

C. JENIS TUNTUTAN DAN MAKLUMAT YANG BERSANGKUTAN / NATURE OF CLAIMS RELATED DETAILS

1. Sila nyatakan tarikh kali pertama anda: a) menerima rawatan b) disahkan mendapat penyakit tersebut <i>Please state the exact date (first date):</i> a) <i>received treatment</i> b) <i>confirmed to have the illness</i>													
2. Sila nyatakan punca asal mengapa anda mendapatkan rawatan atau rujukan dari doktor tersebut <i>Please state the original cause why you are seeking treatment or consultation from the said doctor</i>													
3. Sudah berapa lamakah anda menghidapi kesakitan/kecederaan ini? <i>How long have you been suffering from these illness/injuries?</i>													
4. Jika diakibatkan oleh kemalangan, sila nyatakan seperti berikut; <i>If accidental case, please state the following:</i> a. Tarikh kemalangan / <i>Date of accident</i> b. Bagaimana kemalangan berlaku <i>How the accident happened</i>	<table border="0"> <tr> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>Masa:</td> </tr> <tr> <td>HH/DD</td> <td>BB/MM</td> <td>TT/YY</td> <td>Time: _____ am/pm</td> </tr> </table>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Masa:	HH/DD	BB/MM	TT/YY	Time: _____ am/pm				
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Masa:										
HH/DD	BB/MM	TT/YY	Time: _____ am/pm										
5. Nama dan alamat doktor yang pernah dilawati <i>Name and address of the doctor that you visited</i>													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tarikh Rawatan</th> <th>Penyakit</th> <th>Nama Doktor dan alamat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Tarikh Rawatan	Penyakit	Nama Doktor dan alamat									
Tarikh Rawatan	Penyakit	Nama Doktor dan alamat											
6. Sila nyatakan ujian yang telah dilakukan oleh doktor <i>Please state the nature of investigations performed by the doctor i.e. X-ray, ECG, blood test, etc</i>													
7. Sila nyatakan jenis rawatan yang telah diberikan <i>Please state the nature of treatments given</i>													
8. Jika diwadkan dalam hospital, nyatakan tempohnya <i>If warded in the hospital, state duration</i>	Dari <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hingga <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> From HH/DD BB/MM TT/YY To HH/DD BB/MM TT/YY												
9. Adakah rawatan susulan diperlukan? Jika ya, nyatakan tarikhnya <i>Is follow-up treatment required? If yes, please furnish the date</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HH/DD BB/MM TT/YY												
10. Adakah anda mempunyai salinan laporan rawatan/ujian yang telah dijalankan dahulu? Jika ya, sila kemukakan <i>Do you have any copy of treatment/investigation reports conducted earlier? If yes, please provide</i>													
11. Untuk wanita sahaja / <i>For woman only</i> Adakah anda mengandung? Jika ya, sila nyatakan berapa bulan <i>Are you pregnant? If yes, please state how long</i>													

D. DOKUMEN YANG DIPERLUKAN / DOCUMENTS REQUIRED

- Borang tuntutan hospital yang telah diisi lengkap oleh pesakit / *Claim form duly completed by patient*
- Salinan bil hospital atau nota discaj yang telah disahkan / *Copy of hospital bills or discharge note*
- Borang sijil kemasukan ke hospital yang telah diisi lengkap oleh doktor yang merawat (jika perlu) / *Certificate of hospitalization form duly completed by doctor*
- Salinan laporan perubatan lain, jika ada / *Other medical reports, if any*
- Salinan laporan polis yang disahkan (kes kemalangan) / *Certified true copy of police report (accidental case)*
- Lain-lain dokumen sokongan, jika ada / *Other supporting documents, if any*

E. PENGAKUAN / DECLARATION

Saya dengan ini membuat perakuan bahawa sepanjang pengetahuan saya kenyataan dan maklumat yang tersebut di atas adalah benar dan saya tidak menyembunyi apa-apa keterangan daripada Takaful Ikhlas Sdn Bhd. Saya dengan ini juga bersetuju mana-mana doktor, orang perseorangan atau pihak yang diberi kuasa membenarkan Takaful Ikhlas Sdn Bhd meminta dan mengambil apa-apa maklumat yang diperlukan bagi mempertimbangkan permohonan saya ini.

I hereby declare that to the best of my knowledge and belief the foregoing particulars and information stated above are true and correct and that I have not concealed any particulars from Takaful Ikhlas Sdn Bhd. I hereby give my consent to any doctor, individuals or authorized party/parties to allow Takaful Ikhlas Sdn Bhd to request and obtain any information deemed necessary in the consideration of my application.

Tandatangan Penuntut / *Signature of Claimant*

Tarikh / *Date*