


**iLady Claim Form (by Claimant) / iLady Borang Tuntutan (oleh Penuntut)**
**Important Note / Nota Penting:**

This form is to be completed by the claimant. Please do not sign on a blank form and where applicable, please use the same signature as in the policy's record. / *Borang ini perlu dilengkapkan oleh penuntut. Jangan menandatangani borang kosong dan jika berkenaan, sila gunakan tandatangan yang sama seperti dalam rekod polisi.*

**1. Life Assured's Details / Butiran Hayat yang Dilindungi**

|                                                                                                                                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Policy Number<br><i>Nombor Polisi</i>                                                                                            |  |
| Full Name of Life Assured<br><i>Nama Penuh Hayat yang Dilindungi</i>                                                             |  |
| NRIC Number<br><i>Nombor Kad Pengenalan</i>                                                                                      |  |
| Correspondence Address<br><i>Alamat Surat Menyurat Terkini</i>                                                                   |  |
| Telephone Number<br><i>Nombor Telefon</i>                                                                                        |  |
| Occupation<br><i>Pekerjaan</i>                                                                                                   |  |
| Name and Address of Employer<br><i>Nama dan Alamat Majikan</i>                                                                   |  |
| How long have Life Assured been in this occupation? / <i>Berapa lamakah orang yang diinsuranskan berada dalam pekerjaan ini?</i> |  |

**2. Type of Claim / Jenis Tuntutan**

|                                         |                                         |                                                |                                                                        |                                    |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Female Illness | <input type="checkbox"/> Female Medical | <input type="checkbox"/> Female Reconstructive | <input type="checkbox"/> Female Support - Outpatient Psychiatric Visit | <input type="checkbox"/> Pregnancy |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

**3. About Current Claim / Tuntutan Terkini**

|                                                                                                                                                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nature of illness / symptom<br><i>Jenis penyakit / simptom</i>                                                                                                                        |  |
| For how long have you been having the symptoms prior to first consulting a doctor? / <i>Berapa lamakah anda telah menghidapi gejala-gejala sebelum pertama kali menjumpai doktor?</i> |  |
| When did you first consult a doctor for the symptoms? / <i>Bilakah anda berjumpa doktor buat pertama kali mengenai tanda-tanda penyakit anda?</i>                                     |  |
| When was the diagnosis first made known to you? <i>Bilakah anda diberitahu mengenai diagnosis anda?</i>                                                                               |  |
| Provide the name and address of the doctor who made the diagnosis. / <i>Berikan nama dan alamat doktor yang telah membuat diagnosis tersebut.</i>                                     |  |
| What is the diagnosis?<br><i>Apakah keputusan diagnosis?</i>                                                                                                                          |  |
| Date of Admission, if any (in dd/mm/yyyy).<br><i>Tarikh Kemasukan Hospital, jika ada (dalam hh/bb/tttt).</i>                                                                          |  |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                       |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Name and address of all doctors who treated the Life Assured for this condition.<br><i>Nama dan alamat semua doktor yang merawat Hayat yang Diasuranskan untuk keadaan ini.</i>                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                       |                          |
| Date of Consultation<br><i>Tarikh Rawatan</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Date of Admission & Date of Discharge (if any)<br><i>Tarikh Kemasukan &amp; Tarikh Discaj (jika ada)</i> | Name of Doctor<br><i>Nama Doktor</i>                                                                                                                                                                                  | Address<br><i>Alamat</i> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                       |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                       |                          |
| What tests or investigations were done to confirm the diagnosis? Please provide certified true copies of all investigation results.<br><i>Apakah ujian atau penyiasatan yang telah dibuat untuk mengesahkan diagnosis itu? Sila sertakan salinan-salinan hasil siasatan yan disahkan.</i>                                                                                                                                      |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                       |                          |
| What treatments are you undergoing currently?<br><i>Apakah rawatan yang anda terima sekarang?</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                       |                          |
| Are you currently confined to:<br><i>Adakah anda kini terlantar di:</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                          | Please tick if appropriate / <i>Sila tandakan jika sesuai</i><br><input type="checkbox"/> Bed / <i>Katil</i> <input type="checkbox"/> House / <i>Rumah</i><br><br><input type="checkbox"/> Hospital / <i>Hospital</i> |                          |
| Name(s) of all medical practitioner(s) and clinic(s)/hospital(s) which the Life Assured has, sought or received medical treatment, advice, consultation and/or medical check-up within the previous five (5) years.<br><i>Nama semua doktor dan klinik/hospital dimana Hayat Yang Diasuranskan pernah dapatkan atau terima sebarang rawatan, nasihat, rundingan dan/atau pemeriksaan perubatan dalam lima (5) tahun lepas.</i> |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                       |                          |
| Date of Consultation / Treatment etc<br><i>Tarikh rundingan / rawatan dll</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Name of Doctor<br><i>Nama Doktor</i>                                                                     | Name, Address and Telephone No. of Clinic / Hospital<br><i>Nama, Alamat dan No Telefon Klinik / Hospital</i>                                                                                                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                       |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                       |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                       |                          |

