTIR-BUTIR PENERBANGAN

Flight Details (as shown on Air Ticket) / Butir-butir penerbangan (seperti yang ditunjukkan pada Tiket Penerbangan)

Date and Time of Departure from Malaysia
Tarikh dan Masa Berlepas dari Malaysia

- -
 Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

:
 Hour / Jam Minute / Minit

AM PM
 PG PTG

Date and Time of Arrival in Malaysia
Tarikh dan Masa Tiba di Malaysia

- -
 Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

:
 Hour / Jam Minute / Minit

AM PM
 PG PTG

ACCIDENT RELATED CLAIMS ONLY

(a) Date and Time of Accident
Tarikh dan Masa Kemalangan

- -
 Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

:
 Hour / Jam Minute / Minit

AM PM
 PG PTG

(b) Where and how did the accident occur?
Di mana dan bagaimana kemalangan berlaku?

Empty text box for accident details.

(c) Injuries sustained.
Kecederaan yang di alami.

Empty text box for injuries sustained.

(d) Please furnish the details of any hospitalization in connection with this injury / Sila berikan butir-butir kemasukan hospital yang berkaitan dengan kecederaan ini

Name of Hospital Nama Hospital	Admission Date (DD-MM-YYYY) Tarikh Masuk (HH-BB-TTTT)	Date Discharge (DD-MM-YYY) Tarikh Keluar (HH-BB-TTTT)	Admission No No. Kemasukan	Type of Ward Jenis Wad

(e) Provide information on your 1st consultation./ Berikan maklumat tentang rundingan pertama anda

Date of 1st Consultation.
Tarikh rundingan pertama

- -
 Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

Doctor Consulted
Doktor yang dijumpa

Empty text box for doctor consulted.

Doctor's Address
Alamat Doktor

Empty text box for doctor's address.

Doctor's Contact Number
Nombor Telefon Doktor

-

Doctor's File Ref No (if applicable)
(No. Rujukan Fail Doktor(jika berkenaan))

Empty text box for doctor's file ref no.

ILLNESS RELATED CLAIM ONLY

Claim Description (fill in items that apply)
Huraian Tuntutan (isikan butiran yang berkenaan)

(a) Give a brief description of the illness suffered / Berikan huraian ringkas tentang keadaan anda.

Empty text box for claim description.

(b) Answer the questions pertaining to your condition stated above./ Jawab soalan-soalan berkenaan dengan keadaan anda yang dinyatakan di atas

i) Are there any distinct symptoms which are or were evident for this condition? If yes, please advise date of your 1st consultation. / Adakah tanda-tanda nyata yang wujud atau pernah wujud untuk keadaan ini? Jika ya, nyatakan tarikh rundingan pertama anda.

- -
 Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

ii) Have you been recommended to receive treatment, advice or diagnosis for this condition? If yes, please advise date of your 1st consultation. / Pernahkah anda dicadangkan untuk menerima rawatan, nasihat atau diagnosis untuk keadaan ini? Jika ya, sila nyatakan tarikh rundingan pertama anda.

- -
 Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

iii) Have you received treatment, advice or diagnosis for this condition? If yes, please advise date of your 1st consultation. / Pernahkah anda menerima rawatan, nasihat atau diagnosis untuk keadaan ini? Jika ya, sila nyatakan tarikh rundingan pertama anda.

- -
 Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

(c) Provide the date of onset of symptoms described above./ Berikan tarikh bermulanya tanda-tanda yang diuraikan di atas

- -
 Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

(d) Provide information on your 1st consultation./ Berikan maklumat tentang rundingan pertama anda

Date of 1st Consultation.
Tarikh rundingan pertama

- -
 Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

Doctor Consulted
Doktor yang dijumpa

Empty text box for doctor consulted.

Doctor's Address
Alamat Doktor

Empty text box for doctor's address.

Doctor's Contact Number
Nombor Telefon Doktor

-

Doctor's File Ref No (if applicable)
(No. Rujukan Fail Doktor(jika berkenaan))

Empty text box for doctor's file ref no.



