

## BORANG TUNTUTAN UJIAN COVID-19

**MAKLUMAT PENTING:**

1. Semua bahagian dalam borang tuntutan ini mesti dilengkapkan dengan sepenuhnya sebelum penyerahan bagi mengelakkan tuntutan ditolak.
2. Sekiranya anda mempunyai lebih daripada satu polisi insurans / sijil takaful perubatan dan kesihatan dengan syarikat insurans dan/atau pengendali takaful yang berbeza, sila nyatakan polisi / sijil pilihan anda untuk proses pengesahan.

**Untuk penghantaran tuntutan Tabung Saringan COVID-19 (CTF) bagi Pesakit yang Memerlukan Pembedahan, berikut adalah langkah-langkah tambahan yang diperlukan:**

3. Untuk item 4 Bahagian B, anda mesti menandakan (/) pada Lain-lain Gejala dan menyatakan jenis pembedahan.
4. Untuk Bahagian C, anda mesti menandakan (/) pada Senarai Semak 1 dan Doktor mesti menandakan (/) pada **Pengisytiharan oleh Doktor untuk pengesahan pembedahan** beserta dengan diagnosis. Di samping itu, Doktor perlu menandakan (/) pada **Pengisytiharan oleh Doktor untuk ujian COVID-19** dan memberikan butiran seperti Nama, Alamat & Nombor untuk dihubungi.
5. Setelah anda melengkapkan Borang Tuntutan Ujian COVID-19, sila muat naik Borang Tuntutan Ujian COVID-19 berserta dokumen sokongan yang berkaitan ke dalam portal [www.MyCTF.my](http://www.MyCTF.my).
6. Soalan Lazim terperinci mengenai Dana Ujian COVID-19 boleh dilayari melalui portal [www.MyCTF.my](http://www.MyCTF.my).

**BAHAGIAN A Maklumat Pemegang Polisi/Sijil & Orang yang Diinsurankan/Dilindungi**

<b>1. Nama Pemegang Polisi/Sijil</b> (nyatakan nama majikan jika polisi/sijil berkelompok) :			
<b>2. Nama orang yang Diinsurankan/Dilindungi</b> (Jika selain dari Pemegang Polisi/Sijil. Ini termasuk pekerja dan keluarga jika orang yang diinsurankan/dilindungi dibawah polisi/sijil berkelompok) :			
<b>3. No Kad Pengenalan Baru/Lama / Pasport / Lain-lain ID Orang yang Diinsurankan/Dilindungi:</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;"> <b>No Kad Pengenalan Baru</b>  <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 20px;"></div> </td> <td style="width: 33%; padding: 2px;"> <b>No Kad Pengenalan Lama / Pasport / Lain-lain ID</b>  <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100%; height: 20px;"></div> </td> </tr> </table>	<b>No Kad Pengenalan Baru</b> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 20px;"></div>	<b>No Kad Pengenalan Lama / Pasport / Lain-lain ID</b> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100%; height: 20px;"></div>
<b>No Kad Pengenalan Baru</b> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 20px;"></div>	<b>No Kad Pengenalan Lama / Pasport / Lain-lain ID</b> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100%; height: 20px;"></div>		

**BAHAGIAN B Pengisytiharan COVID-19**

<b>4. Pernahkah anda mengalami gejala berikut selama 14 hari yang lalu? Sila tanda mana yang berkenaan</b>	<input type="checkbox"/> Demam <input type="checkbox"/> Batuk <input type="checkbox"/> Sakit Tekak <input type="checkbox"/> Sesak Nafas <input type="checkbox"/> Lain-lain Gejala (sila nyatakan)						
<b>5. Pernahkah anda membuat perjalanan ke / tinggal di luar negara dalam masa 14 hari sebelum bermulanya sakit?</b>	<input type="checkbox"/> Ya, sila nyatakan negara <input type="checkbox"/> Tidak						
<b>6. Tarikh berlepas dari negara tersebut</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%; text-align: center;">-</td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> </tr> </table>			-			
		-					
<b>7. Pernahkah anda mempunyai hubungan rapat<sup>1</sup> dengan kes sah COVID-19<sup>2</sup> dalam masa 14 hari sebelum bermulanya sakit?</b>	<input type="checkbox"/> Ya, sila nyatakan nama <input type="checkbox"/> Tidak						
<b>8. Pernahkah anda menghadiri majlis umum yang dikaitkan dengan wabak COVID-19 ?</b>	<input type="checkbox"/> Ya, sila nyatakan peristiwa & tarikh <input type="checkbox"/> Tidak						

<sup>1</sup> Hubungan rapat ditakrifkan sebagai :

- a) Petugas kesihatan berkaitan yang terdedah tanpa Kelengkapan Perlindungan Peribadi yang lengkap (termasuk memberikan rawatan terus untuk pesakit COVID-19, bekerja dengan pekerja penjagaan kesihatan yang dijangkiti COVID-19, melawat pesakit atau tinggal bersama dip persekitaran tertutup dengan pesakit COVID-19).
- b) Berkerja bersama dalam jarak dekat atau berkongsi persekitaran yang sama dengan pesakit COVID-19.
- c) Pernah menaiki bersama dengan pesakit COVID-19 di dalam apa jenis kenderaan .
- d) Tinggal di rumah yang sama dengan pesakit COVID-19

<sup>2</sup> Kes sah COVID-19 ditakrifkan sebagai seorang yang telah mendapat pengesahan makmal mempunyai jangkitan COVID-19.

