



BORANG TUNTUTAN KELUARGA
FAMILY CLAIMS FORM

- Peringatan / Reminders
- Sila isi dengan terang dan jelas menggunakan **PEN MATA BULAT BERWARNA HITAM** dan menggunakan **HURUF BESAR SAHAJA**.
 Please complete the form by using **BLACK INK BALL PEN** and **CAPITAL LETTERS ONLY**.
 - Peserta / penuntut berhak dikehendaki memberikan maklumat dengan betul dan lengkap bagi mempercepatkan proses tuntutan ini.
 Participant / the rightful claimant is required to provide correct and complete information to expedite the claim processing.
 - Penerimaan borang ini bukanlah bermakna dengan sendirinya tanggungan akan diakui oleh syarikat.
 Acceptance of this form does not mean admission of liability by the company.

NO. SIJIL / CERTIFICATE NO.

Jenis-jenis tuntutan (sila tandakan x di petak yang berkenaan)
 Boleh tanda (x) lebih dari 1 petak

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tuntutan Kematian | <input type="checkbox"/> Tuntutan Pengecualian Sumbangan |
| <input type="checkbox"/> Tuntutan Keilatan Kekal Menyeluruh (TPD) | <input type="checkbox"/> Tuntutan Manfaat Pendapatan Keluarga (Family Income) |
| <input type="checkbox"/> Tuntutan Keilatan Kekal Separata (PD) | <input type="checkbox"/> Tuntutan Komprehensif Kemalangan Diri Berkumpulan (CPAB) |
| <input type="checkbox"/> Tuntutan Hospital | <input type="checkbox"/> Tuntutan Manfaat Ikhlas Wanita |
| <input type="checkbox"/> Tuntutan Penyakit Kritikal | <input type="checkbox"/> Tuntutan HITT |
| <input type="checkbox"/> Tuntutan Medikal i.e IMAT, dll | <input type="checkbox"/> Lain-lain <input type="text"/> |

Nota Penting: Sila rujuk lampiran A atau B untuk dokumen-dokumen tambahan yang perlu dikepilkan bagi setiap jenis tuntutan di atas.

A. MAKLUMAT PEMEGANG SIJIL

1 a. Nama Pemegang Polisi / Name of Policy Owner

b. No. Kad Pengenalan Baru - - Old

2 Alamat /
 Address

Poskod / Postcode Bandar / Town

Negeri / State

3 a. No. Telefon / Telephone No: Pejabat / Office -

Rumah / House -

Telefon Bimbit / -

b. Tarikh Lahir - - Umur / Age Jantina / Sex Lelaki Perempuan
 Male Female

4 E-Mel / E-Mail

5 Nama Bank / Name of Bank

Cawangan / Branch

6 No. Akaun Bank Peserta / Waris Contoh: 123456789
 Participant Bank AccountNo. E.g: 123456789

** Sila lampirkan salinan muka hadapan buku bank / ** Please enclose a copy of the front page of the saving book. Nama Bank : _____
 Untuk memudahkan pembayaran setelah tuntutan diluluskan / to facilitate payment upon approval)

B. MAKLUMAT PESERTA / PARTICIPANT'S PERSONAL DETAILS

1 Nama Peserta (jika berbeza dengan A) / Name of Participant (if differs from A)

2 No. Kad Pengenalan Baru / NRIC No. New - - Lama / Old

3 Tarikh Lahir - 4 Jantina / Sex Lelaki / Male Perempuan / Female

5 Alamat / Address

Poskod / Postcode Bandar / Town

Negeri / State

6 E-Mel / E-Mail

7 Nama Bank / Name of Bank

Cawangan / Branch

8 No. Akaun Bank Peserta Contoh: 123456789 Participant Bank Account No. E.g: 123456789

** Sila lampirkan salinan muka hadapan buku bank / ** Please enclose a copy of the front page of the saving book. Untuk memudahkan pembayaran setelah tuntutan diluluskan secara auto kredit / to facilitate payment upon approval by a auto credit) Nama Bank : _____

C. BUTIR-BUTIR PENUNTUT (UNTUK TUNTUTAN KEMATIAN SAHAJA) CLAIMANT'S DETAILS (FOR DEATH CLAIM ONLY)

Sila lengkapkan jika lain dariada A dan B / Please complete if differ from A

1 Name / Name

2 No. Kad Pengenalan Baru / NRIC No. New - - Lama / Old

3 Umur / Age 4 Jantina / Sex Lelaki / Male Perempuan / Female

No. Telefon / Telephone No: Pejabat / Office -

5 Rumah / House - Telefon Bimbit/H/P -

6 Hubungan dengan simati / Relationship with the deceased: Wasi / Penama / Executer Hibah / hibah Pengganti / Assignee Lain-lain / Others _____

