



**Details of Incident**  
*Maklumat Kemalangan*

Date and time of Incident <i>Tarikh dan masa kemalangan</i>	<table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td><td>m</td><td>m</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td></tr></table> _____ Hour : Minute	d	d	m	m	y	y	y	y	<input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm
d	d	m	m	y	y	y	y			
Place of Incident <i>Tempat kemalangan</i>										
Details of Incident <i>Maklumat kemalangan</i>										

**Declaration and Statement of Consent**  
*Pengakuan dan Penyataan Persetujuan*

I hereby declare that all the information provided is complete and accurate to the best knowledge and belief. It is understood that Archipelago Insurance Ltd and P&I Malaysia shall rely upon the information and representation listed herein to assess your claim. I understand that the delivery of this claim form is in no way an admission of liability from Archipelago Insurance Ltd and Perlindungan dan Indemniti Malaysia Sdn Bhd. A photocopied version of this claim form is considered valid. The information from this claim form will be kept confidential and solely be used for the purpose of claim. Any deliberate misrepresentation or omission shall constitute ground for immediate cancellation of coverage and denial of claim. It is further noted and understood that I am under continuing obligation to immediately notify the company or its representative of any material alteration herein. Information stated shall form part of your claim evaluation.

*Saya menjamin bahawa maklumat yang diberikan di atas adalah lengkap dan tepat berdasarkan pengetahuan saya. Dimaklumkan bahawa Archipelago Insurance Ltd dan P&I Malaysia akan bergantung kepada maklumat dan informasi yang diberikan dalam menilai tuntutan insurans. Saya faham dan jelas bahawa penyerahan borang ini bukanlah pengakuan liabiliti daripada pihak Archipelago Insurance Ltd dan Perlindungan dan Indemniti Malaysia Sdn Bhd. Salinan fotokopi borang ini adalah sah. Maklumat daripada borang ini adalah sulit dan persendirian serta hanya akan digunakan untuk tujuan penilaian tuntutan insurans. Sebarang kesalahan atau kekurangan maklumat yang disengajakan boleh menjadi penyebab kepada pembatalan perlindungan dan penafian tuntutan. Adalah tanggungjawab saya untuk memaklumkan syarikat atau wakilnya dengan kadar segera akan sebarang perubahan seperti yang dinyatakan disini. Maklumat Permohonan ini akan menjadi sebahagian daripada penilaian tuntutan insurans saya.*

Signature of Member Insured : <i>Tandatangan Ahli yang Diinsuranskan</i>	Company Stamp : <i>Cop syarikat</i>
Date : <i>Tarikh</i>	
Name : <i>Nama</i>	Designation : <i>Jawatan :</i>
I/C number : <i>No. kad pengenalan</i>	Company registration no: <i>No pendaftaran syarikat</i>

**Claims Approval**  
*Kelulusan Tuntutan*

*For Office Use Only Untuk kegunaan pejabat sahaja*

Approved  
*Diluluskan*

Rejected  
*Ditolak*

Remarks <i>Catatan</i>	
---------------------------	--