

CLAIM NO. For Office Use Only

Penyerahan Tuntutan - SENARAI SEMAK Submission of Claims - CHECKLIST

- Tuntutan GP GP Claim**
- Resit Asal Original Receipt
 - Bil Terperinci (untuk bil melebihi RM50)
Itemised Bill (for bills above RM50)
- Tuntutan Pakar Specialist Claim**
- Resit Asal Original Receipt
 - Bil Terperinci (Bil Pakar melebihi RM125 dan bil Pakar Kanak-kanak melebihi RM80) Itemised Bill (Specialist bills above RM125 and Paediatric bills above RM80)
 - Surat Rujukan (kecuali untuk rawatan secara terus)
Referral Letter (unless with Direct Access)

Nota:

- Dokumen-dokumen untuk setiap jenis tuntutan seperti yang dinyatakan **MESTI** dilampirkan bersama dengan borang tuntutan ini untuk pemrosesan tuntutan.
- Tuntutan **akan dikembalikan** untuk ubat-ubatan yang dibeli secara terus dari farmasi tanpa mengepilkan preskripsi doktor.
- Setiap borang tuntutan adalah untuk **satu** Resit Asal & Bill Terperinci sahaja.
- Tuntutan **akan dikembalikan** jika Resit Asal & Bil Terperinci untuk kos setiap ubat / vaksinasi / suntikan / ujian makmal / x-ray tidak disertakan.

Note:

- Documents for each type of claim as stated **MUST** be attached with this form for claim processing.
- Claims for medication purchased directly from a pharmacy without a copy of the doctor's prescription slip will **NOT** be processed.
- Each claim form is applicable for **one** Original Receipt and Itemised Bill.
- Claims without original receipt and breakdown of charges for each medication / vaccination / injection / lab tests / x-ray **will be returned**.

A JENIS TUNTUTAN TYPE OF CLAIM

- Klinik Biasa (hanya di Malaysia) GP (only in Malaysia)
- * Klinik Panel Panel GP * Bukan Klinik Panel Non Panel GP
- Pakar Specialist Pakar Kanak-kanak Paediatrician
- Kehamilan Maternity Pergigian Dental

C MAKLUMAT PEKERJA & PESAKIT EMPLOYEE & PATIENT INFORMATION

Sila lengkapkan maklumat seperti di dalam Kad Pengenalan dan Kad Ahli anda.
Please complete information as in your IC and Member ID Card.

No. Kad Rawatan (Pesakit) No. Kad Pengenalan Pekerja
Member ID Card No. (Patient) Employee NRIC No.

Nama Pekerja Name of Employee

Status Pekerja Status of Employment

- Sah Confirmed Belum Sah Not Confirmed

Nama Pesakit Name of Patient

Hubungan dengan Pekerja Relationship to Employee

- Diri Self Suami/Isteri Spouse Anak Child Ibumapa Parents

Nama Syarikat/Majikan Name of Company/Employer

D MAKLUMAT LAWATAN VISIT DETAILS

Tarikh Lawatan Date of Visit

Masa Lawatan Time of Visit

_____ am/pm

Jumlah Hari Cuti Sakit No. of Medical Certificate Days

Sebab-sebab mendapat rawatan. Sila tanda (✓) di dalam kotak berkenaan.
Reason for seeking treatment. Please tick (✓) in the appropriate box.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Batuk, selsema, sakit kerongkong
Cough, cold, sore throat <input type="checkbox"/> Ceret-beret Diarrhoea <input type="checkbox"/> Darah Tinggi Hypertension <input type="checkbox"/> Demam Fever <input type="checkbox"/> Gastrik Gastritis <input type="checkbox"/> Imunisasi (sila jelaskan di bahagian G)
Immunisation (please clarify at G) <input type="checkbox"/> Infeksi telinga Ear infection <input type="checkbox"/> Infeksi mata Eye infection <input type="checkbox"/> Kehamilan (Pra/Selepas) Maternity (Pre/Post Natal) <input type="checkbox"/> Kecemasan (sila jelaskan di bahagian E) <input type="checkbox"/> Emergency (please clarify at E) <input type="checkbox"/> Lain-lain (sila jelaskan di bahagian E)
Others (please clarify at E) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kencing manis Diabetes <input type="checkbox"/> Lelah Asthma <input type="checkbox"/> Luka, cedera, lecur
Cuts, wounds, scalding <input type="checkbox"/> Muntah Vomiting <input type="checkbox"/> Sakit Badan/Sakit Sendi
Body Ache/Joint Pain <input type="checkbox"/> Sakit kepala, pening
Headache, giddiness <input type="checkbox"/> Sakit kulit, ruam
Skin conditions, rashes <input type="checkbox"/> Sakit Puan Gynaecology <input type="checkbox"/> Rawatan Pergigian
(sila jelaskan di bahagian F)
Dental Care (please clarify at F) |
|--|--|