**4. If claim is due to accident, please complete the following**
***Sekiranya tuntutan disebabkan oleh kemalangan, sila lengkapkan yang berikut***

|                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date and time of accident<br><i>Tarikh dan Masa Kemalangan</i>     | DD      MM      YYYY at      am/pm<br>____ HH ____ BB ____ TTTT pada ____ pagi/ptg                                                                                                                                                                                                        |
| Place of accident<br><i>Tempat kejadian kemalangan</i>             | <input type="checkbox"/> House/ <i>Rumah</i> <input type="checkbox"/> Workplace/ <i>Tempat Kerja</i><br><input type="checkbox"/> Road/Others, please specify & state the address :<br><i>Jalan raya/ Lain-lain, sila jelaskan &amp; nyatakan alamat :</i>                                 |
| How did it occur?<br><i>Bagaimana kemalangan tersebut berlaku?</i> | <input type="checkbox"/> Fall/ <i>Jatuh</i> <input type="checkbox"/> Industrial Accident/ <i>Kemalangan Industri</i><br><input type="checkbox"/> Road Traffic Accident/ <i>Kemalangan Jalan Raya</i><br><input type="checkbox"/> Others, please specify/ <i>Lain-lain, sila jelaskan:</i> |
| Nature of injury<br><i>Jenis kecederaan</i>                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |


**5. Other Insurance Coverage / Lain-lain Perlindungan Insurans**

| Name of Insurance Company<br><i>Nama Syarikat Insurans</i> | Policy No.<br><i>No. Polisi</i> | Policy Date<br><i>Tarikh Polisi</i> | Sum Assured (RM)<br><i>Jumlah Diinsuranskan (RM)</i> | Claim Status<br><i>Status Tuntutan</i> |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------|
|                                                            |                                 |                                     |                                                      |                                        |
|                                                            |                                 |                                     |                                                      |                                        |
|                                                            |                                 |                                     |                                                      |                                        |
|                                                            |                                 |                                     |                                                      |                                        |

**6. Information of Policy Owner/Assignee / Maklumat Pemegang Polisi/Pemegang Serah Hak**

|                                                                                                                                           |                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name of Policy Owner/Assignee<br><i>Nama Pemegang Polisi/Pemegang Serah Hak</i>                                                           |                                                                                                     |
| NRIC Number/ Passport Number/<br>Company Registration Number<br><i>Nombor Kad Pengenalan/ Nombor Pasport/ Nombor Pendaftaran Syarikat</i> |                                                                                                     |
| Bank Name<br><i>Nama Bank</i>                                                                                                             |                                                                                                     |
| Bank Account Number<br><i>Nombor Bank Akaun</i>                                                                                           |                                                                                                     |
| Type of Bank Account<br><i>Jenis Akaun Bank</i>                                                                                           | <input type="checkbox"/> Savings / <i>Simpanan</i> <input type="checkbox"/> Current / <i>Semasa</i> |

**7. Declaration & Authorization / Pengisytiharan & Kebenaran**

1. I understand and agree that the information I supply will be collected, used and processed by TMLM, its agents and its authorised parties (within or outside of Malaysia) for the purposes of processing this application and to facilitate TMLM's function as an insurance company. I understand that I have a right to obtain access to and to request correction of my personal information held by TMLM by contacting TMLM's Customer Service Representatives. / *Saya memahami dan bersetuju bahawa maklumat yang saya berikan akan dikumpulkan, digunakan dan diproses oleh TMLM, agennya dan pihak-pihak yang diberi kuasa (di dalam atau di luar Malaysia) untuk tujuan memproses permohonan ini dan memudahkan fungsi TMLM sebagai syarikat insurans. Saya faham bahawa saya mempunyai hak untuk mendapatkan akses kepada dan meminta pembetulan maklumat peribadi saya yang dipegang oleh TMLM dengan menghubungi Wakil Perkhidmatan Pelanggan TMLM.*

