

SABAH GPA SCHEME PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM	 PROGRESSIVE INSURANCE BHD <i>Registration No.: 197401001891 (19002-P)</i> Head Office: 6th, 9th & 10th Floor, Menara Cosway, Plaza Berjaya, No. 12, Jalan Imbi, 55100 Kuala Lumpur. KK Office: Ground Floor & 7th Floor, Wisma Perkasa, Jalan Gaya, 88000 Kota Kinabalu, Sabah Dedicated Hotline: 088 - 335789 Email: sabahgpa@progressiveinsurance.com.my Website: www.progressiveinsurance.com.my	SKIM INSURANS RAKYAT SABAH BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN DIRI
--	--	---

Important Notice / Notis Penting

- This form is sent to you on a without admission of liability basis. / Borang ini dihantar kepada anda atas dasar Tanpa Pengakuan Liabiliti.
- This form must be returned to the company within 60 days from the date of accident. / Borang ini hendaklah dikembalikan kepada syarikat dalam tempoh 60 hari dari tarikh kemalangan.
- Kindly note that Progressive reserves the right to request for original or certified true copy of the documents and other relevant documents if necessary. / Adalah dimaklumkan bahawa Progressive berhak untuk meminta dokumen asal atau yang disahkan dan dokumen lain yang berkaitan jika diperlukan.
- For all intents and purposes where there is a conflict or ambiguity as to the meaning in the Bahasa Malaysia provisions, it is hereby agreed that the English version shall prevail. / Bagi setiap tujuan dan maksud sekiranya terdapat konflik atau keaburan berkenaan makna di dalam peruntukan Bahasa Malaysia, adalah dipersetujui bahawa versi Bahasa Inggeris akan digunakan.

Document Required / Dokumen Yang Diperlukan

PERMANENT DISABLEMENT CLAIM / TUNTUTAN KEHILANGAN UPAYA KEKAL

- Completed Claim Form / Borang Tuntutan Yang Lengkap
- Copy of Claimant's NRIC / Salinan Kad Pengenalan Penuntut
Medical Report / Laporan Perubatan

Others (if applicable) / Lain-lain (jika berkenaan):

- Copy of Police Report (applicable for motor vehicle accident only) / Laporan Polis (terpakai untuk kemalangan kenderaan bermotor sahaja)

**SECTION 1 – FOR PERMANENT DISABLEMENT CLAIM
SEKSYEN 1 – UNTUK TUNTUTAN KEHILANGAN UPAYA KEKAL**

A. Particulars of Claimant / Butir-butir Penuntut

Name / Nama : _____

Address / Alamat: _____

Telephone No / Telefon: _____ E- mail Address / Alamat E-mel: _____

Occupation / Pekerjaan : _____ IC No / No. K/P : _____

B. Particulars of Accident / Butir-butir Kemalangan

Date of accident / Tarikh kemalangan : _____ Time of accident / Waktu kemalangan : _____ (a.m.) pg / (p.m.) / ptg

Place / Tempat : _____

Please state what you were doing and how the accident happened:

Sila nyatakan apakah yang sedang dilakukan oleh pihak penuntut dan bagaimana kemalangan terjadi:

Has a pre-existing condition contributed to the injuries?

Adakah keadaan sedia ada yang menyumbang kepada kecederaan?

() Yes / Ya

() No / Tidak

C. Purpose of Claim / Sebab Tuntutan

	Sum Insured (Per Person) Jumlah Dilindungi (Setiap Individu)
Permanent Disablement as specified below, if occurring within 365 days after accident <i>Hilang Upaya Kekal dalam masa 365 hari selepas kemalangan</i>	RM10,000.00
() Total Permanent Disablement, paralysis, Insanity, bedridden <i>Hilang Upaya Kekal Menyeluruh, lumpuh, Hilang kewarasan, terlanjar sakit</i>	100%
() Loss of two limbs at or above wrist or ankle <i>Hilang dua anggota badan pada atau di atas pergelangan tangan atau buku lali</i>	100%
() Loss of sight in both eyes <i>Kehilangan penglihatan pada kedua-dua belah mata</i>	75%
() Loss of hearing in both ears <i>Kehilangan Pendengaran kedua-dua belah telinga</i>	50%
() Loss of Speech <i>Kehilangan Pertuturan</i>	50%
() Loss of one (1) limb at or above wrist or ankle <i>Kehilangan satu (1) anggota pada atau di atas pergelangan, tangan atau buku lali</i>	50%
() Loss of sight in one eye <i>Kehilangan penglihatan sebelah mata</i>	50%
() Loss of hearing in one ear <i>Kehilangan pendengaran sebelah telinga</i>	25%

SECTION 2 – DECLARATION / PENGAKUAN

I/ We warrant that the above statement and particulars are correct. I hereby authorize any hospital, doctor or any other person who has attended to me to furnish Progressive Insurance Bhd or its representative any information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation prescription or treatment and copies of all hospital and medical records. I agree that a copy of this authorisation shall be as effective and valid as the original.

Saya / Kami memberi jaminan bahawa kenyataan dan keterangan di atas adalah benar. Dengan ini saya memberi kebenaran mana-mana hospital, doktor atau sesiapa yang pernah merawat saya untuk mengemukakan kepada Progressive Insurance Bhd atau wakil- wakil mereka sebarang dan semua maklumat berkaitan sebarang penyakit atau kecederaan, sejarah perubatan, preskripsi perundingan atau rawatan dan salinan semua rekod hospital dan perubatan. Saya bersetuju supaya salinan kebenaran ini akan mempunyai kesan yang sama dan sah seperti salinan asal.

Signature of Claimant / Tandatangan Penuntut

Date / Tarikh

SECTION 3 – E-PAYMENT / PEMBAYARAN ELEKTRONIK

- 1) Progressive Insurance Bhd will not be liable for any financial loss due to incomplete or inaccurate information as provided below.
Progressive Insurance Bhd tidak akan bertanggungjawab ke atas sebarang kerugian kewangan akibat daripada maklumat yang tidak lengkap atau tepat sebagaimana di peruntukan di bawah.
- 2) For verification purpose, I am/we are pleased to provide my/our banking details together with a photocopy of the relevant page of the bank statement.
Untuk tujuan pengesahan, saya/kami lampirkan butiran perbankan saya bersama salinan penyata bank yang berkaitan.

Name of bank / Full address: <i>Nama bank / Alamat Penuh</i>			
Name of Account / Beneficiary: <i>Nama Akaun / Penerima</i>			
Bank Account No.: <i>No. Akaun Bank</i>			
IC No. <i>No. Kad Pengenalan</i>	New: <i>Baru</i>		Old : <i>Lama</i>
Telephone No: <i>No. Telefon</i>	Office/Home: <i>Pejabat/Rumah</i>		Mobile No: <i>Telefon Bimbit</i>
Email Address (compulsory) : <i>Alamat Email (wajib)</i>			

I/We hereby agree to the above terms and conditions and declare that the information provided are true and correct.

Saya/Kami bersetuju dengan syarat-syarat yang tertera diatas dan mengesahkan segala maklumat di atas adalah benar dan betul.

I/We hereby confirm that Progressive Insurance Bhd is hereby discharged from all liability arising from the above accident upon receipt of the payment
Saya/Kami dengan ini mengesahkan bahawa Progressive Insurance Bhd dengan ini dilepaskan daripada semua liabiliti yang timbul daripada kemalangan di atas selepas menerima pembayaran

Signature
Tandatangan

Name /Nama:

Date/Tarikh: