



SERIAL NO:

**PROGRESSIVE INSURANCE BHD (19002-P)**

6th, 9th &amp; 10th Floor, Menara BGI, Plaza Berjaya, No. 12, Jalan Imbi, 55100 Kuala Lumpur.

P.O. Box 10028, 50700 Kuala Lumpur.

Tel: 03-21188000 Fax: 03-21188100(Claims)

Website: www.progressiveinsurance.com.my

**BRANCH NETWORK / RANGKAIAN CAWANGAN**

<b>BUTTERWORTH</b>	2755, Ground & 1st Floor, Jalan Chain Ferry, Taman Inderawasih, 13600 Prai, Seberang Prai Tengah, Penang.	Tel: +60 4397 7128	Fax: +60 4397 7126
<b>JOHOR BAHRU</b>	No. 17-01, Jalan Kebun Teh 1, Pusat Perdagangan Kebun Teh, 80250 Johor Bahru, Johor.	Tel: +60 7227 0991/2	Fax: +60 7227 0996
<b>MELAKA</b>	13-A, Jalan Melaka Raya 24, Taman Melaka Raya, 75000 Melaka.	Tel: +60 6288 3831	Fax: +60 6288 3832
<b>KOTA KINABALU</b>	Ground Floor & 7th Floor, Wisma Perkasa, Jalan Gaya, Kota Kinabalu, Sabah, P.O. Box 13936, 88845 Kota Kinabalu, Sabah.	Tel: +60 8824 4216	Fax: +60 8821 8004
<b>KUCHING</b>	Sublot 11&12, Lots 9966 & 9967, First Floor, Premier 101, Jalan Tun Jugah, 93350 Kuching, P.O. Box 2749, 93754 Kuching, Sarawak.	Tel: +60 8257 2019/30/31	Fax: +60 8257 2013
<b>SANDAKAN</b>	1st Floor, Lot 1, Block 3, Bandar Indah, Mile 4, North Road, 90000 Sandakan, Sabah.	Tel: +60 8923 8810	Fax: +60 8923 7709

**HOSPITAL & SURGICAL CLAIM FORM****SECTION 1 : TO BE COMPLETED BY CLAIMANT  
SEKSYEN 1 : UNTUK DIISI OLEH PIHAK DIINSURANSKAN / PIHAK PENUNTUT**

1) Name of employee / member : <i>Nama pekerja / ahli</i>	Occupation: <i>Pekerjaan</i>	Age: <i>Umur</i>	Sex: <i>Jantina</i>
2) Name of patient (if other than employee / insured): <i>Nama pesakit (selain daripada kakitangan / pihak yang diinsuranskan)</i>	Occupation: <i>Pekerjaan</i>	Age: <i>Umur</i>	Sex: <i>Jantina</i>
3) Present address: <i>Alamat sekarang</i>	4) Relationship of patient to employee / insured: <i>Perhubungan pesakit dengan kakitangan / pihak yang diinsuranskan)</i>		
5) Is the treatment / hospital confinement recommended and approved by a legally qualified physician or surgeon? <i>Adakah rawatan / kemasukan ke hospital ini diperakukan dan diluluskan oleh doktor atau pakar bedah yang berkelayakan?</i>			
<input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i> If answer is 'Yes' please state:- <i>Jika sekiranya 'Ya' sila nyatakan:-</i>			
a) Name of Physician / Surgeon: <i>Nama doktor / pakar bedah</i>		b) Address of Physician / Surgeon: <i>Alamat doktor / pakar bedah</i>	
6) Sickness / <i>Penyakit</i> :	b) Describe nature of sickness: <i>Huraikan Jenis penyakit</i>		
a) Date first began / <i>Tarikh bermula penyakit</i>			
7) Injury / <i>Kecederaan</i> :	b) Describe how and when accident happened: <i>Huraikan bagaimana dan bilakah kemalangan berlaku</i>		
a) Date occurred / <i>Tarikh berlakunya kecederaan:</i>			
8) Treatment / <i>Rawatan</i> :	b) Doctor's name and address: <i>Nama dan alamat doktor</i>		
a) Date first treated / <i>Tarikh rawatan pertama:</i>			