(e) Provide information of your regular doctor. / Berikan maklumat tentang doktor biasa anda

Family Doctor
Doktor Keluarga

--

Family Doctor's Address
Alamat Doktor Keluarga

--

Family Doctor's Contact Number
Nombor Telefon Doktor Keluarga

[]	[]	-	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
-----	-----	---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

(f) Please furnish the details of any hospitalization in connection with this illness / Sila berikan butir-butir kemasukan hospital yang berkaitan dengan penyakit ini

Name of Hospital <i>Nama Hospital</i>	Admission Date (DD-MM-YYYY) <i>Tarikh Masuk (HH-BB-TTTT)</i>	Date Discharge (DD-MM-YYYY) <i>Tarikh Keluar (HH-BB-TTTT)</i>	Admission No <i>No. Kemasukan</i>	Type of Ward <i>Jenis Wad</i>

(g) Have any of your family members suffered from this similar or related illness? / Pernahkah mana-mana ahli keluarga anda menghidap penyakit yang serupa atau yang berkaitan dengan penyakit ini?

Relationship of Family Member <i>Hubungan dengan Ahli Keluarga</i>	Nature of Illness <i>Jenis Penyakit</i>	Date Diagnosed (DD-MM-YYYY) <i>Tarikh Diagnosis (HH-BB-TTTT)</i>	If Deceased, Date (DD-MM-YYYY) <i>Jika Telah Meninggal Dunia, Tarikh (HH-BB-TTTT)</i>	Age <i>Umur</i>

(h) Are there any other illness/complaints suffered by you prior to this event? If yes, please provide details. / Adakah penyakit/sakit lain yang anda deritai sebelum kejadian ini? Jika ya, sila berikan butir-butir.

--

TRIP CANCELLATION / CURTAILMENT / POSTPONEMENT

PEMBATALAN / PEMENDEKAN / PENANGGUHAN PERJALANAN

Please tick the appropriate box
Sila tanda petak yang berkenaan

- Travel Cancellation / Pembatalan Perjalanan
 Travel Curtailment / Pemendekan Perjalanan
 Travel Postponement / Penangguhan Perjalanan

Travel Booking Date
Tarikh Penempahan Perjalanan

[]	[]	-	[]	[]	-	[]	[]	[]	[]
<i>Day / Hari</i>	<i>Month / Bulan</i>		<i>Year / Tahun</i>						

Date of event that resulted in the cancellation / curtailment / postponement
Tarikh kejadian yang menyebabkan pembatalan / pemendekan / penangguhan

[]	[]	-	[]	[]	-	[]	[]	[]	[]
<i>Day/Hari</i>	<i>Month / Bulan</i>		<i>Year / Tahun</i>						

Reason for Travel Cancellation/Curtailment/Postponement
Sebab Pembatalan / Pemendekan / Penangguhan Perjalanan

--

Amount Paid
Amaun Dibayar

RM	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Amount compensated by other parties
Amaun pampasan yang dibayar oleh pihak-pihak lain

RM	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

If travel cancellation is due to death, serious injury or sickness of the insured's immediate family member / business partner / travel companion, please state their:
Jika pembatalan perjalanan adalah disebabkan oleh kematian, kecederaan atau penyakit serius yang dialami oleh ahli keluarga terdekat / rakan perniagaan / rakan perjalanan, sila nyatakan maklumat berikut.

Full Name (as per Identification Card)
Nama penuh Orang Yang Sakit/Tercedera/Meninggal (seperti dalam Kad Pengenalan)

--

Relationship to Policy Holder / Insured
Hubungan dengan Pemegang Polisi/Orang Yang Diinsuranskan

--

TRAVEL DELAY/MISCONNECTION / OVERBOOKED / REROUTE

KELEWATAN / KETINGGALAN / PENGALIHAN TUJUAN / TERLEBIH TEMPAHAN PENERBANGAN

Please tick the appropriate box
Sila tanda petak yang berkenaan

- Travel Delay / Penangguhan Penerbangan
 Flight Misconnection / Ketinggalan Penerbangan
 Travel Reroute / Pengalihan Penerbangan
 Travel Overbooked / Terlebih Tempahan Penerbangan

Actual Flight Details (for Travel Delay / Overbook) / Butir-butir Penerbangan Sebenar (untuk Penangguhan Penerbangan / Terlebih Tempahan Penerbangan)

Flight No. <i>No. Penerbangan</i>	Airport of Departure <i>Lapangan Terbang Perlepasan</i>	Original Scheduled Departure / Perlepasan Asal Yang Dijadualkan		Actual Departure / Perlepasan Sebenar	
		Date (DD-MM-YYYY) <i>Tarikh (HH-BB-TTTT)</i>	Time (HH-MM am/pm) <i>Masa (HH-MM PG/PTG)</i>	Date (DD-MM-YYYY) <i>Tarikh (HH-BB-TTTT)</i>	Time (HH-MM am/pm) <i>Masa (HH-MM PG/PTG)</i>

NOTE: If the space provided is insufficient for your answer, please continue on a separate sheet. / NOTA: Jika ruang yang disediakan tidak mencukupi untuk jawapan anda, sila sambung pada kertas yang berasingan

Actual Flight Details (for Flight Misconnection) / Butir-butir Penerbangan Sebenar (untuk Ketinggalan Penerbangan)

Flight No. <i>No. Penerbangan</i>	Actual Arrival of Incoming Flight <i>Ketibaan Sebenar bagi Penerbangan Masuk</i>		Original Scheduled Departure of Connecting Flight <i>Perlepasan Asal Yang Dijadualkan Penerbangan Penyambungan</i>		Actual Departure of Connecting Flight <i>Perlepasan Sebenar bagi Penerbangan Penyambungan</i>	
	Date (DD-MM-YYYY) <i>Tarikh (HH-BB-TTTT)</i>	Time (HH-MM am/pm) <i>Masa (HH-MM PG/PTG)</i>	Date (DD-MM-YYYY) <i>Tarikh (HH-BB-TTTT)</i>	Time (HH-MM am/pm) <i>Masa (HH-MM PG/PTG)</i>	Date (DD-MM-YYYY) <i>Tarikh (HH-BB-TTTT)</i>	Time (HH-MM am/pm) <i>Masa (HH-MM PG/PTG)</i>

NOTE: If the space provided is insufficient for your answer, please continue on a separate sheet. / NOTA: Jika ruang yang disediakan tidak mencukupi untuk jawapan anda, sila sambung pada kertas yang berasingan


BAGGAGE DELAY / DAMAGE / LOSS OF PERSONAL EFFECTS, TRAVEL DOCUMENTS AND MONEY

PENANGGUHAN / KEROSAKAN / KEHILANGAN BAGASI, KEHILANGAN DOKUMEN PERJALANAN, DAN WANG PERIBADI

Date and Time of Incident / Tarikh dan Masa Kejadian

□□	-	□□	-	□□□□	:	□□	:	□□
Day / Hari		Month / Bulan		Year / Tahun		Hour / Jam		Minute / Minit

Place of Incident / Tempat Kejadian

Description of Incident / Huraian Kejadian

Type of Baggage Claim (fill in items that apply) / Jenis Tuntutan Bagasi (isikan butiran yang berkenaan.)

For Delay of Baggage / Untuk Penangguhan Bagasi

Flight No. No. Penerbangan	Arrival / Ketibaan		Receipt of Luggage / Penerimaan Bagasi	
	Date (DD-MM-YYYY) Tarikh (HH-BB-TTTT)	Time (HH-MM am/pm) Masa (HH-MM PG/PTG)	Date (DD-MM-YYYY) Tarikh (HH-BB-TTTT)	Time (HH-MM am/pm) Masa (HH-MM PG/PTG)

NOTE: If the space provided is insufficient for your answer, please continue on a separate sheet. / NOTA: Jika ruang yang disediakan tidak mencukupi untuk jawapan anda, sila sambung pada kertas yang berasingan