2. I understand that it is mandatory for me to provide my/the Life Assured's personal data to TMLM for the purposes of claim evaluation. Any failure to supply my/the Life Assured's personal data as requested by TMLM may result in TMLM being unable to evaluate the claim and the claim being denied. / *Saya faham bahawa saya adalah kewajipan untuk memberikan data peribadi saya / Life Assured kepada TMLM untuk tujuan penilaian tuntutan. Sebarang kegagalan untuk membekalkan data peribadi saya/ Hayat yang Dilindungi seperti yang diminta oleh TMLM yang boleh mengakibatkan TMLM tidak dapat menilai tuntutan dan tuntutan akan ditolak.*

3. Where I have provided personal data relating to other individuals, I confirm that I have obtained their consent to provide the personal data to TMLM and I have informed them of TMLM's Privacy and Data Protection Policy ("the Policy") and they have confirmed that they have understood, agreed and authorised TMLM to process, use, disclose, and transfer the personal data in accordance with the Policy. / *Di mana saya telah memberikan data peribadi yang berkaitan dengan individu lain, saya mengesahkan bahawa saya telah memperoleh persetujuan mereka untuk memberikan data peribadi kepada TMLM dan saya telah memaklumkan kepada mereka mengenai Dasar Privasi dan Perlindungan Data TMLM ("Polisi") dan mereka telah mengesahkan bahawa mereka telah memahami, bersetuju dan diberi kuasa kepada TMLM untuk memproses, menggunakan, mendedahkan, dan memindahkan data peribadi mengikut Polisi.*

4. I understand that I can visit TMLM's Corporate Website (<https://www.tokiomarine.com/my/en/about-us/corporate-policies/privacy-policy.html>) for a full copy of the Policy. / *Sila layari Laman Web Korporat TMLM (<https://www.tokiomarine.com/my/en/about-us/corporate-policies/privacy-policy.html>) untuk mendapatkan salinan penuh Polisi ini.*



5. I declare that the information given in this form is true, complete and accurate. I agree that TMLM is at liberty to deny liability or recover any amounts paid, if any part of the information is untrue, incomplete or inaccurate. I understand that TMLM's acceptance of this form is not an admission of TMLM's liability of my claim. / *Saya mengaku bahawa maklumat yang diberikan dalam borang ini adalah benar, lengkap dan tepat. Saya bersetuju bahawa TMLM berhak untuk menolak liabiliti atau memulihkan apa-apa amaun yang dibayar, jika mana-mana bahagian maklumat itu tidak benar, tidak lengkap atau tidak tepat. Saya faham bahawa penerimaan TMLM borang ini bukanlah pengakuan tanggungan TMLM kepada tuntutan saya.*

6. I am the holder of the bank account specified above ("Account") and that the details thereof are correct, true and complete. I hereby request and authorise the Company to credit any moneys that are due under the Policy directly into this Account and I accept full responsibility for all transactions arising from the use of this Direct Credit payment facility. I shall immediately refund to the Company in full any moneys paid into this Account which I am not entitled to receive. I hereby agree to keep the Company indemnified against any claims, loss, damage and/or expenses which the Company may suffer or incur as a result of the Company acting on my instruction. I understand that any payment into the Account shall be a valid discharge of the Company's liability under the Policy. / *Saya adalah pemegang akaun bank yang dinyatakan di atas ("Akaun") dan bahawa butirannya adalah betul, benar dan lengkap. Saya dengan ini meminta dan memberi kuasa kepada Syarikat untuk mengkredit mana-mana wang yang kena dibayar di bawah Polisi terus ke Akaun ini dan saya menerima tanggungjawab penuh untuk semua transaksi yang timbul daripada penggunaan kemudahan pembayaran Langsung Kredit ini. Saya akan segera membayar balik kepada Syarikat secara penuh apa-apa wang yang dibayar ke dalam Akaun ini yang saya tidak berhak untuk menerima. Saya dengan ini bersetuju untuk melindungi Syarikat daripada apa-apa tuntutan, kerugian, kerosakan dan/atau perbelanjaan yang Syarikat mungkin mengalami atau menanggung akibat Syarikat yang bertindak atas arahan saya. Saya faham bahawa apa-apa pembayaran ke dalam Akaun adalah pelepasan liabiliti Syarikat yang sah di bawah Polisi ini.*