I hereby authorise any hospital, physician, or other person who has attended me or examined me, to disclose when requested to do so by **PROGRESSIVE INSURANCE BHD**, any and all information with respect to any illness, or injury, medical history, consultations, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records. A photostatted copy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

Saya dengan ini memberikan kebenaran kepada doktor perubatan, pengamal, perubatan, hospital atau klinik yang merawat atau memeriksa saya untuk memberi maklumat lengkap berhubung dengan riwayat kesihatan saya termasuk latarbelakang penuh perubatan saya dan salinan - salinan rekod perubatan saya jika sekiranya dikehendaki oleh **PROGRESSIVE INSURANCE BHD**. Salinan fotostat surat kebenaran ini hendaklah dianggap sah dan sama tarafnya dengan salinan asal.

\_\_\_\_\_  
Signature of employee / member  
*Tandatangan pekerja / ahli*

\_\_\_\_\_  
Signature of patient  
*Tandatangan pesakit*

\_\_\_\_\_  
Date  
*Tarikh*

**SECTION II : TO BE COMPLETED BY EMPLOYER/POLICYHOLDER**  
**SEKSYEN II : UNTUK DIISI OLEH PIHAK MAJIKAN PEMEGANG POLISI**

1) Name of employer/policyholder <i>Nama majikan / pemegang polisi</i>		Policy no <i>Nombor polisi</i>
2) Name of employee / insured <i>Nama pekerja / pihak yang diinsuranskan</i>		
3) a) Date of employment <i>Tarikh mula bekerja</i>	b) Effective date of employee / Insured's insurance <i>Tarikh mula berkuatkuasa insurans pekerja / pihak yang diinsuranskan</i>	
4) If Patient is a dependent, state the effective date of his/her insurance <i>Jika pesakit adalah tanggungan pekerja, nyatakan tarikh mula berkuatkuasa insurans pesakit</i>		
Any previous claim in respect of this employee / insured / dependent under this policy? <i>Adakah sebarang tuntutan berkenaan dengan pesakit / pihak yang diinsuranskan / tanggungan dibawah polisi ini?</i>		<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No <i>Ya / Tidak</i>
If yes, please give details / <i>Jika ya, Sila beri maklumat</i>		
5) a) Eligible for benefit under <i>Layak untuk manfaat dibawah plan</i>	b) Insured as <i>Diinsuranskan sebagai</i>	
Plan _____ <i>Plan</i>	<input type="checkbox"/> Employee only <i>Pekerja sahaja</i> <input type="checkbox"/> Employee and dependents <i>Pekerja dan tanggungannya</i>	
_____ Stamp and signature of employer <i>Tandatangan dan cop majikan</i>		_____ Date <i>Tarikh</i>

**SECTION III : To be completed by the Attending Doctor (IN BLOCK LETTERS)**

**MRN No.:** \_\_\_\_\_

**MEDICAL REPORT**

Name of Hospital and Address														
Name of Patient		NRIC No.												
Date and Time of Admission (dd) [ ] (mm) [ ] (yy) [ ] (hrs) [ ]	Date and Time of Discharge (dd) [ ] (mm) [ ] (yy) [ ] (hrs) [ ]													
Name of Referring Doctor and Address														
Admitting Doctor	Attending Doctor(s)	Specialty												
1a. Diagnosis/ICD Coding	4a. Please (✓) Nature of Treatment and Investigation: <input type="checkbox"/> OPERATION <input type="checkbox"/> PHYSIOTHERAPPY <input type="checkbox"/> DIETARY COUNSELLING <input type="checkbox"/> MEDICATIONS <input type="checkbox"/> X-RAY <input type="checkbox"/> BLOOD TESTS <input type="checkbox"/> OTHERS, give details _____ _____ _____													
1b. Cause and Pathology (if applicable) of the above diagnosis  _____	4b. If more than one procedure was involved, please state Type of Procedures performed: <table border="1"> <thead> <tr> <th>TYPE</th> <th>DATE</th> <th>NAME OF DOCTOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>i</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ii</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>iii</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		TYPE	DATE	NAME OF DOCTOR	i			ii			iii		
TYPE	DATE	NAME OF DOCTOR												
i														
ii														
iii														
2a. When did patient first consult you for this condition? (dd) [ ] (mm) [ ] (yy) [ ]	4c. Other medical conditions present? _____ Since (dd/mm/yy) _____ _____ Since (dd/mm/yy) _____ _____ Since (dd/mm/yy) _____													
2b. Was the patient previously treated for this condition? ( ) No ( ) Yes, give details and when: (dd) [ ] (mm) [ ] (yy) [ ]														
2c. In your professional opinion, how long has the condition existed? (dd) [ ] (mm) [ ] (yy) [ ]														
3. Any possibility of a relapse? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	5. Was the condition <input type="checkbox"/> Congenial <input type="checkbox"/> Nervous <input type="checkbox"/> Mental													

6. Was the patient pregnant at the time of hospitalisation'? (For Females Only)			
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes _____ months			
7. If the hospitalisation was due to an accident, please indicate date/time of accident			
(dd) <input type="text"/> (mm) <input type="text"/> (yy) <input type="text"/> (hrs) <input type="text"/>			
8. Discharge/Follow-up instruction			
<hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Signature and Name of Attending Doctor</span> <span>Hospital Stamp</span> <span>Date</span> </div>			
<b>E-PAYMENT / PEMBAYARAN ELEKTRONIK</b>			
1) Progressive Insurance Bhd will not be liable for any financial loss due to incomplete or inaccurate information as provided below. <i>Progressive Insurance Bhd tidak akan bertanggungjawab ke atas sebarang kerugian kewangan akibat daripada maklumat yang tidak lengkap atau tepat sebagaimana di peruntukan di bawah.</i>			
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. <i>Untuk tujuan pengesahan, saya/kami melampirkan butiran perbankan saya bersama salinan penyata bank yang berkaitan.</i>			
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. / Company No.: <i>No. Kad Pengenalan/Syarikat</i>	New: <i>Baru</i>	Old : <i>Lama</i>	Co. No.: <i>No. Syarikat</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. <i>Saya/Kami bersetuju dengan syarat-syarat yang tertera diatas dan mengesahkan segala maklumat di atas adalah benar dan betul.</i>			
Name: <i>Nama:</i> _____			
Position: <i>Jawatan:</i> _____			
Authorised Signatory and Company stamp <i>Tandatangan / Cop Syarikat</i>		Date: <i>Tarikh:</i> _____	
<b>GOODS &amp; SERVICE TAX (GST) QUESTIONNAIRE / SOALAN BERKAITAN CUKAI BARANG &amp; PERKHIDMATAN</b>			
<b>IMPORTANT:</b> Please answer the following questions regarding your / your company's GST registration status in order for us to comply with the requirements of the Goods & Services Tax Act 2014. . <b>PENTING:</b> Sila jawab soalan-soalan berikut tentang anda/status pendaftaran Cukai Barang & Perkhidmatan syarikat anda untuk membolehkan kami memenuhi keperluan Akta Cukai Barang & Perkhidmatan 2014.			
<b>INSURED'S DETAILS / BUTIR PEMEGANG POLISI</b>			
Policyholder Name/Company Name: <i>Nama Pemegang polisi/Syarikat</i>		<b>FOR OFFICE USE: / UNTUK KEGUNAAN PEJABAT:</b> Policy No: <i>No. Polisi</i>	
Address(1): <i>Alamat (1)</i>		Period of Insurance: <i>Tempoh Insurans</i>	
Address(2): <i>Alamat (2)</i>		Old IC/Business Registration No: <i>No Kad Pengenalan Lama/No. Pendaftaran Perniagaan</i>	
Postcode: <i>Poskod</i>	Town/City: <i>Bandar</i>	State: <i>Negeri</i>	
Contact Details / Butiran Untuk Dihubungi : Office Phone / No. Telefon Pejabat:		No: Facsimile : <i>No. Faks</i>	Email address: <i>Alamat emel</i>

