



BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN PERIBADI DAN KESIHATAN

Borang ini perlu dilengkapi dengan benar dan tepat. Jika ruang yang tersedia tidak mencukupi atau tiada ruang bersesuaian tersedia, maklumat tambahan boleh disertakan bersama. Senarai dokumen yang diperlukan adalah sebagai rujukan dan mungkin berubah. Pihak kami mempunyai hak untuk memohon dokumen atau maklumat tambahan mengikut keperluan. Penghantaran borang atau maklumat yang tidak lengkap mungkin melambatkan pemprosesan atau mengakibatkan penafian tuntutan anda.

Borang yang lengkap dan dokumen tambahan perlu dihantarkan secepat mungkin ke alamat berikut:

AIG Malaysia Insurance Berhad (795492-W)

Bahagian Tuntutan, Tingkat 16

Menara Worldwide, 198 Jalan Bukit Bintang,

55100 Kuala Lumpur, Malaysia

Telephone : 1 800 88 8811

Faxsimile : 603 2685 4896

Email address: AIGMYCare@aig.com

www.aig.my

Bahagian I - Maklumat Am

No. Polisi / Sijil :	Nama penuh Pemegang Polisi / Sijil (seperti dalam Kad Pengenalan / Sijil Syarikat) :	
Nama penuh Pihak yang Diinsuranskan (seperti dalam Kad Pengenalan / Sijil Syarikat):		No. Kad Pengenalan / No. Pasport Pihak yang Diinsuranskan :
Nama penuh Pihak Menuntut (seperti dalam Kad Pengenalan / Sijil Syarikat) : (Hanya untuk kes kematian)		No. Kad Pengenalan / No. Pasport Pihak Menuntut: Hubungan Pihak Menuntut dan Pihak yang Diinsuranskan :
Nama ibu/bapa/penjaga yang sah (Hanya untuk Pihak yang Diinsuranskan di bawah umur 18 tahun):		No. Kad Pengenalan / Pasport ibu/bapa/penjaga yang sah :
Alamat e-mel Pihak Menuntut:	No. Telefon Bimbit Pihak Menuntut: <small>Makluman SMS akan dihantarkan kepada no telefon bimbit ini untuk memaklumkan borang ini telah diterima.</small>	Pekerjaan Pihak yang Diinsuranskan :
Alamat surat-menurut :		
Adakah anda warganegara Amerika Syarikat? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Jika ya , sila nyatakan nombor keselamatan sosial anda :
AIG Malaysia Insurance Berhad (795492-W) adalah anak syarikat kepada syarikat Amerika Syarikat yang bertanggungjawab untuk melaporkan penuntutan kemalangan bagi warganegara AS yang mungkin layak untuk menerima "Medicare" (menurut Akta Medicare, Medicaid SCHIP tambahan 2007). Maklumat ini diminta untuk mematuhi keperluan laporan pihak berkuasa.		
Jenis tuntutan (sila pilih) : <input type="checkbox"/> Tuntutan Baru <input type="checkbox"/> Tuntutan Lanjutan, nyatakan No. Tuntutan : _____		
Item Tuntutan : Jumlah RM _____	<input type="checkbox"/> Perbelanjaan Rawatan Pesakit Luar <input type="checkbox"/> Penyakit Kritis <input type="checkbox"/> Tulang Patah <input type="checkbox"/> Pendapatan Ganti Rugi Mingguan <input type="checkbox"/> Pendapatan Hospital <input type="checkbox"/> Hilang Upaya Menyeluruh dan Kekal <input type="checkbox"/> Lain-lain, sila nyatakan : <input type="checkbox"/> Perbelanjaan Hospital <input type="checkbox"/> Kematian Akibat Kemalangan _____	
Adakah anda pernah menuntut tanggungan kerugian dan perbelanjaan tersebut dari polis insurans yang lain?	Jika ya, sila berikan maklumat berikut Nama Penanggung Insurans : _____ No. Polisi : _____ Jenis Polisi: _____ Jumlah yang diinsuranskan : _____	
Butir-butir Bank untuk E-pembayaran		
Nama Pemegang Akaun Bank (mesti Pihak yang Diinsuranskan atau ibu/bapa/penjaga yang sah kepada Pihak yang Diinsuranskan jika berumur di bawah 18 tahun) :		Nama Bank :
Alamat E-mel (jika berbeza dengan di atas):		Nombor Akaun :
Pemberitahuan akan dihantar ke alamat e-mel di atas		