B UNTUK RAWATAN PAKAR SPECIALIST CARE ONLY

Adakah ini rawatan lanjutan? Is this a follow-up visit?

- Ya Yes Tidak No

Kalau Ya, adakah ia berkaitan dengan: If Yes, is it related to:

- Rawatan Pakar, atau Specialist Care, or
 Rawatan Hospital Hospitalisation

Tarikh lawatan terakhir/diwadkan
Date of last visit/admission

E PENJELASAN TUNTUTAN CLAIMS CLARIFICATION

- Sebab-sebab membayar di Klinik Panel ING;
Reasons for payment at the ING Panel Clinic;
- Sebab-sebab mendapatkan rawatan di klinik bukan panel; Reasons for seeking care at a non-panel clinic;
- Sebab-sebab Kecemasan
Emergency Explanation

Pilih satu & jelaskan di bawah
Tick one & explain below

F RAWATAN PERGIAGIAN DENTAL CARE

Amaun RM Yang Dituntut RM Claim Amount

- | | | |
|---|-------|---------|
| 1. Pencabutan Extraction | _____ | • _____ |
| 2. Tampalan Filling | _____ | • _____ |
| 3. Mengikis/Membersih Scaling/Polishing | _____ | • _____ |
| 4. Lain-lain Others _____ | _____ | • _____ |

G IMMUNISASI IMMUNISATION

(Sila catitkan jenis-jenis & harga Please list types & cost)

- | | | |
|----------|-------|---------|
| 1. _____ | _____ | • _____ |
| 2. _____ | _____ | • _____ |
| 3. _____ | _____ | • _____ |
| 4. _____ | _____ | • _____ |
| 5. _____ | _____ | • _____ |

**JUMLAH TUNTUTAN
TOTAL AMOUNT**

Penyata Untuk Kebenaran

Saya dengan ini mengesahkan bahawa semua maklumat yang diberikan di dalam borang tuntutan ini adalah benar dan lengkap. Saya dengan ini memberi kebenaran kepada doktor perubatan, pengamal perubatan, hospital atau klinik yang merawat saya/pihak menuntut untuk memberi maklumat-maklumat lengkap berhubung dengan riwayat kesihatan saya/pihak menuntut termasuk latarbelakang penuh perubatan saya/pihak menuntut semasa dimasukkan di hospital/menjalani pembedahan kepada ING Insurance Berhad. Salinan surat kebenaran ini adalah dianggap sah dan berkuatkuasa sebagaimana salinan asal. Saya faham bahawa maklumat ini akan dianggap sulit oleh ING Insurance Berhad dan ING Insurance Berhad tidak akan melepaskan maklumat ini kepada sesiapa tanpa kebenaran bertulis dari saya. Semua maklumat yang diberikan adalah benar dan tepat.

Statement of Consent

I hereby declared that the above information given in this claim form is complete and true. I hereby authorise any physician, medical practitioner, hospital or clinic by whom or where I/claimant have been observed or treated, to give full particulars about my/claimant's health including my/claimant's whole medical history in respect of this hospitalisation/surgery, to ING Insurance Berhad. A photocopy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original. I understand that this information will be kept strictly confidential by ING Insurance Berhad and that ING Insurance Berhad undertakes not to disclose this information to any third party without my separate written consent. All information provided is true and accurate.

Tandatangan Pekerja Signature of Employee

Tarikh Date