TAKAFUL IKHLAS SDN BHD (593075 U)
Corporate Head Office
9th Floor, Bangunan Malaysian Re, No. 17, Lorong Dungun, Damansara Heights,
Locked Bag No. 11094, 50990 Kuala Lumpur.
Business Operations
4th Floor, Bangunan Takaful IKHLAS, No. 14, Jalan 19/1, 47300 Petaling Jaya, Selangor Darul Ehsan.
G/L: 03-7801 1288 Call Centre: 1-300-88-1313 Fax: 03-7801 1388
Website: www.takaful-ikhlas.com.my
(A subsidiary of MNRB Holdings Berhad)

BORANG TUNTUTAN KEMATIAN / KEILATAN KEKAL MENYELURUH
DEATH / TOTAL AND PERMANENT DISABILITY CLAIM FORM

Peringatan / *Reminders*

1. Peserta / penuntut yang berhak dikehendaki memberikan maklumat dengan betul dan lengkap bagi mempercepatkan proses tuntutan ini.
   Participant /the rightful claimant is required to give correct and complete information to expedite the claim processing.
2. 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.*

A. MAKLUMAT PEMEGANG POLISI / *POLICYOWNER'S DETAILS*

1. a. Nama Pemegang Polisi atau Penuntut / *Name Of Policy Owner*

b. No. Kad Pengenalan *NRIC No.* Baru *New* ____ — ____ — ____ Lama *Old* ____

2. Alamat / *Address*

Poskod/*Postcode* ____ Bandar/*Town* ____

3. No. Telefon / *Telephone No. :* Pejabat / Office, Rumah / *House*

B. MAKLUMAT PESERTA/SIMATI / *PARTICIPANT'S/DECEASED'S PERSONAL DETAILS*

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

2. No. Kad Pengenalan *NRIC No.* Baru *New* ____ — ____ — ____ Lama *Old* ____

3. Tarikh Lahir *Date of Birth* HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*

4. Jantina *Sex* Lelaki *Male* ☐ Perempuan *Female* ☐

5. Alamat / *Address*

Poskod/*Postcode* ____ Bandar/*Town* ____
Negeri/*State* ____

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

7. E-Mel
   E-Mail : _____

8. Nama dan Alamat Bank
   Name and Address of Bank

9. Untuk Tuntutan Keilatan Kekal Sahaja / *For Total and Permanent Disability Claim Only*
   No. Akaun Bank Peserta. Contoh: MBB0001.
   Participant/Beneficiary Bank Account No. E.g.: MBB0001.

(Untuk memudahkan pembayaran setelah tuntutan diluluskan / *to facilitate payment upon approval)*

C. MAKLUMAT KEMATIAN ATAU KEILATAN KEKAL MENYELURUH / *PARTICULARS OF DEATH OR TOTAL AND PERMANENT DISABILITY*

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

1. Keterangan mengenai kematian/keilatan kekal menyeluruh akibat dari penyakit.
Details of death or total and permanent disability due to illness.

a) Sebab kematian/keilatan
Cause of death/disability

b) Tarikh kematian/keilatan
Date of death/disability
HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*

c) Bilakah penyakit ini mula dikesan?
When was the illness first diagnosed?
HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*
Sila berikan nama doktor yang merawat dan alamat hospital/klinik yang lengkap
Please provide us the name of the attending doctor and the full address of the hospital/clinic

d) Bilakah kali terakhir menerima nasihat doktor untuk penyakit tersebut?
When was the last consultation with a doctor in relation to the illness?
HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*
Sila berikan nama doktor dan alamat hospital/klinik yang lengkap
Please provide us the doctor's name and the full address of the hospital / clinic

2. **Keterangan mengenai kematian/keilatan kekal menyeluruh yang diakibatkan oleh kemalangan**
Details of death/total and permanent disability due to accident.

a) Tarikh dan waktu kemalangan berlaku *Date and time of the accident*	HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*
b) Tempat berlakunya kemalangan *Place where the accident happened*	
c) Sila terangkan dengan jelas bagaimana kemalangan berlaku *Please explain in detail how the accident occurred*	
d) Sila terangkan dengan terperinci kecederaan yang dialami dan bahagian anggota yang cedera atau hilang *Please explain in detail the injuries sustained and parts of the body injured or dismembered*	

e) Sila berikan nama doktor yang merawat berserta alamat hospital/klinik
Please give us the name of attending doctor with address of hospital and clinic

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

a) Nama/*Name*

b) Nombor Kad Pengenalan : Baru — — Lama
Identity Card Number : New *Old*

c) Umur / *Age*

d) Nombor Telefon / *Telephone Number :*
Pejabat / *Office*
Rumah / *House*
Bimbit / *Handphone*

e) Jantina / *sex:* Lelaki / *Male* Perempuan / *Female*

g) Hubungan dengan simati / *Relationship with the deceased* :

i) Wasi / *Executer* ii) Hibah / *Hibah* iii) Pengganti / *Assignee*

h) Address / *Alamat*

Poskod/*Postcode* Bandar/*Town*

i) Nama dan Alamat Bank / *Name and Address of Bank:*

j) No. Akaun Bank Penuntut:
Claimant's Bank Account No.:

(Untuk memudahkan pembayaran setelah tuntutan diluluskan / *To facilitate payment upon approval)*

E. 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 Sdn Bhd (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 yang 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 perlepasan 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 Sdn Bhd (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 takes effect on the said person or discharge 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

Nama / *Name* :_____

No. KP / *NRIC No. :* _____

Tarikh / *Date* :_____