

# Borang Takaful Tuntutan Kemalangan Diri

NO. AGENSI \_\_\_\_\_ NO. TUNTUTAN \_\_\_\_\_

Nota: Pengeluaran borang ini bukan pengakuan tanggungan oleh Pengendali Takaful. Sekiranya Pembuat Tuntutan tidak dapat mengisi borang ini sendiri, ia boleh diisikan bagi pihaknya. Borang ini mestilah diisi dengan lengkap, dengan memberikan butir-butir penuh sebarang kejadian yang menjadi asas bagi tuntutan yang dibuat dan dikembalikan kepada Pengendali Takaful di pejabat Pengendali Takaful yang mengeluarkan Sijil dengan secepat mungkin, namun dalam apa pun kes hendaklah dalam masa empat betas hari dari tarikh kemalangan berlaku.

1. a) Nama Penuh  
Pembuat Tuntutan \_\_\_\_\_

b) No. K/P (Baru) \_\_\_\_\_ (Lama) \_\_\_\_\_

c) Alamat  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) No Tel \_\_\_\_\_

e) Perniagaan atau Pekerjaan Semasa:  
\_\_\_\_\_

f) Tarikh Lahir \_\_\_\_\_

g) No. Sijil \_\_\_\_\_ Tempoh Takaful: Dari \_\_\_\_\_ Hingga \_\_\_\_\_

2. a) Name Majikan \_\_\_\_\_

b) Alamat  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) No Tel \_\_\_\_\_

3. a) Tarikh Kemalangan \_\_\_\_\_ Masa \_\_\_\_\_ Pg/ptg/mlm

b) Tempat Kemalangan \_\_\_\_\_

4. a) Sila nyatakan secara terperinci bagaimana kemalangan berlaku dan apa yang anda sedang lakukan pada ketika itu.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Jika kemalangan melibatkan orang (orang-orang) atau kenderaan (kenderaan-kenderaan) lain, sila nyatakan nama dan alamat orang (orang-orang) dan/atau Nombor Pendaftaran kenderaan tersebut.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Sila nyatakan dengan tepat kecederaan yang anda alami.

---

---

---

---

6. Sila berikan nama dan alamat mana-mana orang yang menyaksikan kemalangan tersebut.

---

---

---

7 a) Sila berikan nama dan alamat Pengamal Perubatan yang merawat anda selepas kemalangan.

---

---

---

b) Adakah beliau Pengamal Perubatan yang biasa merawat anda? Jika tidak, sila nyatakan sebab mengapa anda mendapatkan rawatan daripadanya.

---

---

8 Sila nyatakan sama ada anda berhak untuk mendapat pampasan daripada sumber lain bagi kemalangan ini. Jika ya, sila nyatakan nama syarikat serta jumlahnya.

---

---

9 a) Pernahkah anda terlibat dalam kemalangan sebelum ini? Jika ya, sila berikan butir-butirnya.

---

---

b) Pernahkah anda membuat tuntutan untuk pampasan bagi kecederaan akibat kemalangan daripada mana-mana Syarikat Insurans / Pengendali Takaful? Jika ya, sila nyatakan nama Syarikat Insurans / Pengendali Takaful dan jumlah pampasan.

---

---

Saya dengan ini mengisytiharkan bahawa saya telah mematuhi segala peraturan dan syarat-syarat Sijil dalam setiap hal dan bahawa saya tidak pernah mengelak daripada melaksanakan pekerjaan biasa saya, sama ada keseluruhan atau sebahagiannya, lebih lama daripada yang benar-benar diperlukan akibat kemalangan tersebut, dan bahawa kemalangan tersebut adalah punca tunggal kehilangan upaya saya.

Saya dengan ini menjamin kebenaran kenyataan-kenyataan dan butir-butir yang diberikan di atas dalam setiap hal dan saya bersetuju bahawa sekiranya saya telah atau mungkin membuat, dalam sebarang pengakuan selanjutnya yang diperlukan oleh pegawai Pengendali Takaful daripada saya berkaitan tuntutan tersebut, sebarang kenyataan palsu atau penipuan, atau menyembunyikan sebarang fakta penting.