Dokumen yang Diperlukan untuk Tuntutan Anda

Perbelanjaan Rawatan Pesakit Luar:

- Resit / Bukti pembayaran asal bersama bukti diagnosis

Pendapatan Hospital:

- Penyata Akaun Hospital

•Maklumat lengkap untuk Bahagian IV Borang Tuntutan oleh Doktor bertugas

•Semua laporan rawatan dan pemeriksaan yang berkaitan

Perbelanjaan Hospital:

- Penyata dan resit hospital yang asal

•Maklumat lengkap untuk Bahagian IV Borang Tuntutan oleh Doktor bertugas

•Semua laporan rawatan dan pemeriksaan yang berkaitan

Pampasan Mingguan

- Salinan Sijil Cuti Sakit (MC)

•Maklumat lengkap untuk Bahagian IV Borang Tuntutan oleh Doktor bertugas

•Salinan Laporan Polis (jika kemalangan melibatkan kenderaan bermotor)

•Lesen Memandu, jika orang diinsuranskan memandu pada masa kemalangan.

Patah/ Retakan Tulang

- Laporan rawatan Patah/ Retakan Tulang oleh Doktor bertugas

•Semua laporan rawatan dan pemeriksaan yang berkaitan

Kematian Akibat Kemalangan:

- Laporan Polis, jika berkenaan

•Lesen memandu, jika Pihak yang Diinsuranskan adalah pemandu ketika kemalangan berlaku

•Bukti dokumentar mengesahkan pihak yang diinsuranskan menanggung kehilangan upaya menyeluruh atau kekal

•Salinan sijil kematian-untuk tuntutan kematian sahaja

•Laporan bedah siasat -untuk tuntutan kematian sahaja

Penyakit Kritis:

- Maklumat lengkap untuk Bahagian IV Borang Tuntutan oleh Doktor bertugas

•Semua laporan rawatan dan pemeriksaan berkenaan tuntutan penyakit kritis yang berkaitan

•Laporan Histopatologi-untuk tuntutan kanser

Jika perbelanjaan rawatan telah dituntut dari Penanggung Insurans atau organisasi yang lain, sila sertakan surat penyelesaian tuntutan tersebut.

Jika penuntut adalah kanak-kanak, sila sertakan bukti hubungan seperti salinan sijil kelahiran.

Bahagian II – Butir-butir Kecederaan / Penyakit / Kejadian

Tarikh dan masa berlaku kecederaan / penyakit / kejadian :			Tarikh rundingan pertama bersama doktor / hospital:			Jenis Kecederaan / Diagnosis penyakit / Kejadian:			
Hari	Bulan	Tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pagi/Petang	Hari	Bulan	Tahun			
Dalam hal kecederaan, di mana dan bagaimana kemalangan berlaku ? Dalam hal penyakit, apakah tanda-tanda dan bila tanda-tandanya muncul?									
Bahagian badan yang terjejas :			Nama doktor yang bertugas :			Alamat di mana pesakit dirawat :			
Nama saksi-saksi (Hanya untuk tuntutan kecederaan sahaja):			Alamat saksi-saksi (Hanya untuk tuntutan kecederaan sahaja):			Nombor telefon saksi-saksi : (Hanya untuk tuntutan kecederaan sahaja)			
Adakah kecederaan disebabkan oleh pihak yang lain?			Jika ya, sila nyatakan nama, alamat dan nombor telefon pihak ketiga :						
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak									
Adakah kemalangan ini berlaku dalam perjalanan dan / atau ketika melakukan pekerjaan?			Jika ya, sila nyatakan nama syarikat insurans untuk tuntutan pampasan perkerja dan nombor polisi			Tempoh cuti sakit diberi oleh doktor yang bertugas :			
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak						Dari	Hari	Bulan	Tahun
						Ke	Hari	Bulan	Tahun
Adakah anda perlu mendapatkan rawatan lanjutan?			Jika ya, berapa lama rawatan lanjutan akan berlangsung?						
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak									

