

BAHAGIAN C Senarai Semak Bagi Penyerahan Dokumen-Dokumen Tuntutan (Sila tanda (/) satu sahaja)

<input type="checkbox"/> Senarai Semak 1 ATAU	<p>Pengisytiharan oleh Doktor untuk pengesahan pembedahan <input type="checkbox"/> Saya telah meneliti sejarah perubatan dan memeriksa pesakit dan mengisytiharkan bahawa pesakit tersebut perlu menjalani pembedahan kecemasan³ / separa kecemasan⁴ dengan diagnosis berikut:</p> <hr/> <p>Nota: Takrifan berikut berdasarkan Indeks Keterukan Kecemasan dari Agensi Penyelidikan dan Kualiti Penjagaan Kesihatan (agensi di bawah Jabatan Kesihatan dan Perkhidmatan Manusia Amerika Syarikat): ³Kecemasan bermaksud situasi di mana pesakit memerlukan campur tangan segera untuk menyelamatkan nyawa ⁴Separu Kecemasan bermaksud pesakit berisiko tinggi yang keadaannya mudah merosot atau yang mempunyai gejala keadaan yang memerlukan rawatan dalam tempoh tertentu</p> <p>Pengisytiharan oleh Doktor untuk pengesahan kemasukan ke hospital <input type="checkbox"/> Saya telah meneliti sejarah perubatan dan memeriksa pesakit dan mengisytiharkan bahawa pesakit perlu dimasukkan ke hospital untuk rawatan lanjut dengan sebab berikut:</p> <hr/> <p>Pengisytiharan oleh Doktor untuk ujian COVID-19 <input type="checkbox"/> Saya telah meneliti sejarah perubatan dan memeriksa pesakit dan mengisytiharkan kenyataan yang diberikan oleh pesakit dalam Bahagian A dan Bahagian B adalah benar.</p> <p>Pesakit ini <input type="checkbox"/> perlu untuk mengambil ujian COVID-19 <input type="checkbox"/> tidak diperlukan untuk mengambil ujian COVID-19</p>		
	<table border="1"><tr><td>Sila sertakan dokumen-dokumen berikut 1. Resit asal atau salinan imbasan resit asal 2. Salinan kad pengenalan atau pasport penuntut seperti yang dinyatakan dalam item 2 Bahagian A. 3. Salinan Laporan Makmal</td><td>Nama Doktor, Alamat, No untuk Dihubungi :</td></tr></table>	Sila sertakan dokumen-dokumen berikut 1. Resit asal atau salinan imbasan resit asal 2. Salinan kad pengenalan atau pasport penuntut seperti yang dinyatakan dalam item 2 Bahagian A. 3. Salinan Laporan Makmal	Nama Doktor, Alamat, No untuk Dihubungi :
Sila sertakan dokumen-dokumen berikut 1. Resit asal atau salinan imbasan resit asal 2. Salinan kad pengenalan atau pasport penuntut seperti yang dinyatakan dalam item 2 Bahagian A. 3. Salinan Laporan Makmal	Nama Doktor, Alamat, No untuk Dihubungi :		

<input type="checkbox"/> Senarai Semak 2 ATAU	Sila sertakan dokumen-dokumen berikut 1. Salinan surat rujukan doktor untuk menunjukkan bahawa anda dikehendaki melakukan ujian COVID-19 2. Resit asal atau salinan imbasan resit asal 3. Salinan Laporan Makmal 4. Salinan kad pengenalan atau pasport penuntut seperti yang dinyatakan dalam item 2 Bahagian A.
---	---

<input type="checkbox"/> Senarai Semak 3 ATAU	Sila sertakan dokumen-dokumen berikut 1. Salinan Borang Perintah Untuk Pengawasan Dan Pemerhatian Di Rumah Kediaman (Seperti di Lampiran 14b Garis Panduan Pengurusan COVID-19 di Malaysia No.05 / 2020 yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesihatan) 2. Resit asal atau salinan imbasan resit asal 3. Salinan Laporan Makmal 4. Salinan kad pengenalan atau pasport penuntut seperti yang dinyatakan dalam item 2 Bahagian A.
---	---

<input type="checkbox"/> Senarai Semak 4	Sila sertakan dokumen-dokumen berikut 1. Resit asal atau salinan imbasan resit asal 2. Salinan Laporan Makmal 3. Salinan kad pengenalan atau pasport penuntut seperti yang dinyatakan dalam item 2 Bahagian A.
--	---

BAHAGIAN D Pengisytiharan Dan Pemberian Kuasa

1. Saya faham dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh Pentadbir (sama ada terkandung dalam borang ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh dipegang, digunakan, dan diberikan oleh Pentadbir kepada individu / organisasi yang berhubung dan berkaitan dengan Pentadbir atau mana-mana pihak ketiga yang dipilih (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk syarikat-syarikat reinsurans/retakaful dan penyiasatan tuntutan dan persatuan / persekutuan industri) bagi tujuan memproses permohonan ini dan untuk berkomunikasi dengan saya untuk tujuan seperti itu. Saya faham bahawa saya berhak memperolehi akses kepada dan permohonan untuk mengemaskini atau memperbetulkan sebarang maklumat peribadi yang dipegang oleh Pentadbir berkaitan dengan saya. Permohonan seperti itu boleh dibuat kepada syarikat insurans dan pengendali takaful saya sendiri.

2. Saya faham dan bersetuju bahawa

- a) Saya dibenarkan untuk menuntut manfaat ini sekali seumur hidup, tanpa mengira bilangan polisi / sijil yang saya miliki dengan beberapa syarikat insurans / pengendali takaful dan tertakluk kepada ketersediaan dana;
- b) Saya faham bahawa penerimaan borang tuntutan oleh Pentadbir tidak boleh dianggap sebagai perakuan liabiliti Pentadbir ke atas tuntutan yang dibuat oleh saya.
- c) Saya telah membaca dan memahami Terma-terma & Syarat-syarat Tabung Ujian COVID-19.

Nota: Pembayaran Tabung Ujian Covid-19 ditadbir secara bersama oleh Persatuan Insurans Hayat Malaysia (LIAM), Persatuan Insurans Am Malaysia (PIAM) dan Persatuan Takaful Malaysia (MTA) bersama-sama dengan semua ahli persatuan-persatuan ini

Saya mengesahkan bahawa saya adalah Pemegang Polisi / Sijil atau Orang yang Diinsuranskan / Dilindungi dan semua maklumat yang diberikan di sini adalah benar dan tepat.

Nama:	Tandatangan:	Tarikh:
-------	--------------	---------