7. I authorise any institution or individual that has any records or knowledge of my/the Life Assured's health, medical history, claim history, and any relevant information to disclose such information to TMLM or its representatives. I expressly waive (and on behalf of the Life Assured), all provisions of law forbidding any physician from disclosing any information acquired while attending to me/the Life Assured. This authorization shall irrevocably bind my successors and assigns and remain valid regardless of my death or incapacity and a copy of this authorization shall be as effective and valid as the original. / *Saya memberi kuasa kepada mana-mana institusi atau individu yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang kesihatan saya / Hayat yang Dilindungi, sejarah perubatan, sejarah tuntutan, dan sebarang maklumat yang relevan untuk mendedahkan maklumat tersebut kepada TMLM atau wakilnya. Saya dengan jelas mengetepikan (dan bagi pihak Hayat yang Dilindungi), semua peruntukan undang-undang yang melarang mana-mana doktor daripada mendedahkan apa-apa maklumat yang diperolehi semasa menghadiri saya / Hayat yang Dilindungi. Kebenaran ini akan secara tidak boleh dibatal oleh waris dan penerima seran hak dan akan tetap sah tanpa mengira kematian atau ketidakupayaan saya dan salinan kebenaran ini adalah berkuatkuasa dan sah seperti yang asal.*

8. I agree to disclose and allow the transfer of my personal and contact information including nationality, tax status or tax residencies ("Relevant Information") kept with TMLM to any local and foreign regulatory or self-regulatory persons in any jurisdiction, or foreign government authorities ("Relevant Authorities") that TMLM is obliged to comply with or choose to comply in its absolute discretion or to meet the requirements of the laws, regulations, guidelines or terms of an agreement with such Relevant Authorities that is in force or may be declared to be in force and as amended from time to time ("Relevant Requirements"). I also agree to cooperate with TMLM to provide any information or documents as may be requested by TMLM from time to time that is required for disclosure by TMLM to any Relevant Authorities. I undertake that I must promptly update TMLM of any changes to the Relevant Information stated in this application. / *Saya bersetuju bagi mendedahkan dan membenarkan pemindahan maklumat peribadi dan butir-butir perhubungan termasuk kewarganegaraan, status cukai atau cukai bagi pemastautin ("Maklumat Berkaitan") yang disimpan oleh pihak Syarikat kepada mana-mana badan kawal selia tempatan dan asing atau individu dalam mana-mana bidang kuasa, atau pihak berkuasa kerajaan asing ("Pihak Berkuasa yang Berkenaan") di mana pihak Syarikat perlu mematuhi atau memilih bagi mematuhi di dalam budi bicara sepenuhnya atau bagi memenuhi keperluan undang-undang, peraturan, garis panduan atau terma-terma perjanjian dengan Pihak Berkuasa yang Berkenaan yang masih berkuatkuasa atau boleh diisytiharkan berkuatkuasa dan sepertimana dipinda dari semasa ke semasa ("Keperluan Berkaitan"). Saya juga bersetuju untuk berkerjasama dengan pihak Syarikat bagi menyediakan sebarang maklumat atau dokumen-dokumen sepertimana diminta oleh pihak Syarikat dari semasa ke semasa yang diperlukan untuk pendedahan oleh pihak Syarikat kepada Pihak Berkuasa. Saya berjanji bahawa saya akan dengan segera mengemaskinikan sebarang perubahan terhadap Maklumat Berkaitan yang tertera di dalam permohonan ini dengan pihak Syarikat.*



|                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <hr/> <p>Signature of Life Assured /<br/><i>Tandatangan Hayat yang Dilindungi</i></p> <p>Full Name / <i>Nama Penuh</i>:</p> <p>NRIC No. / <i>No. Kad Pengenalan</i>:</p> <p>Date / <i>Tarikh</i>:</p> | <hr/> <p>Signature of Policy Owner/ Assisgnee<br/><i>Tandatangan Pemegang Polisi/ Pemegang Serah Hak</i></p> <p>Full Name / <i>Nama Penuh</i>:</p> <p>NRIC No./ Passport Number/<br/>Company Registration Number<br/><i>Nombor Kad Pengenalan/<br/>Nombor Pasport/ Nombor<br/>Pendaftaran Syarikat</i></p> <p>Date / <i>Tarikh</i>:</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|


**8. Documents To Be Submitted With This Claim Form/ Dokumen-Dokumen Yang Diperlukan Untuk Penyerahan Borang Tuntutan**
**Note**

