



Insurans Islam TAIB
General Takaful Sdn Bhd
Unit 5, 6 & 7
Bangunan Suria, Kiulap
Bandar Seri Begawan BE1518
P.O. Box 2526
BSB General Post Office
Bandar Seri Begawan BS8675
Negara Brunei Darussalam
J 222-2232, 222-3004

BORANG NOTIS TUNTUTAN AM GENERAL CLAIM FORM

No. Sijil / Polisi
Certificate/ Policy No.

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT / FOR OFFICE USE ONLY

No. Tuntutan : Claim No.	Rezab : Reserve
-----------------------------	--------------------

Tempoh Takaful:
Period of Takaful

Dari
From

Date	-	Month	-	Year
------	---	-------	---	------

Hingga
To

Date	-	Month	-	Year
------	---	-------	---	------

PERINGATAN :

- Peserta hendaklah memberi maklumat-maklumat dengan betul dan sepenuhnya.
- Insurans Islam TAIB General Takaful Sdn Bhd boleh menolak mana-mana tuntutan jika borang ini di isi dengan lengkap dan sempurna.
- Penerimaan borang ini bukanlah bererti dengan sendirinya tanggungan diakui oleh pihak Insurans Islam TAIB General Takaful Sdn Bhd.

REMINDER :

- Participant must provide true and correct information.
- Insurans Islam TAIB General Takaful Sdn Bhd reserves the rights to repudiate the claim if this form is not filled with full and clear information.
- This form is not to be taken as an admission of liability by Insurans Islam TAIB General Takaful Sdn Bhd.

Jenis Tuntutan : Type of Claim	Dokumen yang diperlukan : Required Documents
<input type="checkbox"/> FCP Kebakaran Projek Project Fire	<input type="checkbox"/> Salinan Kad Pengenalan Peserta Copy of participant's IC
<input type="checkbox"/> FF Kebakaran Persendirian Private Fire	<input type="checkbox"/> Laporan Polis Police Report
<input type="checkbox"/> FFC Kebakaran Pembinaan Construction Fire	<input type="checkbox"/> Laporan Bomba Fire Brigade Report
<input type="checkbox"/> FH Kebakaran Kandungan Rumah House Contents	<input type="checkbox"/> Laporan Hospital Medical Report
<input type="checkbox"/> FO Pemilik Rumah Kediaman House Owner	<input type="checkbox"/> Laporan Kaji-Cuaca Weather Report
<input type="checkbox"/> GHF Kebakaran Perumahan RPN/STKRJ RPN/STKRJ Housing Fire	<input type="checkbox"/> Invois Pembelian harta-benda yang mengalami kerosakan/kehilangan Damaged Items Purchase Invoice

BUTIR-BUTIR PESERTA

PARTICIPANT'S DETAILS

1	Nama Diinsuranskan : Name of Insured				
2	No. Kad Pengenalan : NRIC No.	Warna : Colour	<input type="checkbox"/> Kuning Yellow	<input type="checkbox"/> Ungu Purple	<input type="checkbox"/> Hijau Green
3	Alamat Surat Menyurat : Correspondence Address		<input type="checkbox"/> Rumah Residence	<input type="checkbox"/> Pejabat Office	Poskod : Post Code
4	No. Telefon:- Phone No.	Rumah : House	Pejabat : Office	Faks : Fax	
		Bimbit : Mobile	Orang yang Dihubungi : Contact Person	E-Mel : E-Mail	
5	Pekerjaan : Occupation				
6	No. Pendaftaran Perniagaan : Business Registration No.		Jenis Perniagaan : Type of Business		
7	Jika Korporat, sila berikan nama pegawai yang berkenaan : If Corporate, please state the respect officer				

JENIS TUNTUTAN YANG DIKEMUKAKAN

TYPE OF CLAIM

BAHAGIAN A : TUNTUTAN KHAIRAT KEMATIAN
SECTION A : FUNERAL EXPENSES CLAIM

Dokumen-Dokumen Yang diperlukan :
Required documents

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Laporan Polis (Jika kematian akibat kemalangan sahaja)
<i>Police Report (If death due to accident only)</i> | <input type="checkbox"/> Salinan Sijil Takaful
<i>A copy of Takaful Certificate</i> |
| <input type="checkbox"/> Salinan Sijil Kematian
<i>A copy of death certificate</i> | <input type="checkbox"/> Surat Pentadbir Kuasa Pusaka
<i>Administrative Letter</i> |