For Baggage Damage / Loss of Personal Effects / Travel Documents / Money

Untuk Kerosakan / Kehilangan Bagasi / Dokumen Perjalanan / Kehilangan Wang Peribadi

Police Station / Airline Reported To

Balai Polis / Syarikat Penerbangan di mana laporan telah dibuat

Date of Report To Police/Airline

Tarikh Laporan kepada Polis / Syarikat Penerbangan

□□	-	□□	-	□□□□
Day / Hari		Month / Bulan		Year / Tahun

Description of items damaged / lost

Huraian barangan rosak / hilang

No. No	Items Item- Item	Place and Date of Purchase Tempat dan Tarikh Dibeli	Original Price Harga Asal

NOTE: If the space provided is insufficient for your answer, please continue on a separate sheet. / NOTA: Jika ruang yang disediakan tidak mencukupi untuk jawapan anda, sila sambung pada kertas yang berasingan

 Amount compensated by a third party / common carrier company responsible for the loss
 Jumlah pampasan yang diberikan pihak ketiga / syarikat pengangkutan awan yang bertanggung jawab atas kehilangan.

 RM

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Details of Other Insurance Policies (SOCISO, Workmen's Compensation, and others) / Butir-butir Polisi Insurans Lain (SOCISO, Pampasan Pekerja, dan lain-lain)

Insurer Penanggung Insurans	Policy Number Nombor Polisi	Type of Benefit Jenis Manfaat	Have you filed a claim? Pernahkah anda membuat tuntutan?

NOTE: If the space provided is insufficient for your answer, please continue on a separate sheet. / NOTA: Jika ruang yang disediakan tidak mencukupi untuk jawapan anda, sila sambung pada kertas yang berasingan

DECLARATION AND AUTHORIZATION / PENGAKUAN DAN PEMBERIKUASAAN

I/We do solemnly declare that the forgoing particulars are true and correct in every detail. I agree that if I have made, or, in any further declaration in respect of the said claim, if I shall make any false or fraudulent statements or suppress, omit to disclose, or falsely state any material fact whatsoever, this claim shall be voided and all rights of recovery in connection with this claim shall be forfeited. / Saya/Kami dengan sungguh-sungguhnya mengakui bahawa setiap butir-butir yang diberikan disini adalah benar dan betul. Saya bersetuju bahawa jika saya telah membuat, atau, dalam apa-apa pengakuan selanjutnya berkenaan dengan tuntutan sedemikian, membuat apa-apa pernyataan palsu atau penipuan atau menyekat, tidak mendedahkan, atau menyatakan walau apapun fakta materail dengan palsu, tuntutan ini adalah terbatal dan segala hak berkaitan dengan tuntutan ini akan dilucutkan.

I hereby authorize any physician, medical practitioner, hospital or clinic by whom or where I/my ward has been observed or treated, to give full particulars about I/my ward's health including I/my ward's whole medical history in respect of this hospitalization/surgery to AIG General Insurance. / Saya dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana pakar perubatan, pengamal perubatan, hospital atau klinik yang telah memperhatikan atau merawat saya/anak jagaan saya, untuk memberikan butiran penuh tentang kesihatan saya / anak jagaan saya termasuk sejarah perubatan penuh saya/anak jagaan saya berkenaan dengan penginapan hospital/pembedahan ini kepada AIG General Insurance.

Signature of Claimant

Tandatangan Pihak Memuntut

 Signature of Policy Holder / Insured and Company's
 Rubber Stamp

Tandatangan Pemegang Polisi / Orang Yang Diinsuranskan dan Chop Syarikat

Date Signed

Tarikh Tandatangan

□□	-	□□	-	□□□□
Day / hari		Month / Bulan		Year / Tahun

For all intents and purposes where there is a conflict or ambiguity as to the meaning in the English provisions or the Bahasa Malaysia provisions, it is hereby agreed that the English version will prevail.
 Di mana terdapat konflik atau keaburan berkenaan makna dalam peruntukan Bahasa Inggeris atau peruntukan Bahasa Malaysia, adalah dipersetujui bahawa versi Bahasa Inggeris akan mengatasi dan diikuti.