i. Photocopy of documents **MUST** be duly certified by authorised parties, i.e. Claims Officer or Customer Service Officer or Public Notary or Advocate & Solicitor or Justice of Peace or Ketua Balai Polis or District Officer or Medical Officer or Sales Manager and above. In addition, for claims incurred outside Malaysia the confirmation of claim event and all other related documents issued by the Foreign Authority must be certified by Malaysian Embassy or Public Notary at the incident country. If you have returned to Malaysia, the documents can be certified by relevant country's Embassy in Malaysia. / *Dokumen Salinan perlu diakui sah oleh pihak yang diberi kuasa, iaitu, Pegawai Tuntutan atau Pegawai Khidmat Pelanggan di cawangan atau Ibu Pejabat atau Notari Awam atau Peguambela dan Peguamcara atau Jaksa Pendamai atau Ketua Balai Polis atau Pegawai Daerah atau Pegawai Perubatan atau Sales Manager dan ke atas. Bagi tuntutan yang berlaku di luar Malaysia, pengesahan peristiwa tuntutan dan segala dokumen berkaitan yang dikeluarkan oleh Pihak Berkuasa Di Luar Negara perlu diakui sah oleh Kedutaan Besar Malaysia atau Notari Awam di negara kejadian tersebut. Jika anda telah pulang ke Malaysia, dokumen-dokumen tersebut perlu diakui sah oleh Kedutaan Negara berkenaan di Malaysia.*

ii. This list is not exhaustive. The Company may request further document(s) for the purpose of this claim. / *Senarai ini tidak muktamad. Pihak Syarikat berkemungkinan meminta dokumen lain bagi tujuan tuntutan ini.*

Please tick (✓) the documents submitted. / *Sila tandakan (✓) dokumen yang disertakan.*

\*CTC = Certified true copy/ *Salinan diakui sah*

**Female Illness Benefit / Manfaat Penyakit Wanita**

- |                                                                                                                                                                     |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Claim Form / <i>Borang Tuntutan</i>                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> |
| 2. Confidential Medical Certificate Cancer / <i>"Confidential Medical Certificate Cancer"</i>                                                                       | <input type="checkbox"/> |
| 3. CTC of all relevant investigation test report(s) and medical report(s)<br><i>Salinan diakui sah semua laporan ujian siasatan dan laporan perubatan berkenaan</i> | <input type="checkbox"/> |

**Female Medical Benefit / Manfaat Perubatan Wanita**

- |                                                                                                                                                                     |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Claim Form / <i>Borang Tuntutan</i>                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hospitalisation & Surgical - Attending Physician's Statement<br><i>Hospital &amp; Pembedahan - Kenyataan Doktor yang merawat</i>                                 | <input type="checkbox"/> |
| 3. CTC of all relevant investigation test report(s) and medical report(s)<br><i>Salinan diakui sah semua laporan ujian siasatan dan laporan perubatan berkenaan</i> | <input type="checkbox"/> |

**Female Reconstructive Benefit / Manfaat Pembetulan Semula Wanita**

- |                                                                                                                                                                     |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Claim Form / <i>Borang Tuntutan</i>                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hospitalisation & Surgical - Attending Physician's Statement<br><i>Hospital &amp; Pembedahan - Kenyataan Doktor yang merawat</i>                                 | <input type="checkbox"/> |
| 3. CTC of all relevant investigation test report(s) and medical report(s)<br><i>Salinan diakui sah semua laporan ujian siasatan dan laporan perubatan berkenaan</i> | <input type="checkbox"/> |

**Female Support Benefit - Outpatient Psychiatric Visit / Manfaat Sokongan Wanita - Lawatan Psikiatri Pesakit Luar**

- |                                                                                                     |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Claim Form / <i>Borang Tuntutan</i>                                                              | <input type="checkbox"/> |
| 2. Copy of referral letter to the psychiatrist/ <i>Salinan surat rujukan kepada pakar psikiatri</i> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Original itemized Bill and Receipt / <i>Bil Terperinci dan Resit Asal</i>                        | <input type="checkbox"/> |





**Pegnancy Benefit / Manfaat Kehamilan**

1. Claim Form / *Borang Tuntutan*

☐

2. Original itemized Bill and Receipt / *Bil Terperinci dan Resit Asal*

☐

**A. Pregnancy Complications / Komplikasi Kehamilan**

1. Pregnancy Complications - Attending Physician's Statement  
*Komplikasi Kehamilan - Kenyataan Doktor yang merawat*

☐

2. CTC of all relevant investigation test report(s) and medical report(s)  
*Salinan diakui sah semua laporan ujian siasatan dan laporan perubatan berkenaan*

☐

**B. Death of Fetus/Child / Kematian Fetus/Anak**

1. Pregnancy Complications - Attending Physician's Statement  
*Komplikasi Kehamilan - Kenyataan Doktor yang merawat*

☐

2. CTC of Death Certificate/ *Salinan diakui sah Sijil Kematian*

☐

3. CTC of Deceased's NRIC (if available) / *Salinan diakui sah Kad Pengenalan Si Mati (jika ada)*

☐