



تکافل بروني کلوارگه  
Takaful Brunei Keluarga | Family

CLAIM FORM NO: 2011 / MEDICAL / 010

VERIFIED BY:

PARTICULARS	
DOMESTIC HELPER	
NUR SAVINGS TAKAFUL	
STUDENTCARE TAKAFUL	

**BORANG TUNTUTAN HOSPITAL DAN PERUBATAN  
HOSPITALIZATION AND MEDICAL CLAIM FORM**

**Peringatan / Reminders**

Penuntut yang berhak dikehendaki memberikan maklumat dengan betul dan lengkap bagi mempercepatkan proses tuntutan ini.

*The rightful claimant required to give correct and complete information to expedite the claim processing.*

2 Penerima borang ini bukanlah bermakna dengan sendirinya tanggungan akan diakui oleh Takaful Brunei Keluarga Sdn bhd.  
*Acceptance of this form does not mean admission of liability by the Takaful Brunei Keluarga Sdn Bhd.*

Claim Ref. <i>Rujukan Tuntutan</i>	Policy No. <i>Polisis No.</i>	Expiry Date <i>Tarikh Mansuh</i>
---------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

**A. MAKLUMAT PEMEGANG POLISI / MAJIKAN / POLICY HOLDER'S / EMPLOYER'S DETAILS**

1 a. Nama Pemegang Polisi atau Majikan <i>Name of Policy Holder or Employer</i>			
b. No Kad Pengenalan <i>Identification Card No</i>		Warna / Colour	
2 Alamat / Address		No. Telefon / Telephone No.	

**B. MAKLUMAT PERIBADI PEKERJA / EMPLOYEE'S PERSONAL DETAILS**

1 a. Nama Pekerja / Employee Name			
b. No Kad Pengenalan <i>Identification Card No</i>		Warna / Colour	
c. Tarikh Lahir <i>Date of Birth</i>		d. Nationality <i>Kewargaan</i>	e. Jantina <i>Sex</i>
2 Alamat / Address		No. Telefon / Telephone No.	
3 Sebab Masuk Wad <i>Reason(s) for Admission</i>			
4 a. Tarikh Masuk Wad <i>Date of Admission</i>			
b. Tarikh Keluar Wad			

Date of Discharge

**C. JENIS TUNTUTAN DAN MAKLUMAT YANG BERSANGKUTAN / NATURE OF CLAIMS RELATED DETAILS**

- |  |  |
|--|--|
| 1 . Sila nyatakan tarikh kali pertama anda menerima rawatan atau merujuk kepada doktor mengenai penyakit ini.<br>Please state the exact date when you were first treated or consulted by the doctor for this illness |  |
| 2 . Sila nyatakan punca asal mengapa anda mendapatkan rawatan atau rujukan dari doktor tersebut<br>Please state the original cause of why you are seeking treatment or consultation from the said doctor             |  |
| 3 . Sudah berapa lamakah anda menghadapi kesakitan / kecederaan ini?<br>How long have you been suffering from these illness / injuries?  |  |
| 4 . Jika diakibatkan oleh kemalangan, sila nyatakan seperti berikut;<br>If accidental case, please state the following;  |  |
| a. Tarikh Kemalangan / Date of accident  |  |
| b. Bagaimana kemalangan berlaku<br>How the accident happened   |  |
| 5 . Nama dan alamat lengkap Hospital / Klinik<br>Name and full address of Hospital / Clinic  |  |

**D. PENGAKUAN / DECLARATION**

Saya dengan ini membuat perakuan bahawa sepanjang pengetahuan saya kenyataan dan maklumat yang tersebut di atas adalah benar dan saya tidak menyembunyi apa-apa keterangan daripada Takaful Brunei Keluarga Sdn Bhd. Saya dengan ini juga bersetuju mana-mana doktor, orang perseorangan atau pihak yang diveri kuasa membenarkan Takaful Brunei Keluarga Sdn Bhd meminta dan mengambil apa-apa maklumat yang diperlukan bagi mempertimbangkan permohonan saya ini.

*I hereby declare that to the best of my knowledge and belief the foregoing particulars and information stated above are true and correct and that I have not concealed any particulars from Takaful Brunei keluarga Sdn Bhd. I hereby give my consent to any doctor, individuals or authorized party / parties to allow Takaful Brunei keluarga Sdn Bhd to request and obtain any information deemed necessary in the consideration of my application.*

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Penuntut / Signature of Claimant

Nama / Name: \_\_\_\_\_

I/C No. / No. Kad Pengenalan: \_\_\_\_\_

Date / Tarikh : \_\_\_\_\_

|

|