TAKAFUL IKHLAS SDN BHD (593075 U)
Corporate Head Office
9th Floor, Bangunan Malaysian Re, No. 17, Lorong Dungun, Damansara Heights,
Locked Bag No. 11094, 50990 Kuala Lumpur.
Business Operations
4th Floor, Bangunan Takaful IKHLAS, No. 14, Jalan 19/1,
47300 Petaling Jaya, Selangor Darul Ehsan.
G/L: 03-7801 1288 Call Centre: 1-300-88-1313 Fax: 03-7801 1388
Website: www.takaful-ikhlas.com.my
(A subsidiary of MNRB Holdings Berhad)

BORANG TUNTUTAN HOSPITAL
HOSPITALISATION CLAIM FORM

Peringatan / *Reminders*

Borang Tuntutan ini hendaklah diisi oleh peserta/penuntut. / *This form must be completed by the participant/claimant.*

NO. SIJIL / *CERTIFICATE NO.*

A. MAKLUMAT PEMEGANG POLISI / *POLICYOWNER'S DETAILS*

1. a. Nama Pemegang Polisi atau Penuntut / *Name Of Policy Owner or Claimant*

b. No. Kad Pengenalan *NRIC No.* Baru *New* — — Lama *Old*

2. Alamat / *Address*

Poskod/*Postcode* Bandar/*Town*

3. No. Telefon / *Telephone No. :*
Pejabat / Office —
Rumah / *House* —
Bimbit / *Handphone* —

4. E-Mel
E-Mail : _____

B. MAKLUMAT PERIBADI PESERTA / *PARTICIPANT'S PERSONAL DETAILS*

1. a. Nama Peserta (jika berbeza dengan A) / *Name Of Participant (if differs from A)*

b. No. Kad Pengenalan *NRIC No.* Baru *New* — — Lama *Old*

c. Tarikh Lahir *Date of Birth* HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*

d. Umur *Age*

e. Jantina *Sex* Lelaki *Male* Perempuan *Female*

2. Alamat / *Address*

Poskod/*Postcode* Bandar/*Town*

3. No. Telefon / *Telephone No. :*
Pejabat / Office —
Rumah / *House* —
Bimbit / *Handphone* —

4. E-Mel
E-Mail : _____

5. Sebab Masuk Wad / *Reason(s) For Admission*

_____

6. Tarikh Masuk Wad *Date Of Admission* HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*

7. Tarikh Keluar Wad *Date Of Discharge* HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*

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. *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 *Please state the original cause why you are seeking treatment or consultation from the said doctor*	
3. Sudah berapa lamakah anda menghidapi kesakitan/kecederaan ini? *How long have you been suffering from these illness/injuries?*	
4. Jika diakibatkan oleh kemalangan, sila nyatakan seperti berikut; *If accidental case, please state the following;* a. Tarikh kemalangan / *Date of accident* b. Bagaimana kemalangan berlaku *How the accident happened*	HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*
5. Nama dan alamat doktor anda *Name and address of your doctor*	
6. Sila nyatakan ujian yang telah dilakukan oleh doktor *Please state the nature of investigations performed by the doctor i.e. X-ray, ECG, blood test, etc*	
7. SIla nyatakan jenis rawatan yang telah diberikan *Please state the nature of treatments given*	
8. Jika diwadkan dalam hospital, nyatakan tempohnya *If warded in the hospital, state duration*	Dari *From* HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY* Hingga *To* HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*
9. Adakah rawatan susulan diperlukan? Jika ya, nyatakan tarikhnya *Is follow-up treatment required? If yes, please furnish the date*	HH/*DD* BB/*MM* TT/*YY*
10. Adakah anda mempunyai salinan laporan rawatan/ujian yang telah dijalankan dahulu? Jika ya, sila kemukakan *Do you have any copy of treatment/investigation reports conducted earlier? If yes, please provide*	
11. Untuk wanita sahaja / *For woman only* Adakah anda mengandung? Jika ya, sila nyatakan berapa bulan *Are you pregnant? If yes, please state how long*	

D. DOKUMEN YANG DIPERLUKAN / *DOCUMENTS REQUIRED*

1. Salinan asal bil terperinci hospital dan pembedahan / *Details of the original hospital and surgery bills*
2. Penyata tuntutan yang telah diisi dengan lengkap oleh doktor / *Statement of claim duly completed by doctor*
3. Borang soalan yang telah diisi lengkap oleh pesakit / *Questionnaires form duly completed by patient*
4. Laporan perubatan lain, jika ada / *Other medical reports, if any*
5. Salinan laporan polis yang disahkan (kes kemalangan) / *Certified true copy of police report (accidental case)*
6. Lain-lain dokumen sokongan, jika ada / *Other supporting documents, if any*

E. KEBENARAN UNTUK MENYERAHKAN LAPORAN PERUBATAN / *CONSENT TO RELEASE MEDICAL INFORMATION*

Saya dengan ini membenarkan mana-mana hospital, klinik, pengamal perubatan dan mana-mana pihak yang pernah memberi rawatan atau pemeriksaan ke atas saya untuk sebarang sebab boleh mengemukakan sebarang atau semua maklumat mengenai sakit atau kecederaan yang saya alami dan menyediakan salinan rekod hospital atau perubatan termasuk sejarah perubatan yang lepas. Saya juga mengesahkan bahawa salinan surat kebenaran ini sebagai sah seperti yang asal yang telah saya tandatangani.

I hereby authorize any hospital, clinic, medical practitioner or any other person(s) who have attended to or examined me for any reason(s) to and all information with respect to my illness or injury and to provide copies of hospital or medical records including prior medical history. I certify that a photocopy of this consent is as valid as the original signed by me.

F. 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 Ikhlas Sdn Bhd. Saya dengan ini juga bersetuju mana-mana doktor, orang perseorangan atau pihak yang diberi kuasa membenarkan Takaful Ikhlas 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 Ikhlas Sdn Bhd. I hereby give my consent to any doctor, individuals or authorized party/ parties to allow Takaful Ikhlas Sdn Bhd to request and obtain any information deemed necessary in the consideration of my application.

Tandatangan Penuntut / *Signature of Claimant*

Tarikh / *Date*