



TAKAFUL IKHLAS BERHAD (593075 U)
 IKHLAS Point
 Tower 11A, Avenue 5, Bangsar South,
 No. 8, Jalan Kerinchi, 59200 Kuala Lumpur
 Tel : 03-2723 9999 (General Line)
 Fax : 03-2723 9998 (General Fax Line)
 Call Centre No : 03-2723 9696
 Website : www.takaful-ikhlas.com.my
 (A wholly-owned subsidiary of MNRB Holdings Berhad)

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 MBB000 *Name and Participant's Bank Account No. E.g MBB0001* :

PIHAK YANG CEDERA / PESAKIT / INJURED PERSON / PATIENT

Nama/Name:

Umur / Age : <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	No. Telefon/Telephone No. :	
	Pejabat / Office	
	Rumah / House	
	Bimbit / Handphone	

Alamat / Address :

Poskod / Postcode	Bandar / Town

Pekerjaan / Employment / Occupation : _____

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:

7. Adakah dengan ini, saya mengesahkan kenyataan di atas adalah benar.

I hereby certify that the foregoing statement is correct.

Nama / Name :

Alamat / Address :

Poskod / Postcode Bandar / Town

Tandatangan / Signature : _____

Tarikh /Date : / /

HH/DD BB/MM TTTT/YYYY

Kelulusan / Qualification : _____

Dokumen / Document :

Laporan Perubatan / *Medical Report*

Resit Rasmi / *Offical Reciept*

K/P dan Lesen Memandu
I/C and Driving License

Sijil Cuti Sakit
Medical Leave Chit

Laporan Polis (jika kemalangan melibatkan
kenderaan bermotor)
Police Report (if involved in motor vehicle accident)

Filem X-ray jika melibatkan kehilangan anggota badan atau
hilang upaya kekal
X-ray film if involve amputation or permanent disability