

## ILTIZAM SELANGOR SIHAT

### SENARAI SEMAK DOKUMEN YANG DIPERLUKAN BAGI TUNTUTAN KEMATIAN / KECACATAN MENYELURUH AKIBAT KEMALANGAN.

Sila tanda (✓) di ruangan yang disediakan.

| DOKUMEN BAGI PERMOHONAN MANFAAT KEMATIAN / KECACATAN MENYELURUH AKIBAT KEMALANGAN |                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                   | Borang Tuntutan Kematian / Kecacatan Menyeluruh Akibat Kemalangan (Borang B)                                        |
|                                                                                   | Salinan Kad Pengenalan Pemohon                                                                                      |
|                                                                                   | Salinan Penyata Bank Pemohon                                                                                        |
|                                                                                   | Salinan Sijil Kematian (Kemalangan yang Mengakibatkan Kematian)                                                     |
|                                                                                   | Laporan Perubatan/Surat Perakuan Pegawai Perubatan (Kemalangan yang Mengakibatkan Kecacatan Menyeluruh)             |
|                                                                                   | Salinan Laporan Polis                                                                                               |
|                                                                                   | Salinan Sijil Nikah / Sijil Lahir "Pihak yang Menuntut" (Kemalangan yang Mengakibatkan Kematian)                    |
|                                                                                   | Salinan Sijil Kematian Pasangan Jika "Pihak yang Menuntut" anak / Ibu Bapa (Kemalangan yang Mengakibatkan Kematian) |

#### NOTA :

- Permohonan Tuntutan Manfaat Tambahan adalah tertakluk pada terma & syarat
- Dokumen-dokumen sokongan hendaklah disahkan oleh Pegawai Kerajaan Kumpulan A/ ADUN/ Penghulu/ Pesuruhjaya Sumpah.
- Bagi menyemak status keahlian pemohon utama/keluarga berdaftar, sila rujuk link tersebut: <https://www.iltizamselangorsihat.com/kelayakan.html> atau hubungi talian khidmat pelanggan kami 1-800-22-6600
- Pihak Selcare berhak **menolak** atau **membatalkan permohonan tuntutan** sekiranya permohonan yang dikemukakan dokumen tidak lengkap atau tidak mematuhi terma dan syarat permohonan.
- **PENTING:** Sila email Permohonan Manfaat Tuntutan Tersebut (dokumen lengkap) kepada [iss@selcare.com](mailto:iss@selcare.com)

Subject Email: PERMOHONAN TUNTUTAN MANFAAT ILTIZAM SELANGOR SIHAT (NAMA PEMOHON/NRIC PEMOHON)



1. Borang ini hendaklah diisi lengkap dalam tempoh tiga puluh (30) hari dari tarikh kemalangan. **Tertakluk kepada AHLI / KELUARGA BERDAFTAR sahaja.**

|                                                                                                        |  |                    |  |       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|--|-------|--|
| <b>A) Maklumat Pemohon:</b> <input type="checkbox"/> Kematian <input type="checkbox"/> Kecacatan Kekal |  |                    |  |       |  |
| Nama:                                                                                                  |  |                    |  |       |  |
| No.Kad Pengenal :                                                                                      |  |                    |  | Umur: |  |
| Jantina: <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan                            |  | No Telefon Bimbit: |  |       |  |
| Alamat surat menyurat:                                                                                 |  |                    |  |       |  |
| Alamat emel:                                                                                           |  |                    |  |       |  |

  

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--|
| <b>B) Maklumat lanjut mengenai Kemalangan:</b><br>Kemalangan mengakibatkan: <input type="checkbox"/> Kematian <input type="checkbox"/> Kecacatan kekal<br>*Sila lengkapkan butiran pada nombor no. 1 hingga 5 dibawah.                                                                                                                                     |                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                              |  |
| 1. Tarikh kemalangan:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |               | 2. Waktu kemalangan:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><div></div><div>H</div></div> <div><div></div><div>H</div></div> <div><div></div><div>B</div></div> <div><div></div><div>B</div></div> <div><div></div><div>T</div></div> <div><div></div><div>T</div></div> <div><div></div><div>T</div></div> <div><div></div><div>T</div></div> </div> |                      |               | am/pm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |  |
| 3. Lokasi kemalangan:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |               | 4. Tarikh Kematian (Jika ada):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |               | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><div></div><div>H</div></div> <div><div></div><div>H</div></div> <div><div></div><div>B</div></div> <div><div></div><div>B</div></div> <div><div></div><div>T</div></div> <div><div></div><div>T</div></div> <div><div></div><div>T</div></div> <div><div></div><div>T</div></div> </div> |                              |  |
| 5. Maklumat rawatan (Perlu pengesahan Doktor / Hospital)                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                              |  |
| *Diisi bagi tuntutan kecacatan kekal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                              |  |
| Tarikh rawatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Tarikh kemasukan wad | Tarikh discaj | Diagnosis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Pengesahan Doktor / Hospital |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                              |  |

  

|                                                                                                                                                                                               |                         |              |                    |            |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|--------------------|------------|-----------|
| <b>C) Maklumat Pihak Majikan (Jika bekerja sila isikan maklumat dibawah, jika tidak bekerja, sila nyatakan_____)</b><br>Nota Penting: Ruangan ini diisi bagi tuntutan kecacatan kekal sahaja. |                         |              |                    |            |           |
| 1. Maklumat pekerjaan anda.                                                                                                                                                                   |                         |              |                    |            |           |
| Tarikh mula berkhidmat                                                                                                                                                                        | Tarikh tamat berkhidmat | Nama majikan | Jawatan disandang  | Skop kerja | Gaji (RM) |
|                                                                                                                                                                                               |                         |              |                    |            |           |
| 2. Nama majikan ketika anda disahkan mengalami kecacatan kekal:                                                                                                                               |                         |              |                    |            |           |
| 3. Alamat majikan ketika anda disahkan mengalami kecacatan kekal:                                                                                                                             |                         |              |                    |            |           |
| 4. No. telefon majikan:                                                                                                                                                                       |                         |              |                    |            |           |
| 5. Skop kerja ketika disahkan mengalami kecacatan kekal:                                                                                                                                      |                         |              |                    |            |           |
| 6. Suasana kerja: <input type="checkbox"/> Kilang <input type="checkbox"/> Luar Pejabat <input type="checkbox"/> Pejabat                                                                      |                         |              | 7. Jenis industri: |            |           |
| 8. Adakah anda mengendalikan sebarang mesin? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak                                                                                       |                         |              |                    |            |           |
| 9. Apakah waktu berkerja dan hari berkerja anda?                                                                                                                                              |                         |              |                    |            |           |
| 10. Adakah anda perlu bekerja mengikut syif, hari ahad dan "on-call"?                                                                                                                         |                         |              |                    |            |           |

**D) Maklumat Penerima Tuntutan**

Nama Bank:

Nama Pemegang Akaun:

No. Akaun Bank:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**E) PERAKUAN PEMOHON**

*Saya bersetuju bahawa semua maklumat yang dinyatakan di atas adalah lengkap dan benar berdasarkan pengetahuan saya.*

*Saya membenarkan mana-mana pegawai perubatan, pakar bedah, klinik, hospital, syarikat insurans, orang perseorangan lain yang pernah merawat atau memeriksa saya atas apa jua sebab, untuk memberikan sebarang / semua maklumat berkaitan penyakit / kecederaan dan menyediakan salinan laporan perubatan termasuk sejarah perubatan terdahulu ke pihak Selcare Management Sdn. Bhd.*

*Saya juga membenarkan pihak Selcare Management Sdn. Bhd. untuk memproses maklumat saya bagi tujuan pemprosesan pembayaran tuntutan ini. Saya bersetuju untuk membayar kembali kos yang ditanggung oleh Selcare Management Sdn. Bhd. sekiranya tuntutan didapati tidak dilindungi atas sebarang alasan.*

Tandatangan Pemohon

Nama:

No. Kad Pengenalan:

Tarikh:

**Disahkan oleh ADUN:**Tandatangan & Cop Pengesahan  
Pejabat ADUN

Nama:

Jawatan:

No. Kad Pengenalan:

Tarikh:

**Untuk tindakan Selcare Management Sdn. Bhd.**

Disemak oleh:

Tandatangan:

Nama:

Tarikh:

Catatan: