



TAKAFUL IKHLAS GENERAL BERHAD (1233870-A)
 IKHLAS Point
 Tower 11A, Avenue 5, Bangsar South,
 No. 8, Jalan Kerinchi, 59200 Kuala Lumpur
 Tel : 03-2723 9696 Fax : 03-2723 9998
 Website : www.takaful-ikhlas.com.my
 (Licensed under Islamic Financial Service Act 2013
 and regulated by Bank Negara Malaysia)

BORANG TUNTUTAN / NOTICE OF CLAIM
Takaful Kemalangan Diri / Personal Accident Takaful

Pengeluaran dan penerimaan Borang Tuntutan ini bukan pengakuan bertanggungjawab oleh pihak Syarikat dan sekiranya kenyataan dan pengisytiharan palsu dibuat untuk menyokong tuntutan ini, maka tuntutan ini adalah batal dan tidak sah.

The issuance and acceptance of this Claim Form is not an admission of liability by the Company and if false statement or declaration be made in support of this claim, the claim shall be null and void.

No.Sijil/ Certificate No :

A. MAKLUMAT PESERTA / PARTICULARS OF PARTICIPANT

Nama/Name

No.K/P Baru / New I/C No. :

No. Telefon / Telephone No. : Pejabat / Office
 Rumah / House
 Bimbit / Handphone

Alamat / Address :

 Poskod / Postcode Bandar / Town

Tempoh Takaful/Period of Takaful: Dari/From: / /
 HH/DD BB/MM TTTT/YYYY
 Hingga/To: / /
 HH/DD BB/MM TTTT/YYYY

E-Mel / E-Mail :

Nama dan No. Akaun Bank Peserta. Contoh MBB0001 Name and Participant's Bank Account No. E.g MBB0001 :

PIHAK YANG CEDERA / PESAKIT / INJURED PERSON / PATIENT

Nama/Name:

Umur / Age : No. Telefon/Telephone No. : Pejabat / Office
 Rumah / House
 Bimbit / Handphone

Alamat / Address :

 Poskod / Postcode Bandar / Town

Pekerjaan / Employment / Occupation :

LAIN-LAIN TAKAFUL ATAU PAMPASAN / OTHER TAKAFUL OR COMPENSATION

Adakah pihak yang tercedera membuat tuntutan atau pampasan dari sumber lain?
Is the injured person claiming under any other insurance or receiving compensation from other sources?
 YA /YES TIDAK/NO
 Jika YA, sila berikan maklumat lanjut / *If YES, please give details:*

PENGAKUAN / DECLARATION

Saya/kami dengan ini membenarkan doktor yang memberi rawatan ini mengeluarkan sebarang maklumat kesihatan yang berkaitan dengan proses tuntutan ini.
I/We hereby authorise my/our attending physician to release any medical information necessary to process this claim.

Saya/kami mengesahkan maklumat di atas adalah benar sepanjang pengetahuan saya.
I/We declare that these particulars are true to the best of my/our knowledge.

Tandatangan pihak yang cedera
Injured/patients's signature

No. K/P/ I/C No.:
 Tarikh / Date :

						-						
						/						
HH/DD		BB/MM		TTTT/YYYY								

Tandatangan peserta
Participant's signature

No. K/P/ I/C No.:
 Tarikh / Date :

						-						
						/						
HH/DD		BB/MM		TTTT/YYYY								

Cop rasmi Syarikat, jika ada / *Company stamp, if any:*

LAPORAN PERUBATAN / MEDICAL CERTIFICATE / REPORT

1. Nama pesakit / *Name of patient:*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No. K/P/ I/C No.:

						-						
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

 Umur / Age :

--	--

Jantina / Gender : Lelaki / Male Perempuan / Female

Pekerjaan/Perniagaan / *Occupation/Business:* _____

2. Tarikh kemalangan / *Date of accident:*

		/			/				
HH/DD		BB/MM		TTTT/YYYY					

Masa kemalangan / *Time of accident:*

--	--

 :

--	--

 a.m / p.m

Bilakah anda mula diberikan rawatan atas kecederaan yang dialami?
When were you first consulted for these injuries or illness?

Tarikh/Date :

		/			/				
HH/DD		BB/MM		TTTT/YYYY					

Apakah kecederaan atau penyakit yang pesakit sedang alami?
From what injuries or illness is the patient now suffering?

Bagaimanakah kemalangan tersebut telah berlaku? / *How is the accident said to have occurred?:*

3. Sila beri keterangan terperinci mengenai kecederaan / *Please give full details of injuries* :

Adakah kecederaan dan keadaan beliau terkini mencukupi untuk diambil kira sebagai gambaran kemalangan tersebut seperti yang telah dinyatakan kepada anda? :

Are the injuries and their present condition sufficiently accounted for by the description of the accident as described to you? :

Sila berikan keterangan terperinci mengenai rawatan yang diberikan / *Please supply details of treatment given* :

Adakah pesakit pada pendapat tuan mengambil alkohol atau dibawah pengaruh dadah semasa kemalangan tersebut? :

Was the patient, in your opinion intoxicated or under the influence of drugs during the time of accident? :

4. Berapa lamakah pesakit tidak berupaya menjalankan tugas/pekerjaan/akibat dari kemalangan atau penyakit ?

How long has the patient been disabled from engaging in or attending to this usual employment or occupation as a result of these injuries or illness?

Sepenuhnya dari/*Totally from*:

		/			/		
HH/DD	BB/MM		TT/YY				

Hingga / *To* :

		/			/		
HH/DD	BB/MM		TT/YY				

Sebahagian dari/*Partially from*

		/			/		
HH/DD	BB/MM		TT/YY				

Hingga / *To* :

		/			/		
HH/DD	BB/MM		TT/YY				

5. Berapa lamakah lagi ketidakupayaan menjalankan tugas / pekerjaan akan berterusan ?

How much longer do you consider such disablement will continue?

Sepenuhnya dari/*Totally from*:

		/			/		
HH/DD	BB/MM		TT/YY				

Hingga / *To* :

		/			/		
HH/DD	BB/MM		TT/YY				

Sebahagian dari/*Partially from*

		/			/		
HH/DD	BB/MM		TT/YY				

Hingga / *To* :

		/			/		
HH/DD	BB/MM		TT/YY				

6. Adakah pesakit mempunyai sebarang penyakit / kecacatan lain?

Does the patient have any other disease or physical defect?

YA /YES TIDAK/NO

Jika YA / *If YES,*

a) Apakah penyakit / kecacatan tersebut / *What is the nature?*

b) Sejauh manakah ianya akan mempengaruhi pemulihan ini / *To what extent may recovery be affected hereby?*

c) Adakah pesakit itu mengalami penyakit atau kurang upaya fizikal masa kemalangan itu terjadi sepanjang pengetahuan pihak tuan:

Was the patient suffering from any disease or physical infirmity at the time of accident as the best of your knowledge:

d) Nyatakan dengan jelas keadaan pesakit sekarang:

State as clearly as possible his present condition:
