TAKAFUL IKHLAS SDN. BHD. (593075 U)
A wholly-owned subsidiary of MNRB Holdings Berhad

Corporate Head Office
IKHLAS Point, Tower 11A,
Avenue 5, Bangsar South,
No.8, Jalan Kerinchi, 59200 Kuala Lumpur.
T: +603-2723 9999 **F**: +603-2723 9998
Website: www.takaful-ikhlas.com.my

KEMALANGAN INDIVIDU KOMPREHENSIF
COMPREHENSIVE PERSONAL ACCIDENT BENEFIT (CPAB)

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's*

Nama / *Name:*

No. Kad Pengenalan Baru / *New I/C No.:*

No. Telefon / *Telephone No.*: Pejabat / *Office*

Rumah / *House*

Bimbit / *Handphone*

Alamat / *Address*

Poskod / *Postcode* Bandar / *Town*

Negeri / *State*

Tempoh Takaful / *Period of Takaful*: Dari / *From*: HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*

Hingga / *To*: HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*

E-mel / *E-mail* :

No. Akaun Peserta. Contoh MBB0001: / *Participant's Bank Account No. E.g. MBB0001*

Nama Bank / Bank's Name :

B. PIHAK YANG CEDERA / PESAKIT / *INJURED PERSON / PATIENT*

Nama / *Name:*

Umur / *Age:*

No. Telefon / *Telephone No.*: Pejabat / *Office*

Rumah / *House*

Bimbit / *Handphone*

Alamat / *Address:*

Poskod / *Postcode* Bandar / *Town*

Negeri / *State*

Pekerjaan / *Employment / Occupation*:

C. BUTIR-BUTIR KEMALANGAN / *ACCIDENT DETAILS*

Tarikh / *Date*: HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY* Masa / *Time*: : *a.m / p.m*

Tempat / *Place*: _____

Bagaimana kemalangan berlaku / *Circumstances of accident*:
(Gunakan helaian tambahan jika perlu / *Use supplementary sheet if necessary*)

_____

_____

_____

Aktiviti pihak yang cedera semasa berlakunya kemalangan / *What was the injured person doing at the time?*:

_____

_____

_____

Sila nyatakan nama dan alamat mereka yang menyaksikan kemalangan tersebut jika ada /
State name and address of independent witness/es, if any:

D. KECEDERAAN YANG DIALAMI / *INJURY / ILLNESS*

Butir-butir kecederaan / *Nature of injury / illness*:

_____

_____

_____

Adakah anda pernah mengalami kecederaan yang sama / serupa sebelum ini?:
Has he previously suffered from a similar injury to the same part of illness?: YA / *YES* ☐ TIDAK / *NO* ☐

Jika YA, sila berikan maklumat lanjut:
If YES, please give details: _____

_____

Nyatakan sama ada kecederaan ini telah menghalang pihak yang cedera menjalankan pekerjaannya. Jika YA, berikan maklumat lanjut:
Please state whether the injured/patient has been totally unable to attend to any portion of his/her business. If so, please give details:

a) Sepenuhnya / *Totally* Dari / *From* HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY* Hingga / *To* HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*

b) Sebahagian / *Partially* Dari / *From* HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY* Hingga / *To* HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*

Nama dan alamat doktor yang memberikan rawatan / *Name and address of the doctor attending the injured person*:

Adakah doktor yang memberikan rawatan tersebut, merupakan doktor yang biasa merawat orang yang tercedera?
Is he the injured person's usual doctor?

YA / *YES* ☐ TIDAK / *NO* ☐

E. 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*:

_____

_____

_____

_____

_____

D. PENGAKUAN / *DECLARATION*

Saya / kami dengan ini membenarkan doktor yang memberi rawatan ini mengeluarkan sebarang maklumat kesihatan yang berkaitan dengan proses tuntutan ini.
I / We hereby authorise my / our attending physician to release any medical information necessary to process this claim.

Saya / kami mengesahkan maklumat di atas adalah benar sepanjang pengetahuan saya / kami.
I / We declare that these particulars are true to the best of my / our knowledge.

Tandatangan pihak yang cedera
Injured / patient's signature

No. K/P / *NRIC No.*
Tarikh / *Date*
HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*

Tandatangan peserta
Participant's signature

No. K/P / *NRIC No.*
Tarikh / *Date*
HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*

Tandatangan saksi
Signature of witness

No. K/P / *NRIC No.*
Tarikh / *Date*
HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*

Cop rasmi Syarikat, jika ada / *Company stamp, if any*

D. KECEDERAAN YANG DIALAMI / *INJURY / ILLNESS*

1. Nama pesakit / *Name of patient*:

No. K/P / *I/C No.*: Umur / *Age*

Jantina / *Gender*: Lelaki / *Male* Perempuan / *Female*

Pekerjaan / *Employment / Occupation*:

2. Tarikh kemalangan / *Date of accident:*
HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*

Masa kemalangan / *Time of accident:* : *a.m / p.m*

Bilakah anda mula diberikan rawatan atas kecederaan yang dialami?
When were you first consulted for these injuries / illness
Tarikh / Date:
HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*

Apakah kecederaan atau penyakit yang pesakit sedang alami? /
From what injuries or illness is the patient now suffering?:

Bagaimanakah kemalangan tersebut telah berlaku? / *How is the accident said to have occurred?*:

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 di bawah 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 diabled from engaging in or attending to his 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. Adalah 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*

Negeri / *State*

Tandatangan doktor / *Doctor's Signature* _____ Tarikh / *Date* HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*

Kelulusan / *Qualification* _____

Dokumen / *Document*

- ☐ Laporan Perubatan / Medical Report
- ☐ K/P dan Lesen Memandu / *I/C and Driving License*
- ☐ Laporan Polis (jika kemalangan melibatkan kenderaan bermotor) / *Police Report (if involved in motor vehicle accident)*
- ☐ Resit Rasmi / *Official Receipt*
- ☐ Sijil Cuti Sakit / *Medical Leave Certificate*
- ☐ Filem X-Ray jika melibatkan kehilangan anggota badan atau hilang upaya kekal / *X-Ray film if involve amputation or permanent disability*