**GOODS & SERVICE TAX REGISTRATION DETAILS / BUTIRAN PENDAFTARAN GST**

1. Are you/is your company GST registered?  
Adakah anda/syarikat anda berdaftar untuk GST?

- Yes, please give details / Jika ya, sila beri butirannya  
 No / Tidak

GST Registration No:  
No. Pendaftaran GST

Company Registration No:  
No. Pendaftaran Syarikat

GST registration effective date:  
Tarikh berkuatkuasa pendaftaran GST

GST applicable:  
GST yang diguna  Standard rated / Kadar Tetap  Zero rated / Kadar kosong  Exempted / Dikecualikan

\* Please enclose a copy of your GST registration approval from Royal Malaysian Custom Department (RMCD)  
\* Sila lampirkan salinan pendaftaran kelulusan GST yang disahkan oleh Jabatan Kastam Diraja Malaysia

2. If you have answered "Yes" to question 1, please answer the questions below:

Jika anda telah menjawab "Ya" untuk soalan 1, sila jawab soalan-soalan berikut:

- i) Are you entitled to claim GST incurred on this policy as Input Tax Credit (ITC)?  
Adakah anda berhak untuk membuat tuntutan GST dibawah polisi ini sebagai ITC?  Yes / Ya  No / Tidak
- ii) Are you a GST registered sole proprietorship?  
Adakah anda berdaftar sebagai perniagaan tunggal GST?  Yes / Ya  No / Tidak
- iii) If you are a GST registered sole proprietorship, are you purchasing this policy for business purpose?  
Jika anda berdaftar sebagai perniagaan tunggal GST adakah anda membeli polisi ini untuk kegunaan perniagaan?  Yes / Ya  No / Tidak

3) Please let us know if you are entitled to claim GST incurred on your Medical Insurance policy?  
Sila beritahu adakah anda berhak membuat tuntutan GST dibawah polisi Insuran Perubatan?  Yes / Ya  No / Tidak

4) Is the insurance purchased in compliance with any of the following Act(s)? / Collective Agreement  
Adakah anda membeli insurans ini untuk mematuhi mana-mana Akta / Perjanjian Kolektif yang berikut?

- Collective Agreement under Industrial Relation Act 1967 / Perjanjian Kolektif di bawah Akta Perhubungan Perusahaan 1967  
 Employees' Social Security Act 1969 / Akta Keselamatan Sosial Pekerja 1969  
 Workmen's Compensation Act 1952 / Akta Pampasan Pekerja 1952  
 No, Purchase of the insurance is not due to any of the above Act(s) / Collective Agreement  
Tidak, Pembelian insurans ini tidak disebabkan oleh mana-mana Akta / Perjanjian Kolektif di atas.

**CONFIRMATION / PENGESAHAN**

I/We hereby confirm that the information provided above is true and correct.  
Saya/ Kami mengesahkan bahawa maklumat diatas adalah benar dan betul.

\_\_\_\_\_  
Signatue of employer (Co):  
Tandatangan Majikan

Name:  
Nama \_\_\_\_\_

Company Stamp:  
Cop Syarikat \_\_\_\_\_

Designation:  
Jawatan \_\_\_\_\_

Date:  
Tarikh \_\_\_\_\_

**Notice / Notis**

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 kemusykilan berkenaan makna di dalam peruntukan Bahasa Malaysia, adalah dipersetujui bahawa versi Bahasa Inggeris akan digunakan.