Bahagian III- Pengisytiharan dan Pemberian Kebenaran

PENGAKUAN SYARIKAT (untuk Polisi Insurans Berkelompok sahaja)

Saya mengesahkan bahawa _____ adalah kakitangan saya/kami efektif dari _____ dan sekarang ini memegang

jawatan _____ Jika sudah tidak bekerja, sila nyatakan tarikh akhir bekerja:

		-			-				
Hari	Bulan	Tahun							

PENGAKUAN SEKOLAH/TADIKA

Saya mengesahkan bahawa _____ adalah pelajar di sekolah/tadika saya/kami pada masa ini.

Tandatangan syarikat/sekolah/tadika yang disahkan

(Sila letakkan cop syarikat/ sekolah/ tadika)

Nama/Gelaran

Tarikh Tandatangan

		-			-				
Hari	Bulan	Tahun							

PENGAKUAN DAN PEMBERIKUASAAN

Saya/Kami dengan sungguh-sungguhnya mengakui bahawa setiap butir-butir yang diberikan disini adalah benar dan betul. Saya/Kami bersetuju bahawa jika saya/kami 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 faktamaterail dengan palsu, tuntutan ini adalah terbatas dan segala hak berkaitan dengan tuntutan ini akan dilucutkan.

Saya/Kami 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 kapada AIG Malaysia.

Saya /Kami mengaku dan mengesahkan bahawa semua maklumat yang diberikan adalah penuh ,lengkap,benar dan tepat. Saya dengan ini membenarkan AIG Malaysia untuk membuat pembayaran melalui kredit langsung atau GIRO ke Akaun Bank diatas. Saya selanjutnya memahami bahawa AIG Malaysia bergantung kepada maklumat diatas dengan arahan untuk membuat pembayaran. AIG Malaysia akan dibebaskan daripada semua liabiliti jika timbul apa-apa kerugian daripada pembayaran ini.

Tandatangan Pihak Menuntut

Tandatangan Pemegang Polisi/ Orang Yang Diinsuranskan
dan Cop Syarikat

Tarikh
Tandatangan

		-			-				
Hari	Bulan	Tahun							

Di mana terdapat konflik atau kekaburuan berkenaan makna dalam peruntukan Bahasa Inggeris atau peruntukan Bahasa Malaysia, adalah dipersetujui bahawa versi Bahasa Inggeris akan mengatasi dan diikuti.

Bahagian IV-Kenyataan Dari Doktor Yang Bertugas (Untuk Tuntutan Pendapatan Hospital, Perbelanjaan Hospital dan Penyakit)

Butir-Butir Pesakit								
Nama:	Umur:	No. Kad Pengenalan / No. Pasport :						
Sejarah Perubatan Pesakit								
Tarikh dan masa berlaku kecederaan atau simptom-simptom mula muncul :		Tarikh rundingan pertama bersama anda :	Adakah pesakit dirujuk oleh doktor atau hospital yang lain?					
Hari	Bulan	Tahun	Hari	Bulan	Tahun	Jika ya, sila nyatakan nama doktor atau hospital :		
Diagnosis:						<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
						Tarikh rundingan pertama bersama doktor yang merujuk :		
						Hari	Bulan	Tahun
Mengikut pengetahuan anda, pernahkah pesakit mengalami keadaan/kondisi atau simptom-simptom yang sama?						Adakah keadaan / kondisi disebabkan oleh penyakit lain?		
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika ya, sila nyatakan tarikh dan keadaan/kondisi/simptom-simptom:						Jika ya, sila berikan butir-butiran: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
Adakah diagnosis disebabkan atau berkenaan dengan mana-mana yang berikut?								
(a) Anomali kongenital?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	(e) Rabun atau pembetulan penglihatan?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak			
(b) Keturunan?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	(f) Pembedahan komestik atau plastik?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak			
(c) Kehamilan atau kelahiran anak?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	(g) Pemeriksaan kesihatan rutin?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak			
(d) Dadah atau alkohol?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	(h) Gangguan mental atau saraf?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak			
Nama of hospital :		Tarikh Masuk :			Tarikh Keluar :			
		Hari	Bulan	Tahun	Hari	Bulan	Tahun	
Aduan sakit utama yang dialami oleh pesakit :								
Bagi kecederaan, adakah aduan pesakit disebabkan kemalangan tersebut? Jika tidak, adakah ia berkaitan dengan kemalangan sebelumnya atau lain-lain sebab? Sila berikan butir-butiran.								
Ringkasan pelepasan (termasuk rawatan, prosedur investigasi, keputusan, dan / atau apa-apa komplikasi dan rawatan susulan yang dirancang).								
Jika pembedahan dijalankan keatas pesakit, sila isikan ruang di bawah :								
Nama dan jenis prosedur :					Tarikh prosedur :			
					Hari	Bulan	Tahun	
Pengakuan								
Saya mengesahkan bahawa kenyataan yang diberikan adalah benar dan betul mengikut pengetahuan saya.								
Tandatangan dan chop :		Nama doktor yang bertugas :			Tarikh :			
					Hari	Bulan	Tahun	
Kelayakan :		No.Telefon :			Hospital :			

SECTION II – To be completed by the Attending Doctor (IN BLOCK LETTERS) MRN No:

PA

Policy No. _____

For Office Use: _____

NB : To be completed by attending doctor at patient's own expense. If space provided is insufficient, please attach separate sheet.

MEDICAL REPORT

Name: Patient Ref. No. Date of Accident:	Age: Time of Accident:	I/C No: Occupation: Date first consulted:
1. Name of Referral Doctor: Date of Referral:	Address of Referral Doctor:	
2.(a) Describe in detail the nature of accident as related to you by the patient.	2.(b) Describe in detail nature of illness/injury. Is condition due to pregnancy? Yes No	
3. (a) Were there any external and visible injuries seen as a result of this accident? (b) If yes, describe the extent of injuries including site and other characteristic features as seen by you.	3. (a) Yes No (b)	
4. Are the patient's symptoms: (a) Due solely to this accident or (b) Traceable to disease infirmity or any other cause?	4. (a) (b)	
5. Is the patient now or was he at the time of the accident suffering from any illness, disease or infirmity? If so, state the nature and to what extent his recovery has been or may be retarded thereby.	5.	
6. Treatments given including follow-up (such as number of stitches, physiotherapy, type of dressing, etc.). <u>Date(s)</u> <u>Time (am/pm)</u> <u>Treatments</u>		
Stitches were removed on: _____		
7. Name and address of other physician who treated patient for the same injury: <u>Name</u> <u>Address</u> <u>Approximate dates</u>		
8. Did the injuries require any of the following: a) Hospitalisation Yes No. Date admitted: _____ Date discharged: _____ b) Surgery Yes No. Type of surgery performed: _____ c) X-ray Yes No. Please enclose a copy of the X-ray report. d) Special diagnostic procedure or treatment Yes No. Type of procedure/treatment: _____ e) Was there any limitation of movement on any joint Yes No. _____ at the last day of treatment, if yes, please give details.		
9. Is the patient suffering from any <u>permanent total / permanent partial disablement</u> (loss of use/function) due to this incident? No. Yes, 100% Permanent Total Disablement Yes, Permanent Partial Disablement at _____ % Date of final re-assessment : _____ If yes, please also provide the date of the onset of the permanent disablement : _____ Detailed description of the permanent disablement: _____		
10. Have you any reason to suppose that he was under the influence of intoxicants at the time of the accident?		

