TAKAFUL IKHLAS FAMILY BERHAD (593075 U)
(Formally known as Takaful Ikhlas Berhad)
IKHLAS Point, Tower 11A, Avenue 5, Bangsar South,
No. 8, Jalan Kerinchi, 59200 Kuala Lumpur
Tel : 03-2723 9999 Fax : 03-2723 9998
Website : www.takaful-ikhlas.com.my

LAPORAN PERUBATAN UNTUK KEMALANGAN INDIVIDU KOMPREHENSIF
ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT FOR COMPREHENSIVE PERSONAL ACCIDENT BENEFIT (CPAB)

NO. SIJIL / *CERTIFICATE NO.:*

A. PIHAK YANG CEDERA / PESAKIT / *INJURED PERSON / PATIENT* (diisi oleh peserta / *filled up by participant*)

1. Nama / *Name:*
2. Umur / *Age:* No. Telefon / *Telephone No.*: Pejabat / *Office* — Rumah / *House* — Bimbit / *Handphone* —
3. Alamat / *Address*
   Poskod / Postcode Bandar / Town
   Negeri / State
4. Pekerjaan / *Employment / Occupation*:
5. Adakah anda mengalami kecederaan yang sama / serupa sebelum ini? YA / *YES* TIDAK / *NO*
   Has he previously suffered from similar injury to the same part of illness?
   Jika YA, sila berikan maklumat lanjut :
   If YES, please give details :

B. MAKLUMAT KECEDERAAN PESERTA / *PARTICULARS OF PARTICIPANT'S INJURY*

1. Nama Pesakit / *Name of Patient:*
2. No. K/P / *I/C No.:* 3. Umur / *Age*:
4. Jantina / *Gender:* Lelaki / *Male* Perempuan / *Female*
5. Pekerjaan/Perniagaan / *Occupation/Business* :
6. Tarikh kemalangan / *Date of accident* : HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*
7. Masa kemalangan / *Time of accident* : : *a.m / p.m*
8. Bilakah anda mula diberikan rawatan atas kecederaan yang dialami? Tarikh / *Date :* HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*
   When were you first consulted for these injuries or illness?
9. Apakah kecederaan atau penyakit yang pesakit yang pesakit sedang alami?
   From what injuries or illness is the patient now suffering?
10. Bagaimanakah kemalangan tersebut berlaku? / *How is the accident said to have occurred?*:
11. Sila berikan keterangan terperinci mengenai kecederaan / *Please give full details of injuries*
12. Adakah kecederaan dan keadaan beliau terkini mencukupi untuk diambilkira sebagai gambaran kemalangan tersebut seperti yang dinyatakan kepada anda ?
    Are the injuries and their present condition sufficiently accounted for by the description of the accident as described to you?
13. 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?

14. Berapa lamakah pesakit tidak berupaya menjalankan tugas/pekerjaan akibat dari kemalangan atau penyakit?
How long has the patient been disabled from engaging in or attending to this usual employment or occupation as a result of these injuries or illness?

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

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

15. Berapa lamakah lagi ketidakupayaan menjalankan tugas/pekerjaan akan berterusan?
How much longer do you consider such disablement will continue?

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

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

16. Adakah pesakit mempunyai sebarang penyakit / kecacatan lain?
does the patient have any other disease or physical defect? YA / *YES* ☐ TIDAK / *NO* ☐

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:

17. 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 dan Cop Doktor / *Doctor's Signature and Stamp* Tarikh / *Date* HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*

Kelulusan / *Qualification :*

Dokumen / *Document*

☐ Laporan Perubatan / Medical Report

☐ Laporan Polis (jika kemalangan melibatkan kenderaan) / *Police Report (If involved in motor vehicle accident)*

☐ Resit Rasmi / *Official Receipt*

☐ Sijil Cuti Sakit / *Medical Leave Certificate*