1. Under the prudential framework of Corporate Governance the following avenues have been set up to handle customer grievances:-  
*Di bawah rangka kewaspadaan Kawalan Korporat, cara-cara berikut telah disediakan kepada sesiapa yang ingin membuat aduan:-*

a) The Customer Care Officer of Progressive Insurance Berhad (19002-P) ("Company") at tel: 603 2118 8000 or fax: 603 2118 8103. At branch level, complaints can be sent to the respective Branch Managers.  
*Pegawai Khidmat Pelanggan Progressive Insurance Berhad (19002-P) ("Syarikat") di tel: 603 2118 8000 atau faks: 603 2118 8103. Bagi bahagian cawangan, segala aduan boleh ditujukan kepada Pengurus Cawangan .*

b) The Financial Mediation Bureau (FMB) at tel: 03-2272 2811 or fax: 03-2272 1577  
Any policyholder who is not satisfied with the decision of an insurance company may write to the FMB. giving details of the dispute. the name of the insurance company and the policy number. Copies of the correspondence between the policyholder and the insurance company must be submitted to facilitate FMB's reference  
*Biro Pengantaraan Kewangan (BPK) di tel: 03-2272 2811 atau faks: 03-2272 1577*  
*Pemegang polisi yang tidak berpuas hati dengan keputusan sesebuah syarikat insurans boleh menulis surat aduan kepada BPK dengan butir-butir pertikaian, nama syarikat insurans dan nombor polisi. Salinan surat antara pemegang polisi dan pihak syarikat insurans perlu diserahkan kepada BPK untuk rujukan.*

An award of the FMB is binding on the Company. The policyholder can choose to accept or not. Acceptance is acknowledged only if it is in writing within 14 days of the decision. The Company shall settle the award within 30 days of policyholder's acceptance. But if the policyholder is not satisfied, he can reject the FMB's decision and pursue an alternative legal recourse instead. There is no fee charged for service of the FMB.  
*Pihak Syarikat adalah terikat kepada keputusan BPK. Pemegang polisi boleh memilih sama ada bersetuju atau tidak. Persetujuan hanya diterima secara bertulis dalam tempoh 14 hari. Pihak Syarikat akan menyelesaikan tuntutan dalam tempoh 30 hari dari persetujuan pemegang polisi. Sekiranya pemegang polisi tidak berpuas hati dengan keputusan BPK, beliau boleh memilih untuk mengambil tindakan alternatif undang-undang. Tidak ada yuran bayaran yang dicaj untuk perkhidmatan BPK.*

The address is / *Alamat ialah -*

**Biro Pengantaraan Kewangan**  
Tingkat 14, Blok Utama  
Dataran Kewangan Darul Takaful  
No. 4 Jalan Sultan Sulaiman  
50000 Kuala Lumpur

c) Laman Informasi Nasihat dan Khidmat of Bank Negara Malaysia (BNM) at tel 1-300-88-5465 (1300-88-LINK) or fax: 03-2174 1515  
Any policyholder who is not satisfied with the conduct of an insurance company may write to the Corporate Communication Department of BNM, giving details of the complaint, the name of the insurance company and the policy number or the claim number. Documentary support should be provided to facilitate reference.  
*Laman Informasi Nasihat dan Khidmat di Bank Negara Malaysia (BNM) di tel: 1-300-88-5465 (1300-88-LINK) atau faks: 03-2174 1515*  
*Pemegang polisi yang tidak puas hati dengan bimbingan pihak syarikat insurans boleh membuat aduan kepada Jabatan Komunikasi Korporat di BNM dengan butir-butir pertikaian, nama pihak syarikat insurans dan nombor polisi atau nombor tuntutan. Sokongan dokumen perlu diserahkan untuk rujukan.*