**BAHAGIAN C Senarai Semak Bagi Penyerahan Dokumen-Dokumen Tuntutan (Sila tanda (/) satu sahaja)**

<input type="checkbox"/> Senarai Semak 1	<b>Pengisytiharan oleh Doktor untuk pengesahan pembedahan</b> <input type="checkbox"/> Saya telah meneliti sejarah dan memeriksa pesakit dan mengistiharkan bahawa pesakit tersebut perlu menjalani pembedahan kecemasan <sup>3</sup> / separa kecemasan <sup>4</sup> dengan diagnosis berikut:	
<b>ATAU</b>	Nota: Takrifan berikut berdasarkan Indeks Keterukan Kecemasan dari Agensi Penyelidikan dan Kualiti Penjagaan Kesihatan (agensi di bawah Jabatan Kesihatan dan Perkhidmatan Manusia Amerika Syarikat): <sup>3</sup> Kecemasan bermaksud situasi di mana pesakit memerlukan campur tangan segera untuk menyelamatkan nyawa <sup>4</sup> Separu Kecemasan bermaksud pesakit berisiko tinggi yang keadaannya mudah merosot atau yang mempunyai gejala keadaan yang memerlukan rawatan dalam tempoh tertentu	
	<b>Pengisytiharan oleh Doktor untuk ujian COVID-19</b> <input type="checkbox"/> Saya telah meneliti sejarah dan memeriksa pesakit dan mengistiharkan kenyataan yang diberikan oleh pesakit dalam Bahagian A dan Bahagian B adalah benar.	
	Pesakit ini <input type="checkbox"/> perlu untuk mengambil ujian COVID-19 <input type="checkbox"/> tidak diperlukan untuk mengambil ujian COVID-19	
	Sila sertakan dokumen-dokumen berikut 1. Resit asal atau salinan imbasan resit asal 2. Salinan kad pengenalan atau pasport penuntut seperti yang dinyatakan dalam item 2 Bahagian A.	Nama Doktor, Alamat, No untuk Dihubungi :
<input type="checkbox"/> Senarai Semak 2	Sila sertakan dokumen-dokumen berikut 1. Salinan surat rujukan doktor untuk menunjukkan bahawa anda dikehendaki melakukan ujian COVID-19 2. Resit asal atau salinan imbasan resit asal 3. Salinan kad pengenalan atau pasport penuntut seperti yang dinyatakan dalam item 2 Bahagian A.	
<b>ATAU</b>		
<input type="checkbox"/> Senarai Semak 3	Sila sertakan dokumen-dokumen berikut 1. Salinan Borang Perintah Untuk Pengawasan Dan Pemerhatian Di Rumah Kediaman (Seperti di Lampiran 14b Garis Panduan Pengurusan COVID-19 di Malaysia No.05 / 2020 yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesihatan) 2. Resit asal atau salinan imbasan resit asal 3. Salinan kad pengenalan atau pasport penuntut seperti yang dinyatakan dalam item 2 Bahagian A.	

**BAHAGIAN D Pengisytiharan Dan Pemberian Kuasa**

1. Saya faham dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh Pentadbir (sama ada terkandung dalam borang ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh dipegang, digunakan, dan diberikan oleh Pentadbir kepada individu / organisasi yang berhubung dan berkaitan dengan Pentadbir atau mana-mana pihak ketiga yang dipilih (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk syarikat-syarikat reinsurans/retakaful dan penyiasatan tuntutan dan persatuan / persekutuan industri) bagi tujuan memproses permohonan ini dan untuk berkomunikasi dengan saya untuk tujuan seperti itu. Saya faham bahawa saya berhak memperoleh akses kepada dan permohonan untuk mengemaskini atau memperbetulkan sebarang maklumat peribadi yang dipegang oleh Pentadbir berkaitan dengan saya. Permohonan seperti itu boleh dibuat kepada syarikat insurans dan pengendali takaful saya sendiri.

2. Saya faham dan bersetuju bahawa

- Saya dibenarkan untuk menuntut manfaat ini sekali seumur hidup, tanpa mengira bilangan polisi-polisi / sijil-sijil yang saya miliki dengan beberapa syarikat insurans / pengendali takaful dan tertakluk kepada ketersediaan dana;
- Saya faham bahawa penerimaan borang tuntutan oleh Pentadbir tidak boleh dianggap sebagai perakuan liabiliti Pentadbir ke atas tuntutan yang dibuat oleh saya.
- Saya telah membaca dan memahami Terma-terma & Syarat-syarat Tabung Ujian COVID-19.

**Nota:** Pembayaran Tabung Ujian Covid-19 ditadbir secara bersama oleh Persatuan Insurans Hayat Malaysia (LIAM), Persatuan Insurans Am Malaysia (PIAM) dan Persatuan Takaful Malaysia (MTA) bersama-sama dengan semua ahli persatuan-persatuan ini

Saya mengesahkan bahawa saya adalah Pemegang Polisi / Sijil / Orang yang Diinsuranskan / Dilindungi dan semua maklumat yang diberikan di sini adalah benar dan tepat.

Nama:	Tandatangan:	Tarikh: