



Liability Claim Form

Policy No.:

Branch/Intermediary:

You are to disclose to us, fully and faithfully all the facts which you know or ought to know, otherwise the claim submitted hereunder may be declined.

We are committed to protect the personal data submitted by and collected from you. For further details, please refer to our "Data Privacy Notice" published in our website.

A. THE INSURED PERSON

Name:		
Tel No.:	Tel. No. (H/P):	Email:
Address:		
Trade or occupation (if more than one, state all):		
GST Registration No. (If registered):		Date of Registration:

B. THE ACCIDENT

Date:	dd/mm/yy	Time:	am/pm	Place:
Explain fully how accident occurred:				
When was the accident reported to you?		dd/mm/yy		
By whom?				
Did the accident arise from the activities of persons in your direct employ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If yes, please give names and addresses of employees)				
Are there any other witnesses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If yes, please give names and addresses)				
Was the accident reported to the Police? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If yes, please give details of officer or station)				
Was there anyone (other than your own employees) who sustained injury or damage to property? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If yes, please give names, addresses, occupations, nature and extent of injury or damage)				

CLM0017 (12/15)

C. OTHERS

Is there any other insurance indemnifying you in respect of this accident? Yes No
(If yes, please give name and address of insurers)

Has any claim been made against you? Yes No
(If yes, please give details)

The following questions should be answered if the accident arose out of a defect in premises

If you are the owner, please give name and address of tenant:

If you are the occupier, please give name and address of owner:

Net annual rental:

For what purposes are the premises used?

Are you responsible for repairs?

When was the property last inspected?

By whom?

D. INSURED'S BANK DETAILS

Name (as per bank account):

NRIC/Passport/Birth Cert. No.:

Email:

Bank Account No.:

Name of Bank:

Bank SWIFT Code:

Bank Branch/Address:

E. DECLARATION

I/We declare that the foregoing particulars are true and complete. I/We understand that the information given on this form may be submitted to solicitors for use in connection with any litigation arising out of this accident.

Signature of Insured:

Date:

If a limited Company, give status of signatory:

NOTE

Correspondence and claims: All communications and claims received by you concerning the accident are to be forwarded immediately without acknowledgement.



redefining / standards

AXA Affin General Insurance Berhad (23820-W)

Ground Floor Wisma Boustead
71 Jalan Raja Chulan 50200 Kuala Lumpur
☎ (603) 2170 8282
📠 (603) 2031 7282
✉ customer.service@axa.com.my
🌐 www.axa.com.my
GST Reg. No.: 000709398528

Borang Tuntutan Liabiliti

No. Polisi:

Cawangan/Pengantara:

Anda adalah diminta menerangkan dengan penuh dan benar segala butir-butir yang anda tahu atau harus tahu di atas cadangan insurans ini, jika tidak tuntutan yang dikeluarkan akan ditolak.

Kami komited untuk melindungi maklumat peribadi yang dikemuka dan dikumpul daripada anda. Untuk maklumat lanjut, sila rujuk "Notis Privasi Data" yang terdapat di laman web kami.

A. PIHAK DIINSURANSKAN

Nama:		
No. Tel:	No. Tel (Bimbit):	Emel:
Alamat:		
Perniagaan atau pekerjaan (nyatakan kesemuanya jika lebih dari satu):		
GST Pendaftaran No. (Jika berdaftar):		Tarikh pendaftaran:

B. KEMALANGAN

Tarikh:	hh/bb/tt	Masa:	am/pm	Tempat:
Sila terangkan bagaimana kemalangan berlaku:				
Bilakah kemalangan ini dilaporkan kepada anda? <input type="text"/> hh/bb/tt Oleh siapa?				
Adakah kemalangan timbul daripada aktiviti-aktiviti pekerja anda? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak (Jika ya, berikan nama dan alamat pekerja)				
Adakah terdapat sebarang saksi yang lain? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak (Jika ya, berikan nama dan alamat)				
Adakah kemalangan dilaporkan kepada Pihak Polis? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak (Jika ya, sila beri butiran Pegawai atau balai polis)				
Terdapatkah sesiapa (selain daripada pekerja-pekerja anda sendiri) yang mengalami kecederaan atau kerosakan harta benda? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak (Jika ya, sila berikan nama, alamat, pekerjaan, sebab dan tahap kecederaan atau kerosakan)				

C. LAIN-LAIN

Adakah terdapat mana-mana insurans lain yang akan menggantikan rugi anda? Ya Tidak
(Jika ya, berikan nama dan alamat penginsurans)

Adakah sebarang tuntutan dibuat terhadap anda? Ya Tidak
(Jika ya, berikan butiran)

SOALAN-SOALAN BERIKUT PERLU DIJAWAB SEKIRANYA KEMALANGAN TIMBUL AKIBAT KEROSAKAN DI PREMIS

Sekiranya anda seorang pemilik, berikan nama dan alamat penyewa:

Sekiranya anda seorang penghuni, berikan nama dan alamat pemilik:

Sewa bersih tahunan:

Untuk tujuan apakah premis ini digunakan?

Adakah anda bertanggungjawab ke atas pembaikan?

Bilakah kali terakhir harta benda itu diperiksa? hh/bb/tt
Oleh siapa?

D. BUTIRAN BANK PIHAK DIINSURANSKAN

Nama (seperti akaun bank):

No. KP/Pasport/Sijil Beranak:

Emel:

No. Akaun Bank:

Nama Bank:

SWIFT Kod Bank:

Cawangan Bank/Alamat:

E. DEKLARASI

Saya/Kami mengakui bahawa butir-butir ini adalah benar dan lengkap. Saya/Kami memahami bahawa maklumat yang diberikan di dalam borang ini mungkin diserahkan kepada peguam untuk digunakan sekiranya terdapat sebarang dakwaan yang timbul daripada kemalangan ini.

Tandatangan Pihak Diinsuranskan:

Tarikh:

hh/bb/tt

Jika Syarikat Bhd, sila berikan jawatan yang menandatangani:

NOTA

Surat-menyurat dan tuntutan: Segala komunikasi dan tuntutan yang anda terima berkenaan dengan kemalangan hendaklah diserahkan kepada kami tanpa pengesahan penerimaan.