

C. REKOD PEMERIKSAAN PERUBATAN / RECORD OF MEDICAL CHECK-UP

1. Sila nyatakan dengan penuh nama serta alamat doktor lain atau pakar yang pernah merawat berhubung dengan penyakit di atas
Please state below the details of any other doctor(s) or specialist(s) you have consulted in connection with this illness.

Nama / Name	Alamat / Address	Tarikh Pemeriksaan / Date of Examination

2. Sila berikan butir-butir kemasukan ke hospital berhubung dengan penyakit di atas.
Please give details of any hospitalization in connection with this illness.

Nama Hospital Name of Hospital	Tarikh Masuk Date of Admission	Tarikh Keluar Date of Discharge	No. Kemasukan Hospital Hospital Admission Number

D. UMUM / GENERAL

1. Pernahkah saudara-mara anda mengalami penyakit yang serupa?
Have any of your immediate relatives suffered from a similar or related illness?

Hubungan persaudaraan / Relationship	Jenis Penyakit / Nature of Illness

2. Pernahkan anda mengalami penyakit yang lain sebelum penyakit di atas? Jika ya, sila sah / jelaskan.
Have you suffered any other illness prior to this critical illness? If yes, please state/confirm.

3. Adakah anda menuntut pampasan yang serupa dengan syarikat Insurans/Takaful yang lain? Jika ya, sila sah / jelaskan.
Are you claiming for similar benefits from other Insurance/Takaful companies? If yes, please state/confirm

Nama Syarikat Takaful/Insurans Name of Takaful Operator/Insurance Company	Jumlah Pampasan Amount of Benefit	Adakah tuntutan telah dibuat/dibayar Has claim been submitted/paid

E. PENGAKUAN / DECLARATION

Saya dengan ini mengaku bahawa semua kenyataan di atas dan dokumen yang disertakan berhubung dengan permohonan ini adalah lengkap dan benar sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya. Saya mengizinkan dan membenarkan Takaful Ikhlas Sdn Bhd untuk memperolehi keterangan daripada doktor yang pernah merawat saya atau daripada mana-mana syarikat Insurans/Takaful yang saya pernah memohon untuk perlindungan. Saya bersetuju bahawa kenyataan dan akuan yang terkandung di dalam Borang Permohonan ini akan menjadi asas kepada perjanjian Takaful saya di antara saya dengan Takaful Ikhlas Sdn Bhd dan ianya disifatkan sebagai tergabung dalam perjanjian ini

I hereby declare that all statements made above and other documents submitted in connection with this application are complete and true to the best of my knowledge and belief. I consent and authorize Takaful Ikhlas Sdn Bhd to seek medical information from my doctor(s) whom at any time have attended to me, or from any insurance/takaful companies to which I have at any time made an application for coverage. I agree that this declaration and all statements made above shall form the basis of the Takaful contract between me and Takaful Ikhlas Sdn Bhd and they are deemed to be incorporated in the contract.

 Tandatangan Penuntut
 Signature of Claimant

 Tarikh / Date