7 Alamat / Address

Poskod / Postcode Bandar / Town

Negeri / State

8 E-Mel / E-Mail

9 Nama Bank / Name of Bank

Cawangan / Branch

10 No. Akaun Bank Penuntut Contoh: 123456789 Beneficiary Bank Account No. E.g: 123456789

** Sila lampirkan salinan muka hadapan buku bank / ** Please enclose a copy of the front page of the saving book. Untuk memudahkan pembayaran setelah tuntutan diluluskan / to facilitate payment upon approval) Nama Bank : _____

D. MAKLUMAT KEJADIAN / PARTICULAR OF EVENT (i)

(Sila isikan keterangan pada bahagian yang berkaitan sahaja/ Please complete the information in the relevant section)

1 Keterangan mengenai kejadian.
Details of event

a) Sebab Kejadian Cause of event. Kemalangan / Accident Sakit / Disease Lain-lain/Others

(Boleh tanda (x) lebih dari 1 petak)

Sila nyatakan penerangan sekiranya anda tanda 'Sakit' atau 'Others'

b) Nama Penyakit / Diagnosis

c) Nama Hospital / Hospital Name

d) TarikhKejadian Cause of event.

		HH/DD	-			BB/MM	-					TTTT/YYYY
--	--	-------	---	--	--	-------	---	--	--	--	--	-----------

e) TarikhMasuk Wad Date Of Admission

(i)

		HH/DD	-			BB/MM	-					TTTT/YYYY
--	--	-------	---	--	--	-------	---	--	--	--	--	-----------

(ii)

		HH/DD	-			BB/MM	-					TTTT/YYYY
--	--	-------	---	--	--	-------	---	--	--	--	--	-----------

(iii)

		HH/DD	-			BB/MM	-					TTTT/YYYY
--	--	-------	---	--	--	-------	---	--	--	--	--	-----------

f) TarikhKeluar Wad Date Of Discharge

(i)

		HH/DD	-			BB/MM	-					TTTT/YYYY
--	--	-------	---	--	--	-------	---	--	--	--	--	-----------

(ii)

		HH/DD	-			BB/MM	-					TTTT/YYYY
--	--	-------	---	--	--	-------	---	--	--	--	--	-----------

(iii)

		HH/DD	-			BB/MM	-					TTTT/YYYY
--	--	-------	---	--	--	-------	---	--	--	--	--	-----------

(Sila gunakan kertas berasingan jika ruang tidak mencukupi)

2 Sila nyatakan tarikh kali pertama Peserta Please state the exact date (first date)

a) menerima rawatan received treatment

(a)

		HH/DD	-			BB/MM	-					TTTT/YYYY
--	--	-------	---	--	--	-------	---	--	--	--	--	-----------

b) disahkan mendapat penyakit tersebut confirmed to have the illness

(b)

		HH/DD	-			BB/MM	-					TTTT/YYYY
--	--	-------	---	--	--	-------	---	--	--	--	--	-----------

3 Sila nyatakan punca asal mengapa Peserta mendapatkan rawatan atau rujukan dari doktor tersebut Please state the original cause why Participant are seeking treatment or consultation from the said doctor

4 Sudah berapa lamakah Peserta menghidapi kesakitan/kecederaan ini? How long have you been suffering from these illness/ injuries?

5 Jika diakibatkan oleh kemalangan, sila nyatakan seperti berikut: If accidental case please state the following:

(a) Tarikh kemalangan/ Date of accident

Tarikh Kemalangan / Date of Accident

		HH/DD	-			BB/MM	-					TTTT/YYYY
--	--	-------	---	--	--	-------	---	--	--	--	--	-----------

Masa / Time :

		HH	:			MM	AM / PM
--	--	----	---	--	--	----	---------

(b) Bagaimana kemalangan berlaku How the accident happened

*Sila lampirkan salinan laporan polis/ laporan bedah siasat (jika ada)
* Please enclose a copy of police report or post mortem report(if any)

6 Nama dan alamat doktor yang pernah dilawati Name and address of the doctor that you visited

Tarikh Rawatan	Penyakit	Nama Doktor dan Alamat

D. MAKLUMAT KEJADIAN / PARTICULAR OF EVENT (ii)**(Sila isikan keterangan pada bahagian yang berkaitan sahaja/ Please complete the information in the relevant section)**

7 Sila nyatakan ujian yang telah dilakukan oleh doktor
*Please state the nature of investigations performed by the doctor
 i.e. X-ray, ECG, blood test, etc*

