



Smart Traveller

- (1) Please check whether your claim after conversion to Ringgit Malaysia is above the policy excess for the section you are claiming under.
 (2) Please complete all the relevant sections of this form and return with originals of all the documents requested (photocopies are not acceptable) to:
Ground Floor, Wisma Goldhill, 67 Jalan Raja Chulan, 50200 Kuala Lumpur. Email: claims@axa.com.my Tel: 603-2170 8282 Fax: 603-2031 6393 no later than 45 days after the expiry of the insurance or upon return to Malaysia, whichever is earlier.
 (3) Please complete the General Section followed by the relevant section(s) to which your claim(s) relate(s).

General

Documents Required for all claims

Claimant's Full Name: _____ Occupation / Age: _____
 Address: _____ Certificate No.: _____
 _____ Tel: (Hse) _____
 Travel Agent: _____ Tel: (Off) _____
 Date of Booking: _____ Booked Holiday Dates: From: _____ To: _____
 Do you have other insurance covering this loss? YES / NO. If so, state type of policy and Policy No. _____

*Original Certificate of Insurance.
 Tour Operators Confirmation of Booking Invoice, or copies of Airline tickets.*

Cancellation Cover or Curtailment or Travel Delay or Missed Departure or Rerouting of Flight

Documents Required

Full Names of All Claimants: _____
 Claim for Cancellation / Curtailment of Holiday / Travel Delay (delete as appropriate): _____
 Date of Cancellation / Delay or arrival home if Curtailed: _____
 Reason for Cancellation / Curtailment / Delay: _____
 Name of sick or injured person and relationship to insured: _____
 Period of delay (must be at least 8 hours from the time specified in the travel itinerary): _____
 Amount Claimed: _____

*Cancellation - Tour Operators cancellation invoice (Travel Agent's account is not sufficient). If for medical reasons - complete medical authorisation.
 Curtailment - If due to illness or accident abroad, a letter is required from the doctor consulted confirming that it is necessary to return home.
 Receipts for all amounts claimed.
 Delay - Written confirmation from the airline or their agents of the period of delay (number of hours).
 Missed Departure - Original receipts for expenses claimed for additional accomodation & travel expenses. A written confirmation from the public transportation services concerned confirming the mechanical breakdown.
 Rerouting of Flight - A written confirmation from the carrier concerned confirming the number of hours delayed in arriving at your destination & the reason for such delay.*

Baggage & Personal Effects or Personal Money & Loss of Travel Documents or Delayed Baggage

Documents Required

Time, Date and Place of loss / damage: _____
 Full circumstances of loss / damage or delay: _____

 To whom did you report the loss: _____
 Did you report the loss to the police? YES / NO. If yes, date reported: _____
 Address of police station: _____
 Did loss / damage occur in the custody of a carrier (airline, bus company, etc.)? _____
 Date reported to carrier: _____
 Name and Address of carrier: _____
 Have you received any payment from carrier or other parties responsible for the loss? YES / NO. If yes, state amount: _____

Baggage Initials of Owner	Details of item(s) lost or damaged including make / model, etc. or item(s) purchased due to delayed baggage	Place Purchased	Purchase Date	Purchase Price	Amount Claimed

Money Initials of Owner	Amount in notes (RM)	Amount in foreign currency notes	Total amount claimed

*Receipts for items claimed.
 Property irregularity report - if baggage lost or damaged by an airline. Photographs of damage items claimed.
 If claim for delayed baggage - receipts for all items purchased. Letter from airline confirming reason for delay and duration.
 Money and theft claims - police report, currency exchange slips.*

Personal Accident

Name of Claimant: _____
 Date and Place of Accident: _____
 How did it happen? _____

 Nature of injury (or official cause of death): _____
 Name of Doctor and Hospital consulted abroad: _____
 Name and address of Doctor attending you: _____

 Name and address of usual Doctor (if different from above): _____

Documents
Required

Completed Medical Certificate or in the event of death, Death Certificate & Post Mortem Report.

Medical Expenses or Hospital Daily Allowance or Medical Evacuation and Repatriation

Name of Claimant: _____
 Date and Place of Accident or Onset of Illness: _____
 Nature of Accident / Illness: _____
 Period in Hospital: _____

Nature of Expenditure	To whom Paid / Payable	Amount (state currency if not RM)

Documents
Required

Medical report showing nature of injury / sickness. Medical bills for the full amount of the claim. Receipt for amounts claimed for additional travel or accomodation or repatriation. If Hospital Benefit is claimed proof confirming the date of admittance and the date of discharge from the hospital is required.

Overbooked Flight / Flight Misconnection

Claim for Overbooked Flight / Flight Misconnection (delete as appropriate)
 Date of Overbooked Flight / Flight Misconnection: _____ Time: _____
 Place of Overbooked Flight / Flight Misconnection: _____
 Reason for Overbooked Flight / Flight Misconnection: _____
 Date of next departure Flight: _____ Time: _____

Documents
Required

Written confirmation from the airline or their agents on the reason(s) of the denied boarding / delay arrival of incoming confirmed connecting schedule flight. Copy of the replacement airline ticket / boarding pass.

Hijacking Inconvenience

Date of Hijack: _____ Time: _____
 Reason of Hijack: _____ By: _____
 Date of Release: _____ Time: _____

Documents
Required

Written confirmation of the airline or their agents of the Hijack and the duration held (number of hours).

Home Care Benefit

Date of Fire: _____ Time: _____
 Brief details of how fire started: _____

 Police report made by: _____
 Total amount of loss: _____
 Have you received any payments from other insurance company for this loss? _____
 If yes, please state amount received: _____
 Details of next company: Name of Insurer: _____ Policy No.: _____

Documents
Required

Copies of police report, bomba report. Purchase receipts / bills of claim, if available.

Item	Details of item(s) damaged including make / model, etc.	Place Purchase	Purchased Date	Purchased Price	Amount Claimed

Rental Car Excess Cover

Date and time of accident: _____
 Brief details of Accident: _____
 Police report made by: _____ Excess amount paid: _____

Documents
Required

Original car rental agreement. Written advice from rental agency holding the Insured liable for the loss of or damage to rental vehicle. Original invoice and receipt from the rental agency for car rental. Copy of driver's driving licence at the time of accident. Copy of overseas motor insurance policy if available. Copy of police report. Original receipt of the excess paid.

Please advise in whose name the cheque for the claim proceeds should be issued: _____

DECLARATION

I declare to the best of my knowledge that the above particulars are true.

Signature: _____

Date: _____

Name: _____

I/C No.: _____

MEDICAL AUTHORISATION

This medical authorisation must be completed in respect of claims for personal accident/medical and other expenses/ hospital allowance/ emergency medical evacuation and repatriation/ loss of deposit or cancellation/curtailment.

I hereby authorise any physician, nurse, medical staff, hospital or clinic by whom _____ (claimant/ deceased) has been observed or treated, to release any medical information including past medical history to **AXA Affin General Insurance Bhd** in order to process my insurance claims.

AXA Affin General Insurance Bhd may use the above medical information for any and all purposes pertaining to or arising out of the claim by the undersigned.

This authorisation shall remain valid until the above referenced claim has been finalised, but in no event longer than six years from the date below.

I understand that I have the right to receive a copy of this authorisation.

Photostat copies of this authorisation shall be considered as valid as the original.

Signature: _____

Date: _____

Name : _____

IC No: _____

MEDICAL CERTIFICATE

This medical certificate must be completed by the Insured Person's regular doctor pertaining to the medical history prior to the commencement of the holiday in respect of claims for personal accident/ medical and other expenses/ hospital allowance/ emergency medical evacuation and repatriation/ loss of deposit or cancellation/ curtailment.

1. Patient's Name: _____

2. (i) Are you this patient's regular Doctor? YES / NO. (ii) If yes, for how long? _____

3. Describe (i) Accidental injuries (ii) Cause of Death (iii) Illness of Patient: _____

4. Date medical treatment first sought for this condition: _____

5. History of this condition or any relevant condition with dates of treatment. If yes, please state: _____

6. If you were treating the patient prior to the holiday, was he / she fit to travel at date of booking which was _____ YES / NO

Signature: _____

Date: _____

Name: _____

Qualification: _____

Address: _____



Smart Traveller

- (1) Selepas pertukaran ke Ringgit Malaysia, sila semak sama ada tuntutan anda melebihi ekses polisi bagi seksyen yang anda tuntut.
- (2) Sila lengkapkan semua seksyen yang berkaitan di dalam borang ini dan kembalikan dengan semua dokumen asal yang dikehendaki (salinan tidak diterima) kepada:
Ground Floor, Wisma Goldhill, 67 Jalan Raja Chulan, 50200 Kuala Lumpur. Email: claims@axa.com.my Tel: 603-2170 8282 Faks: 603-2031 6393 tidak lebih daripada 45 hari selepas insurans luput atau pulang ke Malaysia, yang mana terdahulu.
- (3) Sila lengkapkan Seksyen Am diikuti oleh seksyen-seksyen yang berkaitan dengan tuntutan anda.

Am

Dokumen yang Dikehendaki bagi semua tuntutan

Nama Penuh Orang Yang Menuntut: _____ Pekerjaan / Umur: _____
 Alamat: _____ No. Sijil: _____
 _____ Tel: (Rumah) _____
 Agen Pelancongan: _____ Tel: (Pej) _____
 Tarikh Tempahan: _____ Tarikh Percutian Ditempah: Dari: _____ Hingga: _____
 Adakah anda mempunyai insurans lain yang melindungi kerugian ini? YA / TIDAK. Jika ya, nyatakan jenis polisi dan No. Polisi: _____
 Sijil Insurans yang Asal. Pengesahan Invois Tempahan dari Operator Pelancongan, atau salinan tiket Kapal Terbang.

Perlindungan Pembatalan atau Pemendekan atau Kelewatan Perjalanan atau Kegagalan untuk Berlepas atau Laluan Penerbangan Diubah

Dokumen yang Dikehendaki

Nama Penuh Orang-Orang Yang Menuntut: _____
 Tuntutan bagi Pembatalan / Memendekan Percutian / Kelewatan Perjalanan (potong yang tidak berkenaan): _____
 Tarikh Pembatalan / Kelewatan atau ketibaan di tanahair sekiranya memendekan perjalanan: _____
 Sebab Pembatalan / Pemendekan Perjalanan / Kelewatan: _____

 Nama orang yang sakit atau cedera dan pertaliannya dengan Pihak Diinsuranskan: _____

 Tempoh kelewatan (sekurang-kurangnya 8 jam dari masa yang dinyatakan di dalam jadual perjalanan): _____
 Jumlah Tuntutan: _____
 Pembatalan - Pembatalan invois dari Operator Pelancongan (Akaun agen pelancongan tidak memadai). Bagi sebab perubatan - sijil perubatan yang lengkap.
 Pemendekan - Sekiranya sakit atau mengalami kemalangan di luar negara, satu surat pengesahan dari doktor yang merawat menyatakan anda harus pulang ke tanahair diperlukan. Resit-resit bagi kesemua jumlah tuntutan.
 Kelewatan - Pengesahan bertulis dari Syarikat Penerbangan atau agen mereka mengenai tempoh kelewatan (jumlah jam) .
 Kegagalan untuk Berlepas - Resit asal bagi perbelanjaan tambahan penginapan & pengangkutan. Satu pengesahan bertulis daripada perkhidmatan pengangkutan awam mengenai kesahihan kerosakan mekanikal.
 Laluan Penerbangan Diubah - Satu pengesahan bertulis mengenai kelewatan (jumlah jam) tiba di destinasi dan sebab kelewatan tersebut daripada syarikat pengangkutan.

Bagasi & Barangan Peribadi atau Wang Peribadi dan Kehilangan Dokumen Perjalanan atau Kelewatan Bagasi

Dokumen yang Dikehendaki

Masa, Tarikh dan Tempat kehilangan / kerosakan: _____
 Kejadian penuh mengenai kehilangan / kerosakan atau kelewatan: _____

 Kepada siapakah anda melaporkan kerugian tersebut: _____
 Adakah anda melaporkan kehilangan tersebut kepada polis? YA / TIDAK. Jika ya, nyatakan tarikh laporan dibuat: _____
 Alamat balai polis: _____
 Adakah kehilangan / kerosakan terjadi semasa di bawah jagaan syarikat pengangkutan (syarikat penerbangan, syarikat bas, dll.)? _____
 Tarikh melaporkan kepada syarikat pengangkutan: _____
 Nama dan Alamat syarikat pengangkutan: _____

 Adakah anda telah menerima sebarang pembayaran dari syarikat pengangkutan atau orang yang bertanggungjawab ke atas kerugian tersebut? YA / TIDAK. Jika ya, nyatakan jumlah: _____

Huruf Awal Nama Pemilik Bagasi	Butiran barang yang hilang atau rosak termasuk buatan / model, dll. atau barangan yang dibeli akibat kelewatan bagasi	Tempat Belian	Tarikh Belian	Harga Belian	Jumlah Tuntutan

Huruf Awal Nama Pemilik Wang	Jumlah dalam nota (RM)	Jumlah dalam matawang asing	Jumlah keseluruhan tuntutan

Resit-resit bagi barangan yang dituntut.
 Laporan ketakteraturan hartabenda - sekiranya bagasi hilang atau rosak akibat kecuaiannya syarikat penerbangan.
 Gambar barang-barang yang rosak yang dituntut.
 Tuntutan bagi kelewatan bagasi - resit-resit bagi kesemua barang yang dibeli.
 surat daripada syarikat penerbangan mengesahkan sebab kelewatan dan tempohnya.
 Tuntutan wang dan kecurian - laporan polis, slip pertukaran mata wang.

Kemalangan Diri

Nama Orang Yang Menuntut: _____
 Tarikh dan Tempat Kemalangan: _____
 Bagaimana ia terjadi? _____

 Jenis kecederaan (atau sebab rasmi kematian): _____
 Nama Doktor dan Hospital yang dilawati di luar negara: _____
 Nama dan alamat Doktor yang merawat anda: _____

 Nama dan alamat Doktor biasa (sekiranya berlainan daripada di atas): _____

Dokumen yang
Dikehendaki

Sijil Perubatan yang lengkap atau dalam kes kematian, Sijil Kematian dan Laporan Bedah Siasat.

Perbelanjaan Perubatan atau Elaun Harian Hospital atau Pemindahan Perubatan dan Penghantaran Balik

Nama Orang Yang Menuntut: _____
 Tarikh dan Tempat Kemalangan atau Tarikh Mula Penyakit: _____
 Jenis Kemalangan / Penyakit: _____
 Tempoh berada di Hospital: _____

Jenis Perbelanjaan	Dibayar kepada / Berbayar	Jumlah (nyatakan matawang sekiranya bukan RM)

Dokumen yang
Dikehendaki

Laporan perubatan yang menunjukkan jenis kecederaan / penyakit. Bil perubatan jumlah penuh tuntutan. Resit bagi jumlah tuntutan untuk tambahan perjalanan, penginapan atau penghantaran balik. Sekiranya manfaat Hospital dituntut, bukti tarikh masuk dan keluar dari Hospital adalah diperlukan.

Penerbangan Terlebih Tempahan / Kegagalan Menyambung Penerbangan

Tuntutan bagi Penerbangan Terlebih Tempahan / Kegagalan Menyambung Penerbangan (potong yang tidak berkenaan)
 Tarikh Penerbangan Terlebih Tempahan / Kegagalan Menyambung Penerbangan: _____ Masa: _____
 Tempat Penerbangan Terlebih Tempahan / Kegagalan Menyambung Penerbangan: _____
 Sebab Penerbangan Terlebih Tempahan / Kegagalan Menyambung Penerbangan: _____
 Tarikh penerbangan berlepas seterusnya: _____ Masa: _____

Dokumen yang
Dikehendaki

Pengesahan bertulis dari syarikat penerbangan atau agen mereka mengenai sebab tidak dibenarkan masuk / penerbangan penyambungan yang dijadualkan lewat tiba. Salinan tiket penerbangan yang diganti / pas masuk. Resit-resit / bil-bil asal bagi jumlah yang dituntut.

Rampasan

Tarikh Rampasan: _____ Masa: _____
 Sebab Rampasan: _____ Oleh: _____
 Tarikh Dibebaskan: _____ Masa: _____

Dokumen yang
Dikehendaki

Pengesahan bertulis dari syarikat penerbangan atau agen mereka mengenai Rampasan tersebut dan tempoh ditahan (jumlah jam).

Manfaat Penjagaan Rumah

Tarikh Kebakaran: _____ Masa: _____
 Butiran ringkas bagaimana kebakaran bermula: _____

 Laporan polis dibuat oleh: _____
 Jumlah kerugian: _____
 Adakah anda telah menerima sebarang bayaran dari syarikat insurans yang lain ke atas kerugian tersebut? _____
 Jika ya, sila nyatakan jumlah yang diterima: _____
 Butiran syarikat insurans lain: Nama Penanggung Insurans: _____ No. Polisi: _____

Dokumen yang
Dikehendaki

Barang	Butiran barang yang rosak termasuk buatan / model, dll.	Tempat Belian	Tarikh Belian	Harga Belian	Jumlah Tuntutan

Salinan laporan polis, laporan bomba. Resit-resit / bil-bil belian bagi tuntutan, jika ada.

