

**NOTICE OF CLAIM / NOTIS TUNTUTAN**

**(For Fire / Houseowner / Householder Insurance) / (untuk Insurans Kebakaran/Empunya rumah/Isi Rumah)**

*This form is issued without admission of liability. Any documentary evidence and/or other report required by the Corporation shall be furnished at the expense of the Insured.*

*Pemberian borang ini tidak boleh dianggap sebagai penguatkuasaan liabiliti. Sebarang dokumen/report yang dikehendaki oleh Syarikat ini adalah di atas pembelanjaan Pemegang Polisi.*

Claim No. : _____ No. Tuntutan	Policy No. : _____ No. Polisi	Agency : _____ Agensi
1. Name of Insured / Nama Pemegang Polisi		
2. Address / Alamat		
3. Occupation/Business / Pekerjaan/Perniagaan		
4. Date of Loss/Time/Day / Tarikh kejadian/Masa/Hari		
5. Situation of Loss / Tempat Kejadian		
6. Name and address of Fire Brigade &/or Police Station notified. / Nama dan alamat Bomba dan/atau Balai Polis yang dilaporkan.	Report No. : _____ No. Report : _____ Date : _____ Tarikh : _____	
7. Were the premises occupied at the time? / Adakah premis tersebut didiami pada masa kejadian?		
8. Please state fully to the best of your knowledge and belief the cause of the loss and damage and how did it occurred? / Sila nyatakan dengan terperinci punca dan keadaan yang menyebabkan kehilangan dan kerosakan mengikut pengetahuan dan kepercayaan anda?		
9. Have you any suspicious as to any parties implicated / Adakah anda mengesyaki sesiapa atau mana-mana pihak terlibat? If yes, please give particulars / Jika ya, sila berikan butir-butirnya	<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK	
10. Are you the sole owner of the property loss or damaged? / Adakah anda pemilik mutlak harta yang hilang atau rosak? If no, give name the of owner / Jika tidak, sila nyatakan nama pemiliknya	<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK	
11. Is the property in respect of which you are making a claim insured with any other insurer against all or any of the risk covered by the above Policy? / Adakah harta yang anda tuntutan tersebut juga dilindungi mana-mana pihak Insurans terhadap risiko-risiko yang dilindungi oleh polisi ini? If yes, please give particulars / Jika ya, sila berikan butir-butirnya.	<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK	
12. Have you ever made a claim on any Insurer in respect of loss or damage by any of the risk covered by the above Policy? / Adakah anda pernah membuat sebarang tuntutan terhadap mana-mana Insurans berkaitan kehilangan atau kerosakan berkaitan mana-mana risiko yang dilindungi oleh polisi ini? If yes, please give particulars / Jika ya, sila berikan butir-butirnya.	<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK	

The undersigned Insured hereby declared to have answered the above questions conscientiously and truthfully.

*Saya/Kami, Pemegang polisi yang menurunkan tandatangan di bawah dengan ini mengaku bahawa semua keterangan/jawapan yang diberikan di atas adalah benar sepanjang yang saya/kami ketahui.*

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

Signature of Insured / Tandatangan Pemegang Polisi  
 Company's chop (if applicable) / Cop Syarikat (jika ada)  
 Name>Nama : \_\_\_\_\_  
 Designation/Jawatan : \_\_\_\_\_  
 NRIC/No. K.P. : \_\_\_\_\_

Tick (/) where applicable / Tanda (/) yang berkenaan