8 Sila nyatakan jenis rawatan yang telah diberikan
Please state the nature of treatments given

9 Jika diwadkan dalam hospital; nyatakan tempohnya
If warded in the hospital, state duration

Dari
 From - -
 HH/DD BB/MM TTTT/YYYY

Hingga
 To - -
 HH/DD BB/MM TTTT/YYYY

10 Adakah rawatan susulan diperlukan? Jika ya, nyatakan tarikhnya
Is follow-up treatment required? If yes, please furnish the date

- -
 HH/DD BB/MM TTTT/YYYY

11 Adakah anda mempunyai salinan laporan rawatan/ujian yang telah dijalankan dahulu? Jika ya, sila kemukakan
Do you have any copy of treatment/investigation reports conducted earlier? If yes, please provide

12 Untuk wanita sahaja / For women only

Adakah anda mengandung? Jika ya, sila nyatakan berapa bulan
Are you pregnant? If yes, please state how long

E. REKOD PEMERIKSAAN PERUBATAN / RECORD OF MEDICAL CHECK-UP

1 Sila nyatakan dengan penuh nama serta alamat doktor lain yang pernah merawat
Please state below the details of any other doctor(s) you have consulted

Nama / Name	Alamat / Address	Tarikh Pemeriksaan / Date of Examination

2 Sila berikan butir-butir kemasukan ke hospital berhubung dengan penyakit di atas.
Please give details of any hospitalization in connection with this illness.

Nama Hospital Name of Hospital	Tarikh Masuk Date of Admission	Tarikh Keluar Date of Discharged	No. Kemasukan Hospital Hospital Admission Number

F. 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:

G. PENGAKUAN OLEH PENUNTUT / DECLARATION BY THE CLAIMANT

Saya / Kami _____ No. KP _____ pihak yang membuat tuntutan mengakui bahawa semua jawapan dan kenyataan yang tercatat di atas adalah lengkap dan benar sepanjang pengetahuan dan keyakinan Saya / Kami dan Saya / Kami tidak menyembunyikan atau merahsiakan butir-butir penting dari syarikat ini. Saya / Kami dengan ini menuntut manfaat Takaful dan lain-lain perolehan di bawah Takaful yang berkenaan daripada Takaful Ikhlas Berhad (selepas ini dirujuk sebagai pihak Syarikat) dan bersetuju bahawa kenyataan dan maklumat dari semua doktor yang memberi rawatan kepada simati / peserta semasa hayatnya dan segala dokumen lain diberi untuk menyokong ini adalah menjadi bukti kematiannya / keilatannya. Selanjutnya, Saya / Kami bersetuju bahawa borang ini dan lain-lain dokumen tambahan yang diberikan mengenainya dan tindakan-tindakan siasatan dan pemeriksaan oleh pihak Syarikat tidak boleh ditaksir atau dianggap persetujuan menanggung tuntutan oleh pihak Syarikat dan tidak membuktikan ada sesuatu aqad Takaful yang berkuatkuasa mengenai diri yang diperkatakan atau sesuatu pelepasan sebarang hak atau pembelaan oleh pihak Syarikat. Saya / Kami dengan ini bersetuju membenarkan doktor-doktor atau lain-lain pihak atau hospital dan sebagainya memberi kepada pihak Syarikat penerangan atau maklumat yang mungkin diperlukan mengenai simati / peserta.

I / We _____ NRIC _____ as the claimant hereby declare that all foregoing answers and information stated above are complete and true to the best of my / our knowledge and belief and I / We have not concealed any important details from this company. I / We hereby claim Takaful benefits and other acquisition under the relevant Takaful from Takaful Ikhlas Berhad (hereinafter referred as the Company) and agree that all information disclosed by the doctors treating the deceased / participant during his lifetime and all documents provided to support this claim is proof of his / her death / disability. Further, I / We agree that this form and other additional related documents and investigations or examinations by the Company cannot be interpreted or assumed as admission of liability by the Company and is not proof of any agreement which take effect on the said person or discharged of any right or defense by the Company. I / We hereby give consent to doctors or related parties or hospitals etc. to disclose to the Company any explanation or information which is deemed necessary with regards to the deceased / participant.

Tandatangan Penuntut / Peserta
Signature of Claimant / Participant

Tandatangan Saksi
Signature of Witness

Nama / Name : _____

Nama / Name : _____

No. KP / NRIC No. : _____

No. KP / NRIC No. : _____

Tarikh / Date : _____

Tarikh / Date : _____

Hubungan / Relationship : _____