I hereby certify that I have personally examined and treated the patient for his/her injuries described above and that the facts as stated above represent my medical opinion of his/her condition.

Name: _____

Qualification: _____ Signature: _____

Tel. No: _____ Date: _____

Hospital/Clinic Stamp

SEKSYEN II - Untuk di penuh oleh Doktor yang merawat (DALAM HURUF BESAR) No. MRN

PA

IA
No. Polisi :

NOTA : Untuk dipenuhi oleh doktor yang merawat atau perbelanjaan pesakit sendiri.

No. Tuntutan :

LAPURAN PERUBATAN

Nama : No. Ruj. Pesakit : T/Kemalangan :	Umur : Masa Kemalangan :	No. K/P : Pekerjaan : Tarikh mula jumpa doktor :
1. Nama Doktor Rujukan Tarikh Rujukan :		Alamat Doktor Rujukan :
2. (a) Nyatakan secara terperinci kemalangan seperti yang diberitahu oleh pesakit.		2. (b) Nyatakan secara terperinci jenis penyakit/kecederaan : Adakah keadaan disebabkan oleh kehamilan ? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
3. (a) Adakah apa-apa kecederaan luaran yang dapat dilihat disebabkan oleh kemalangan ini ? (b) Jika ya, nyatakan setakat mana had kecederaan termasuk tempat dan ciri-ciri lain yang dapat anda lihat.		3. (a) <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tiada (b)
4. Adakah tanda-tanda yang dialami pesakit : (a) Disebabkan oleh kemalangan ini atau (b) Dikesan kepada penyakit atau apa-apa sebab lain ?		4. (a) (b)
5. Adakah pesakit menghadapi sebarang penyakit, sekarang atau semasa berlakunya kemalangan ? Jika ada, sila nyatakan jenis dan setakat mana, yang telah atau mungkin memperlambatkan tempuh pemulihan		5.
6. Rawatan yang telah diberikan termasuk rawatan susulan (seperti jumlah jahitan, fisioterapi, balutan dan sebagainya) : Tarikh Masa Rawatan		
Jahitan dibuka pada :		
7. Nama dan alamat lain-lain doctor yang merawat pesakit ini untuk kecederaan yang sama : Nama Alamat Tarikh		
8. Adakah kecederaan tersebut memerlukan mana-mana seperti berikut : a) Masuk Wad <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Tarikh Masuk Wad: _____ Tarikh Keluar Wad : _____ b) Pembedahan <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jenis Pembedahan dilakukan : _____ c) X-ray <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Sila kepilkan salinan repot X-Ray d) Prosedur atau rawatan diagnostik khas <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jenis prosedur/rawatan: _____ e) Adakah apa-apa pembatasan pergerakan mana <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak _____ mana sendi pada hari terakhir rawatan, jika ya, sila berikan butir-butir.		
9. Adakan pesakit mengalami apa-apa hilang daya upaya <u>kekal</u> dan menyeluruh / daya upaya <u>kekal yang separa</u> (hilang penggunaan/fungsi) akibat kejadian ini ? <input type="checkbox"/> Tiada <input type="checkbox"/> Ya, 100% Hilang Daya Upaya Kekal & Menyeluruh <input type="checkbox"/> Ya, Hilang Daya Upaya Kekal & Separanya sebanyak _____ % Tarikh akhir pemeriksaan semula : _____ Jika ya, nyatakan tarikh bermulanya hilang daya upaya kekal : _____ Nyatakan secara terperinci hilang daya upaya kekal tersebut : _____		
10. Adakah anda mempunyai sebab-sebab yang boleh dipercayai bahawa pesakit di atas adalah di bawah pengaruh alkohol/dadah pada waktu berlakunya kemalangan ?		