Pengendali Takaful akan menetapkan Sijil sebagai tidak sah dan hak saya untuk mendapat pampasan akan terbatal, dan saya bersedia pada bila-bila masa dikehendaki oleh pegawai Pengendali Takaful untuk membuat perakuan berkanun mengenai kebenaran segala kenyataan yang diberikan di atas, dan mengenai sebarang butir lain yang mungkin diperlukan oleh pegawai Pengendali Takaful.

Tarikh \_\_\_\_\_

Tandatangan Pembuat Tuntutan \_\_\_\_\_

PERINGATAN - SILA MINTA PENGAMAL PERUBATAN ANDA MENGISI SIJIL PERUBATAN SYARIKAT YANG DILAMPIRKAN KEPADA BORANG INI.

# Personal Accident Claim Takaful Form

AGENCY NO. \_\_\_\_\_ CLAIM NO. \_\_\_\_\_

Note: The issue of this form is not an admission of liability by the Takaful Operator. If the claimant is unable to fill up this form personally it may be filled up on behalf of the Claimant. This form must be completed giving full particulars of any event in respect of which a claim is to be made and return to the Takaful Operator at the office of the Takaful Operator at which the certificate is issued as soon as possible, but in any case within fourteen days after the occurrence of the accident.

1. a) Name of Claimant in full \_\_\_\_\_
- b) NRIC No. (New) \_\_\_\_\_ (Old) \_\_\_\_\_
- c) Address \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- d) Tel No. \_\_\_\_\_
- e) Present Business or Occupation: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- f) Date of birth \_\_\_\_\_
- g) Certificate No. \_\_\_\_\_ Period of Takaful From \_\_\_\_\_ To \_\_\_\_\_
2. a) Name of Employer \_\_\_\_\_
- b) Address \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c) Tel No. \_\_\_\_\_
3. a) Date of Accident \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ AM/PM
- b) Place of Accident \_\_\_\_\_
4. a) Please state in details how the accident occurred and what were you doing at the time.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b) If accident involved other person(s) or motor vehicle(s), please state the name and address of the person(s) and/or the Registration Number of the vehicle.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Please state precisely the injuries that you have sustained.

---

---

---

---

6. Please given name and address of any persons who witnessed the accident.

---

---

---

7 a) Please give name and address of Medical Practitioner who attended you after the accident.

---

---

---

b) Is he your usual Medical Attendant? If not, please state reason why he was consulted.

---

---

8 Please state whether you are entitled to compensation from any other source in respect of this accident. If so, please state the name of the company and the amount.

---

---

9 a) Have you ever met with an accident? If so, please give particulars.

---

---

b) Have you ever made a claim for compensation in respect of accident injury from any Insurance Company / Takaful Operator? If so please state the name of Insurance Company / Takaful Operator and the amount of compensation.

---

---

I hereby declare that I have compiled in every respect with the terms and conditions of the Certificate and that I have not abstained from my usual occupation, either entirely or partially longer than absolutely necessary in consequence of the said accident, and that such accident is the sole cause of my disablement.

I do hereby warrant the truth of the foregoing statements and particulars in every respect, and I agree that if I have made, or in any further declaration the officers of the Takaful Operator may require of me in respect of the said claim shall make, any false or fraudulent statement or any concealment of material fact, the Certificate shall be void as against the Takaful Operator and my right to compensation absolutely forfeited, and I am willing, whenever required by the officers of the Takaful Operator, to make a statutory declaration of the truth of all the foregoing statements, and of such other particulars as may be required by the officers of the Takaful Operator.

Date \_\_\_\_\_

Signature of claim \_\_\_\_\_

N.B. - PLEASE HAVE YOUR MEDICAL ATTENDANT COMPLETE THE COMPANY'S MEDICAL CERTIFICATE ATTACHED TO THIS FORM.