



i-BR1M TAKAFUL
D/A TAKAFUL IKHLAS SDN BHD. (593075 U)
Corporate Head Office
IKHLAS Point, Tower 11A, Avenue 5, Bangsar South,
No. 8, Jalan Kerinchi, 59200 Kuala Lumpur
Hotline : 03-2716 2716
Email : i-BR1M@takaful-ikhlas.com.my



FCL - PDM001 / FRM014 / 00

BORANG TUNTUTAN i-BR1M

TUNTUTAN KEMATIAN & HILANG UPAYA KEKAL MENYELURUH (HUKM)

Sila tanda jenis tuntutan

Manfaat Kematian Bukan Akibat Kemalangan

Tarikh Kejadian

- -

Manfaat Kematian Akibat Kemalangan

Manfaat Hilang Upaya Kekal Menyeluruh (HUKM) akibat kemalangan

Senarai Semakan Dokumen Tuntutan

A. Manfaat Kematian Bukan Akibat Kemalangan

- Borang Tuntutan i-BR1M
- Salinan kad pengenalan penerima BR1M (Si mati) - jika ada
- Sijil Kematian - perlu disahkan sebagai salinan asal
- Salinan kad pengenalan pewaris
- Salinan buku akaun bank atau penyata bank pewaris (jika berkenaan)
- Bukti hubungan dengan Si Mati, contoh sijil nikah

B. Manfaat Kematian Akibat Kemalangan

- Borang Tuntutan i-BR1M
- Salinan kad pengenalan penerima BR1M (Si mati) - jika ada
- Sijil Kematian - perlu disahkan sebagai salinan asal
- Laporan Polis - perlu disahkan sebagai salinan asal
- Salinan kad pengenalan pewaris
- Salinan buku akaun bank atau penyata bank pewaris (jika berkenaan)
- Bukti hubungan dengan Si Mati, contoh sijil nikah

C. Manfaat Hilang Upaya Kekal Menyeluruh (HUKM) akibat kemalangan

- Borang Tuntutan i-BR1M
- Salinan kad pengenalan penerima BR1M
- Laporan Polis - perlu disahkan sebagai salinan asal
- Salinan buku akaun bank atau penyata bank penerima BR1M (jika berkenaan)
- Salinan kad pengenalan pewaris (jika berkenaan)
- Bukti hubungan dengan penerima BR1M, contoh sijil nikah

A. BUTIRAN PENERIMA BR1M 3.0

1 a. Nama Orang Yang Dilindungi

b. No. Kad Pengenalan Baru - - Lama

2 a. Tarikh Lahir - - Umur Jantina : Lelaki Perempuan

B. BUTIRAN PIHAK MENUNTUT

NOTA PENTING : Orang yang menuntut adalah orang yang telah disenaraikan sebagai suami / isteri atau tanggungan sebagaimana telah dinyatakan di dalam Borang Permohonan Bantuan Rakyat 1 Malaysia (BR1M) 2014

1 a. Nama Pihak Yang Menuntut

b. No. Kad Pengenalan Baru - -

2 Alamat

Poskod Bandar

Negeri

3 No Telefon (R) - Telefon Bimbit -

4 E-Mel

5 Hubungan dengan penerima BR1M 3.0

C. BAYARAN MANFAAT KEMATIAN ATAU MANFAAT HUKM

Bayaran Manfaat Kematian atau Manfaat HUKM hendaklah dibuat melalui:

- Kredit ke dalam akaun penerima BR1M 3.0 / pewaris
- Cek di atas nama penerima BR1M 3.0 / pewaris [Sila berikan salinan Kad Pengenalan]

No. Akaun Bank : _____ Nama Bank : _____
[Sila berikan salinan buku bank atau penyata bank (muka surat pertama)]

**D. DOCTOR'S STATEMENT FOR TPD CLAIM DUE TO ACCIDENTAL CAUSE ONLY/
KENYATAAN DOKTOR UNTUK MANFAAT HUKM AKIBAT KEMALANGAN SAHAJA
TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING DOCTOR / UNTUK DILENGKAPKAN OLEH DOKTOR YANG MERAWAT**

Please tick (X) the current condition of the patient. / Sila tandakan (X) keadaan terkini pesakit:

1. The Participant is considered as being totally and permanently disabled only if the Participant, due to Accident, has been subject to one (or more) of the following impairments: / Peserta dikategori sebagai hilang upaya kekal menyeluruh hanya sekiranya peserta, akibat kemalangan, tertakluk kepada satu (1) atau lebih keadaan di bawah:

Total and Permanent loss of sight in both eyes. Visual Acuity of 6/60 or below. / Hilang penglihatan kekal menyeluruh kedua-dua mata. Akuiti visual 6/60 atau kurang.

Visual Acuity / Akuiti Visual Right Eye / Mata Kanan Left Eye / Mata Kiri

Loss by physical severance at least two (2) limbs at or above the wrist or ankle / Hilang sekurang-kurangnya dua (2) anggota badan pada atau di atas pergelangan tangan atau buku lali

Total and Permanent loss of sight in one (1) eye, visual acuity of 6/60 or below in the better eye and the loss by physical severance of one (1) limb at or above the wrist or ankle / Hilang Penglihatan Kekal dan menyeluruh pada sebelah mata, akuiti visual 6/60 atau kurang pada mata yang elok dan hilang salah satu anggota badan pada atau di atas pergelangan tangan atau buku lali

Visual Acuity / Akuiti Visual Right Eye / Mata Kanan Left Eye / Mata Kiri

2. Was this disability cause directly or indirectly, wholly or partly, by anyone of the following occurrences: / Adakah keilatan ini berpunca secara langsung atau tidak langsung, sepenuhnya atau sebahagiannya, dari salah satu daripada kejadian-kejadian berikut:

a. Consequent to suicide, attempted suicide or willful self injury while sane or insane / akibat membunuh diri, cubaan membunuh diri atau mengakibatkan kecederaan diri sendiri yang disengajakan ketika siuan atau tidak siuan Yes / Ya No / Tidak

b. Under the influence of alcohol / narcotics at the time of accident / Di bawah pengaruh alkohol / narkotik atau penyalahgunaan dadah semasa kemalangan Yes / Ya No / Tidak

c. Disability arising or existed prior to 1 Jan 2014 / Hilang upaya bermula atau wujud sebelum 1 Jan 2014. Yes / Ya No / Tidak

I hereby certify that the above statement is correct. / Saya sahkan bahawa kenyataan di atas adalah benar.

Doctor's Signature and Stamp / Tandatangan dan Cop Doktor

Hospital Official Stamp / Cop Rasmi Hospital

Date / Tarikh : _____

Doctor's Name / Nama Doktor : _____

Qualification / Kelulusan : _____

E. PENGAKUAN

Saya / Kami dengan ini mengaku bahawa:

1. Keterangan yang diberikan di atas adalah lengkap dan tepat, bahawa orang yang dilindungi di atas adalah layak untuk menjadi ahli sijil berkelompok dan telah mengambil bahagian di bawah skim berkelompok tersebut;
2. Jika saya / kami membuat sebarang kenyataan palsu atau tidak benar dan/atau menyembunyikan sebarang fakta penting berkaitan dengan maklumat mengenai orang yang dilindungi, Pengendali Takaful i-BR1M berhak untuk menolak tuntutan yang dibuat dan seterusnya mendapat hak untuk menuntut semula sebarang amaun tuntutan yang telah dibayar sebelum ini;
3. Saya / kami memberi kuasa kepada Pengendali Takaful i-BR1M dan/atau wakilnya untuk mengesahkan maklumat di atas dengan pihak-pihak yang berkenaan dan untuk mendapatkan maklumat yang diperlukan semasa mengendalikan tuntutan ini dalam kapasiti profesional. Salinan kebenaran ini dianggap sah dan berkesan seperti dokumen asal; dan
4. Saya / Kami memberi kuasa / kebenaran untuk Pengendali Takaful i-BR1M untuk menggunakan data-data peribadi saya / kami untuk dikongsikan dengan pihak Pengendali Takaful yang lain bagi tujuan pemprosesan tuntutan sahaja.

Tandatangan Penuntut / Penerima BR1M

Nama : _____

No. KP : _____

Tarikh : _____