



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 Malaysia Insurance Berhad (795492-W) formerly known as Chartis Malaysia Insurance Berhad

(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 Malaysia Insurance Berhad (795492-W) dahulu dikenali sebagai Chartis Malaysia Berhad

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

Product Name and Plan   
 Nama Produk & Pelan

Certificate/Policy No.  Master Policy No.   
 No. Sijil / Polisi No. Polisi Induk

Mr. Encik  Mrs. Puan  Miss Cik

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

Are You a US Citizen (Y/N)?  If 'Yes', Please Provide Your Social Security Number (SSN):

Contact No.  Fax No.   
 No. Telefon No. Fa.

Occupation   
 Pekerjaan

E-Mail Address   
 Alamat E-mel

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

Mr. Encik  Mrs. Puan  Miss Cik

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

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

Are You a US Citizen (Y/N)?  If 'Yes', Please Provide Your Social Security Number (SSN):

Contact No.  Fax No.   
 No. Telefon No. Fax

E-Mail Address   
 Alamat E-mel

Occupation  Marital Status  Single / Bujang  Married / Berkahwin  
 Pekerjaan Taraf Perkahwinan

Relation to Policy Holder   
 Hubungan dengan Pemegang Polisi

**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  -  -  Branch   
 Kod Pengeluar Cawangan

Producer Company Name   
 Nama Syarikat Pengeluar

Contact Person   
 Nama Pegawai Bertugas

Email Address   
 Alamat Email

Telephone Number  -   
 Nombor Telefon

Mailing Address   
 Alamat Surat Menyurat





**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

-   -     :    AM  PM  
 Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun Hour / Jam Minute / Minit PG PTG

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

-   -     :    AM  PM  
 Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun Hour / Jam Minute / Minit PG PTG

**ACCIDENT RELATED CLAIMS ONLY**

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

-   -     :    AM  PM  
 Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun Hour / Jam Minute / Minit PG PTG

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

(c) Injuries sustained.  
 Kecelakaan yang di alami.

(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 <i>Nama Hospital</i>	Admission Date (DD-MM-YYYY) <i>Tarikh Masuk (HH-BB-TTTT)</i>	Date Discharge (DD-MM-YYY) <i>Tarikh Keluar (HH-BB-TTT)</i>	Admission No <i>No. Kemasukan</i>	Type of Ward <i>Jenis Wad</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Date of 1<sup>st</sup> Consultation.  
 Tarikh rundingan pertama

-   -      
 Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

Doctor Consulted  
 Doktor yang dijumpa

Doctor's Address  
 Alamat Doktor

Doctor's Contact Number  
 Nombor Telefon Doktor

-

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

**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.

(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 the date of your 1<sup>st</sup> 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 the date of your 1<sup>st</sup> 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 1<sup>st</sup> 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 1<sup>st</sup> consultation. / Berikan maklumat tentang rundingan pertama anda

Date of 1<sup>st</sup> Consultation.  
 Tarikh rundingan pertama

-   -      
 Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

Doctor Consulted  
 Doktor yang dijumpa

Doctor's Address  
 Alamat Doktor

Doctor's Contact Number  
 Nombor Telefon Doktor

-

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





(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 diderita sebelum kejadian ini? Jika ya, sila berikan butir-butir.

**TRAVEL CANCELLATION / CURTAILMENT**  
 PEMBATALAN / PEMENDEKKAN PERJALANAN

Please tick the appropriate box  
 Sila tanda petak yang berkenaan

Travel Cancellation  
 Pembatalan Perjalanan

Travel Curtailment  
 Pemendekan Perjalanan

Travel Booking Date  
 Tarikh Penempahan Perjalanan

Day / Hari    -    Month / Bulan    -    Year / Tahun

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

Day/Hari    -    Month / Bulan    -    Year / Tahun

Reason for Travel Cancellation/Curtailment  
 Sebab Pembatalan / Pemendekan Perjalanan

Amount Paid  
 Akaun Dibayar

RM   

Amount compensated by other parties  
 Akaun 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 / travel companion, please state their:

Jika pembatalan perjalanan adalah disebabkan oleh kematian, kecederaan atau penyakit serius yang dialami oleh ahli keluarga terdekat / 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 / MISSED DEPARTURE**  
 KELEWATAN / KETINGGALAN / PENGALIHAN TUJUAN / TERLEBIH TEMPAHAN PENERBANGAN / KETINGGALAN PERLEPASAN

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

Missed Departure  
 Ketinggalan Perlepasan

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

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 / Reroute) / Butir-butir Penerbangan Sebenar (untuk Ketinggalan Penerbangan / Pengalihan Tujuan)

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 Penyambung</i>		Actual Departure of Connecting Flight <i>Perlepasan Sebenar bagi Penerbangan Penyambung</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

Please tick the appropriate box / Sila tanda petak yang berkenaan

- Damage/Loss of Personal Effects  
 Kerosakan/Kehilangan Barangan Peribadi
- Baggage Delay  
 Penangguhan Bagasi
- Baggage Damage  
 Kerosakan Bagasi
- Baggage Loss  
 Kehilangan Bagasi
- Loss of Travel Document  
 Kehilangan Dokumen Perjalanan
- Loss of Money  
 Kehilangan Wang

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

**COMPASSIONATE VISIT / CHILD GUARD / HOME INCONVENIENCE**

LAWATAN IHSAN / PENGAWASAN ANAK / KESULITAN KEDIAMAN

Please tick the appropriate box / Sila tanda petak yang berkenaan

- Compassionate Visit  
 Lawatan Ihsan
- Child Guard  
 Pengawasan Anak
- Home Inconvenience  
 Kerumitan Kediaman

Description Deskripsi	Claim Amount Jumlah Tuntutan

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

Insurer Penanggung Insurans	Policy Number Nombor Polisi	Type of Benefit Jenis Manfaat	Have you filed a claim? Pernakah 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 PEMBERIKUASAAAN**

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 mengaku 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 terbatalkan 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 CMI. / 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 CMI.

Signature of Claimant  
Tandatangan Pihak Menuntut

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.

Travel Claim Notification Form

