



Head Office:

SYARIKAT TAKAFUL MALAYSIA BERHAD (131646-K)
26th Floor, Annexe Block, Menara Takaful Malaysia
No. 4, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur
P.O. Box 11483, 50746 Kuala Lumpur

W takaful-malaysia.com.my
T 1-300 8 TAKAFUL (825 2385)
F 603.2274 0237
E esu@takaful-malaysia.com.my

FOR OFFICE USE

FOR MCO PROCESSING

YES NO

DATE RECEIVED:

OFFICER IN CHARGE:

SERVICING BRANCH:

CLAIM NUMBER:

The Issuance and acceptance of this claim form is not an admission of liability by the Company and if false statements or declarations be made in support of this claim, this claim shall be null and void. Please complete this claim form in CAPITAL LETTERS and cross [x] the boxes as appropriate.

Pengeluaran dan penerimaan borang tuntutan ini bukan pengakuan liabiliti oleh pihak Syarikat dan sekiranya kenyataan dan pengisytiharan palsu dibuat untuk menyokong tuntutan ini, maka tuntutan ini adalah dianggap batal dan tidak sah. Sila lengkapkan borang tuntutan ini dengan HURUF BESAR dan pangkah [x] pada kotak di mana perlu.

MEDICAL EXPENSES / DAILY CASH ALLOWANCE GROUP FAMILY TAKAFUL PLAN CLAIM FORM BORANG TUNTUTAN BAGI PERBELANJAAN PERUBATAN / ELAUN TUNAI HARIAN PELAN TAKAFUL KELUARGA BERKELOMPOK

Part 1 / Bahagian 1 : Details of Claimant / Butir-butir Pihak Yang Menuntut

1. Name of Employer / Nama Majikan Certificate Number / Nombor Sijil

2. Correspondence Address / Alamat Surat-menyurat Postcode / Poskod

3. Telephone / Telefon Handphone / Telefon Bimbit Facsimile No / No. Faksimili

4. E-mail Address / Alamat E-mel

5. New IC No. / No. KP Baru Old IC No./Birth Certificate No./Passport No. / No. KP Lama/No. Sijil Kelahiran/No. Pasport

* 6. Name of Employee / Nama Kakitangan Occupation / Pekerjaan Date Employed (DD/MM/YYYY) / Tarikh Mula Bekerja (HH/BB/TTTT)

Part 2 / Bahagian 2 : Details of Person with Illness or Injury / Butir-butir Pihak Yang Menghidap Penyakit Atau Kecederaan

1. Name / Nama

2. New IC No. / No. KP Baru Old IC No. /Birth Certificate No./Passport No. / No. KP Lama/No. Sijil Kelahiran/No. Pasport

3. The relationship between the person with illness or injury to the Employee. / Hubungan antara pihak yang menghidap penyakit atau kecederaan dengan Pekerja

Part 3 / Bahagian 3 : Details of Illness or Injury / Butir-butir Penyakit atau Kecederaan

1. Exact diagnosis as certified by the attending doctor / Butir penyakit seperti yang disahkan oleh doktor yang merawat

2. Date when the symptom was first manifested (DD/MM/YYYY) / Tarikh penyakit/kecederaan tersebut mula dikesan (HH/BB/TTTT)

3. Date of first consultation with a medical practitioner for this condition (DD/MM/YYYY) / Tarikh kali pertama mendapat rundingan dengan pegawai perubatan untuk penyakit/kecederaan ini (HH/BB/TTTT)

4. Name, address and contact number of all medical practitioners that have been consulted for this condition / Nama, alamat dan nombor untuk dihubungi semua pegawai perubatan yang dirujuk untuk penyakit/kecederaan ini

5. Is this condition related to pregnancy, abortion, miscarriage, sterilisation, sub-fertility, infertility, self-inflicted injury, sexually transmitted disease, congenital anomaly, nervous or mental disorder, cosmetic reasons or work-related injury, any drugs and alcohol abuse? If YES, please specify. / Adakah penyakit/kecederaan ini berkaitan dengan kehamilan, pengguguran, keguguran, kemandulan, kesuburan, ketidaksuburan, kecederaan yang disengajakan, penyakit kelamin, kecacatan sejak lahir, masalah mental, rawatan kosmetik atau kecederaan berkaitan pekerjaan? YES / YA NO / TIDAK
Jika YA, sila nyatakan.

* If applicable / Jika berkaitan