Perlindungan Ekses bagi Kereta Sewa

Tarikh dan masa kemalangan: _____
 Butiran ringkas mengenai Kemalangan: _____
 Laporan polis dibuat oleh: _____ Ekses amaun yang dibayar: _____

Dokumen yang
Dikehendaki

Perjanjian asal kenderaan sewa. Notis bertulis daripada agensi penyewaan yang mengatakan Pihak Diinsuranskan bertanggungjawab atau kehilangan atau kerosakan kenderaan yang disewa. Invois dan resit asal bagi kenderaan sewa daripada agensi penyewaan. Salinan lesen memandu pemandu ketika kemalangan berlaku. Salinan polisi motor insurans luar negara jika ada. salinan laporan polis. Resit asal ekses yang dibayar

Nota: Bagi Tuntutan Liabiliti Diri - Sila rujuk pejabat AXA untuk satu borang tuntutan yang berasingan.

Sila maklumkan atas nama siapa cek perlu dikeluarkan bagi tuntutan ini: _____

PENGAKUAN

Saya mengaku bahawa sepanjang pengetahuan saya, butiran di atas adalah benar.

Tandatangan: _____

Tarikh: _____

Nama: _____

No. KP: _____

PEMBERIAN KUASA PERUBATAN

Sijil Perubatan ini mestilah dilengkapkan berikutan tuntutan kemalangan diri/ perubatan dan perbelanjaan lain/ elaun hospital/ pemindahan perubatan kecemasan dan penghantaran balik/ kehilangan deposit atau pembatalan/pemendekan perjalanan.

Dengan ini, saya memberi kebenaran kepada sebarang doktor, jururawat, pekerja perubatan, hospital atau klinik di mana _____ (penuntut/ arwah) telah diberi pengawasan atau dirawat, untuk memberi sebarang maklumat perubatan termasuk sejarah perubatan terdahulu kepada **AXA Affin General Insurance Bhd** bagi memproses tuntutan insurans saya.

AXA Affin General Insurance Bhd boleh menggunakan maklumat perubatan di atas bagi sebarang dan segala tujuan yang berkaitan atau yang timbul dari tuntutan pihak yang menandatangani di bawah.

Pemberian kuasa ini sah sehingga tuntutan di atas diselesaikan tetapi tidak melebihi tempoh 6 tahun dari tarikh yang tertera di bawah.

Saya difahamkan bahawa saya berhak menerima satu salinan pemberian kuasa ini.

Salinan pemberian kuasa ini akan dianggap sah seperti sijil yang asal.

Tandatangan: _____

Tarikh: _____

Nama : _____

No. KP: _____

SIJIL PERUBATAN

Sijil Perubatan ini mestilah dilengkapkan oleh doktor biasa Pihak Diinsuranskan mengenai sejarah perubatan sebelum tarikh bercuti berkuatkuasa berikutan tuntutan kemalangan diri/ perubatan dan perbelanjaan lain/ elaun hospital/ pemindahan perubatan kecemasan dan penghantaran balik/ kehilangan deposit atau pembatalan/pemendekan perjalanan.

1. Nama Pesakit: _____

2. (i) Adakah anda Doktor biasa pesakit ini? YA / TIDAK. (ii) Jika ya, sudah berapa lama? _____

3. Nyatakan (i) Kecederaan akibat kemalangan (ii) Sebab Kematian (iii) Penyakit Pesakit: _____

4. Tarikh pertama kali menerima rawatan perubatan bagi keadaan ini: _____

5. Sejarah keadaan ini atau sebarang keadaan yang berkaitan bersama dengan tarikh-tarikh rawatan. Jika ya, sila nyatakan: _____

6. Jika anda telah merawat pesakit sebelum percutian, adakah beliau dalam keadaan yang sihat untuk berjalan pada tarikh tempahan _____
YA / TIDAK

Tandatangan: _____

Tarikh: _____

Nama: _____

Kelayakan: _____

Alamat: _____

