



TAKAFUL IKHLAS SDN. BHD.
IKHLAS Point
Menara 11A, Avenue 5, Bangsar South,
No 8, Jalan Kerinchi
59200 Kuala Lumpur
G/L: 03-27239999 Fax: 03-27239998 Callcentre : 03-27239696
Website : www. takaful-ikhlas.com.my
(A subsidiary of MNRB Holdings Berhad)

BORANG PERMOHONAN TUNTUTAN MANFAAT TAKAFUL IKHLAS WANITA

Peringatan

1. Borang tuntutan ini hendaklah diisi dengan lengkap dan betul.
2. Sila lengkapkan di petak yang berkenaan sahaja.
3. Penerimaan borang ini bukanlah bermakna dengan sendirinya tanggungan akan diakui oleh syarikat.

NO. SIJIL/ CERTIFICATE NO : _____

A. BUTIR-BUTIR PESERTA

1. Nama Peserta: _____
2. No. Kad Pengenalan Baru

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
3. Tarikh lahir

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
4. Umur

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
5. No. Kad Pengenalan Lama

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
6. Jantina

	L		P
--	---	--	---
7. Alamat _____

8. No. Telefon : _____ (HP) _____ (R) _____ (P)
9. Alamat e-mail : _____
10. Nama dan No. akaun bank peserta / waris:

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

**Sila lampirkan salinan muka hadapan buku bank _____

B. JENIS TUNTUTAN

Sila tandakan (x) dipetak yang berkenaan.

1. Komplikasi Kehamilan / *Pregnancy complications*

- Penyebaran Penggumpalan Intravaskular/ *Disseminated intravascular coagulation*
- Kehamilan Ektopik / *Ectopic pregnancy*
- Mol Hidatidiform(Kandungan Molar) / *Hydatidiform mole*
- Lahir Mati / *Still Birth*
- Kematian Neonatal / *Neonatal Death*

** Dokumen yang diperlukan bagi membuat tuntutan manfaat komplikasi Kehamilan:

- 1) Laporan perubatan (sila lengkapkan borang 'Kenyataan Pegawai Perubatan')
- 2) Salinan sijil kematian/ Permit pengkebumian (bagi manfaat Lahir mati dan Kematian Neonatal)
- 3) Salinan sijil kelahiran anak (bagi manfaat Lahir mati dan Kematian Neonatal)
- 4) Kad rawatan rawatan ibu mengandung / *Antenatal card*
- 5) Salinan kad pengenalan peserta

2. Penyakit Kongenital Bayi / *Infant congenital illnesses*

- Kecacatan Ventrikular Septum / *Ventricular septal defect*
- Kecacatan Atrium Septum / *Atrial septal defect*
- Sindrom Down / *Down's syndrome*
- Spina Bifida / *Spina bifida*
- Tetralogi Fallot / *Tetralogy of fallot*
- Transposisi Pembuluh Utama / *Transposition of the great vessels*

*Dokumen yang diperlukan bagi membuat tuntutan manfaat Penyakit Kongenital Bayi:

- 1) Laporan perubatan (sila lengkapkan borang 'Kenyataan Pegawai Perubatan')
- 2) Salinan sijil kelahiran anak
- 3) Kad rawatan rawatan ibu mengandung / *Antenatal card*
- 4) Salinan kad pengenalan peserta

3. Manfaat Tambahan / Additional features

- Manfaat Perkahwinan Pertama / *1st Marriage benefit*
* Sila kepilkan salinan sijil nikah dan salinan kad pengenalan peserta
- Manfaat Kelahiran Anak / *Childbirth benefit*
* Sila kepilkan salinan sijil kelahiran anak dan salinan kad pengenalan peserta
- Manfaat Kematian Pasangan / *Spouse's death benefit*
* Sila kepilkan salinan sijil kematian , salinan sijil nikah dan salinan kad pengenalan peserta
- Manfaat Berhenti Kerja Paksa / *Involuntary Retrenchment Benefit*
* Sila kepilkan salinan surat berhenti kerja dari pihak majikan dan salinan kad pengenalan peserta

C. JENIS TUNTUTAN DAN MAKLUMAT YANG BERSANGKUTAN
(Untuk tuntutan Komplikasi Kehamilan dan Penyakit Kongenital Bayi sahaja)

1. Jenis tuntutan / <i>Nature of claims</i>	
2. Tarikh kejadian / <i>Date of event</i>	
3. Tarikh jangka lahir / <i>Expected due date (EDD)</i>	
4. Usia kandungan pada tarikh kejadian / <i>Pregnancy term on the date of event</i>	
5. Keterangan secara terperinci mengenai tuntutan tersebut (jika berkaitan) : Please explain in detail on the claim (if related) a) Nama Hospital	
b) Tarikh pembedahan / <i>Date of operation</i>	
c) Nama doktor yang merawat / <i>Name of the physician</i>	

D. PENGAKUAN OLEH PENUNTUT

Saya dengan ini membuat perakuan bahawa sepanjang pengetahuan saya/kami kenyataan-kenyataan dan maklumat yang tersebut diatas adalah benar dan saya/kami tidak menyembunyi apa-apa keterangan daripada Takaful Ikhlas Sdn Bhd. Saya/Kami 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/kami ini.

I hereby declare that to best of my knowledge and belief of the forgoing particulars and information stated above are true and correct and that I have not concealed any particulars form Takaful Iklas Sdn Bhd. I hereby give consent to any doctor, individuals of 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