Saya dengan ini memberikan pengesahan bahawa saya telah memeriksa dan merawat pesakit di atas bagi kecederaan yang dinyatakan di atas dan segala fakta-fakta yang dinyatakan di atas adalah pendapat perubatan saya yang bersabit dengan keadaan pesakit tersebut.

Nama _____

Kelayakan : _____ T/Tangan : _____

No. Tel.: _____ Tarikh : _____

E-PAYMENT SYSTEM via CREDIT or GIRO
 SISTEM E-PEMBAYARAN MELALUI CREDIT ATAU GIRO

No	Description Penerangan	Remarks Keterangan	
1	Name of Account Holder <i>Nama Pemegang Akaun</i>	Must be the same as per name / company name registered with the bank. <i>Mesti sama seperti nama / nama syarikat yang berdaftar dengan bank.</i>	
2	NRIC or Passport or Company Registration Number <i>Nombor Kad Pengenalan atau Pasport atau Pendaftaran Syarikat</i>	NRIC (new) NRIC (old) Passport No. Business Registration No.	
3	Policy Number <i>Nombor Polisi</i>	Policy number relating to this payment. <i>Nombor polisi berkenaan pembayaran ini.</i>	
4	Telephone Number <i>Nombor Telefon</i>	Telephone number if contact is required. <i>Nombor telefon jika perlu dihubungi.</i>	
5	Bank Account Number <i>Nombor Akaun Bank</i>		
6	Bank Name <i>Nama Bank</i>		
7	E-mail Address <i>Alamat E-mel</i>	Our bank will notify account holder once each remittance has been made. <i>Bank kami akan memaklumkan pemegang akaun setelah pengiriman wang telah dibuat.</i>	

BENEFITS OF E-PAYMENT: Faster, Convenient & Secure
 KELEBIHAN E-PEMBAYARAN: Lebih Cepat, Mudah & Selamat

I/We declare and confirm that all information provided is full, complete, true and accurate. I/We have read and agreed to AIG Malaysia's Privacy Policy at <https://www.aig.my/privacy-policy>. If I/We am/are submitting information relating to another individual, I/We represent and warrant that I/We have the authority to provide that information to AIG and/or its service providers and the individual agrees and consents, that AIG and/or its service providers may collect, use and disclose his/her personal information in accordance with AIG's Privacy Notice. Saya/Kami mengaku dan mengesahkan bahawa semua maklumat yang diberikan adalah penuh, lengkap, benar dan tepat. Saya/kami telah membaca dan bersetuju dengan Polisi Privasi AIG Malaysia di <https://www.aig.my/privacy-policy>. Jika saya/kami memberikan maklumat bagi pihak individu lain, saya/kami mengesahkan bahawa saya/kami mempunyai kebenaran untuk memberikan maklumat individu tersebut kepada AIG dan/atau pembekal servis AIG, dan individu tersebut memberarkan AIG dan/atau pembekal servis AIG untuk mengambil, menggunakan dan mendedah maklumat individu tersebut mengikut Notis Privasi AIG.

I/We hereby authorise AIG Malaysia Insurance Berhad to release payment via direct credit or GIRO to above Bank Account. I/We further understand that AIG Malaysia relies on the above information and instruction in order to make payment and in the event of any loss arising from this payment, AIG Malaysia is absolved from any or all liability. Saya/Kami dengan ini memberarkan AIG Malaysia Insurance Berhad untuk membuat pembayaran melalui kredit langsung atau GIRO ke Bank Akaun tertera di atas. Saya/Kami selanjutnya memahami bahawa AIG Malaysia bergantung kepada maklumat dan arahan di atas untuk membuat pembayaran dan AIG Malaysia akan dibebaskan daripada semua liabiliti jika timbul apa-apa kerugian daripada pembayaran ini.

Signature and/or Company Stamp :

Tandatangan dan/atau Cop Syarikat :

Name as per NRIC :

Nama Penuh seperti di dalam Kad Pengenalan :

Date :

Tarikh :