The address is / *Alamat ialah -*

**Pengarah**  
Laman Informasi Nasihat dan Khidmat (LINK)  
Tingkat Bawah, Blok C  
Bank Negara Malaysia  
Peti Surat 10922  
50929 Kuala Lumpur

2. By virtue of the Anti-Money Laundering & Anti-Terrorism Financing Act 2001, any 'Suspicious Transaction' as classified by the law is required to be reported to the Competent Authority at Bank Negara Malaysia.  
*Bersandarkan Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram & Pencegahan Pembiayaan Keganasan 2001, sebarang 'Transaksi yang Mencurigakan' seperti yang termaktub di bawah undang-undang hendaklah dilaporkan kepada pihak berkuasa yang berkenaan di Bank Negara Malaysia.*

3. **CONSENT TO USE OF PERSONAL DATA** : Any personal information collected or held by the Company (whether contained in this application or otherwise obtained) is provided to the Company and may be held, used and disclosed by the Company to individuals, service providers and organizations associated with the Company or any other selected third parties (within or outside of Malaysia, including reinsurance and claims investigation companies and industry associations) for the purpose of storing and processing this application and providing subsequent service(s) for this purpose, the Company's financial products and services and data matching, surveys and to communicate with me/us for such purposes. I/We understand that I/We have the right to obtain access to and to request correction of any personal information held by the Company concerning me/us. Such request can be made by writing to the Company at Data Protection Officer, Progressive Insurance Bhd, Level 6,9 and 10, Menara BGI, Plaza Berjaya 12, Jalan Imbi, 55100 Kuala Lumpur or phone 603-2118 8000, fax 603 2118 8103 or email - pda@progressiveinsurance.com.my

By submitting your personal information, you are indicating your consent to allow the Company to keep you posted on the Company's latest products, services and upcoming events. If you do not wish to be contacted by the Company, you can opt out anytime by writing to the Company as above.  
**KEBENARAN UNTUK MENGGUNAKAN MAKLUMAT PERIBADI** : *Mana-mana maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh pihak Syarikat (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) yang diberikan kepada pihak Syarikat dan boleh dipegang, digunakan dan didedahkan oleh pihak Syarikat kepada individu, badan atau organisasi yang menyediakan perkhidmatan, organisasi yang berkaitan dengan Syarikat atau mana-mana pihak ketiga yang dipilih (dalam atau luar Malaysia, termasuk syarikat-syarikat reinsurans dan penyiasatan tuntutan dan persatuan/perbadanan industri) bagi tujuan menyimpan dan memproses permohonan ini dan memberikan perkhidmatan seterusnya untuk produk dan perkhidmatan kewangan Syarikat dan pepadanan data, soal selidik dan untuk berkomunikasi dengan saya/kami untuk tujuan seperti itu. Saya/ Kami faham bahawa saya/kami berhak memperoleh akses kepada, dan membuat pembetulan kepada apa-apa maklumat peribadi yang dipegang oleh pihak Syarikat berkaitan dengan sayalkami. Permohonan seperti itu boleh dibuat secara menulis kepada pihak Syarikat di Data Protection Officer, Progressive Insurance Bhd. Level 6,9 dan 10, Menara BGI Plaza Berjaya, No.12, Jalan Imbi, 55100 Kuala Lumpur atau menelefon: 603 2118 8000, fax: 603 2118 8103 or email : pda@progressiveinsurance.com.my.*  
*Dengan menyerahkan maklumat peribadi anda, anda menunjukkan persetujuan anda untuk membenarkan pihak Syarikat berkomunikasi dengan anda berkenaan produk terbaru, perkhidmatan dan acara-acara baru pihak Syarikat. Jika anda tidak mahu dihubungi oleh pihak Syarikat, anda boleh pilih keluar bila-bila masa dengan menulis kepada pihak Syarikat seperti di atas.*