Butir-butir Pewaris :-
Heir Details

1	Nama Pewaris : <i>Heir's Name</i>		
2	No. Kad Pengenalan : <i>NRIC No.</i>	Warna : <i>Colour</i>	<input type="checkbox"/> Kuning <i>Yellow</i> <input type="checkbox"/> Ungu <i>Purple</i> <input type="checkbox"/> Hijau <i>Green</i>
3	Alamat Surat Menyurat : <i>Correspondence Address</i> <input type="checkbox"/> Rumah <i>Residence</i> <input type="checkbox"/> Pejabat <i>Office</i> Poskod : <i>Post Code</i>		

BAHAGIAN B : TUNTUTAN KEMALANGAN DIRI
SECTION B : PERSONAL ACCIDENT CLAIM

Dokumen-Dokumen Yang diperlukan :
Required documents

- Laporan Polis**
Police Report
- Laporan Perubatan dan Pengesahan Doktor yang memberikan rawatan (Jika berkenaan)**
Medical Report and Confirmation from the attending doctor (If applicable)

Sila tandakan (✓) bagi yang berkenaan :
Please tick (✓) accordingly

1	Aktiviti pihak yang cedera semasa berlakunya kemalangan : <i>Injured party's activities when the accident occurred</i> <input type="checkbox"/> Berjalan Kaki <i>On Foot</i> <input type="checkbox"/> Bersukan <i>Doing Sports</i> <input type="checkbox"/> Menjadi Penumpang <i>As a passenger</i> <input type="checkbox"/> Menjalankan Tugas <i>On Duty</i> <input type="checkbox"/> Pemandu <i>Driver</i> <input type="checkbox"/> Lain-lain, sila nyatakan : <i>Others, please specify</i>			
2	Nyatakan bahagian anggota-anggota tubuh badan yang terlibat : <i>State parts of the body that were involved</i> <input type="checkbox"/> Kepala <i>Head</i> <input type="checkbox"/> Bahu <i>Shoulder</i> <input type="checkbox"/> Paha <i>Thigh</i> <input type="checkbox"/> Jari Tangan <i>Finger(s)</i> <input type="checkbox"/> Muka <i>Face</i> <input type="checkbox"/> Lengan <i>Arm(s)</i> <input type="checkbox"/> Betis <i>Calf</i> <input type="checkbox"/> Jari Kaki <i>Toe(s)</i> <input type="checkbox"/> Mata <i>Eye(s)</i> <input type="checkbox"/> Tangan <i>Hand(s)</i> <input type="checkbox"/> Kaki <i>Leg(s)</i> <input type="checkbox"/> Lain-lain, sila nyatakan : <i>Others, please specify</i>			
3	Nyatakan jenis dan had kecederaan yang dialami : <i>Describe the nature and extent of injury sustained :</i>			
4	Nyatakan Negara dan tempat rawatan : <i>State the country and place of treatment</i>			

5	<p>Adakah awda pernah mengalami kecederaan atau keadaan yang sama? <i>Have you ever suffered from the same injury or similar conditions?</i></p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> </p>	
	<p>Jika 'Ya', sila nyatakan : <i>If 'Yes' please specify</i></p>	
6	<p>Adakah mana-mana bil perubatan perlu dilangsaikan? <i>Are there any medical bills to be submitted?</i></p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> </p>	
	<p>Jika 'Ya', sila nyatakan : <i>If 'Yes' please specify</i></p>	
7	<p>Adakah penyakit tersebut pernah dirawt sebelum ini? <i>Has the illness been treated previously?</i></p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> </p>	
	<p>Jika 'Ya', sila nyatakan : <i>If 'Yes' please specify</i></p>	
8	<p>Tarikh konsultasi perubatan kali pertama : <i>Date of first medical consultation</i></p>	
9	<p>Nyatakan nama dan alamat doctor : <i>State the name and address of the doctor</i></p>	
10	<p>Nyatakan nama dan alamat kebiasaan doctor yang merawat keluarga awda : <i>State the name and address of your usual family attending doctor</i></p>	
11	<p>Adakah penyakit ini berbangkit disebabkan melahirkan anak, keguguran, kehamilan atau komplikasi? <i>Did the illness arise from childbirth, miscarriage, pregnancy or any complication?</i></p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> </p>	
12	<p>Jika orang yang diinsuranskan dimasukkan ke hospital, sila nyatakan : <i>If the insured person was admitted to the hospital, please state</i></p>	
	<p>Tarikh kemasukan hospital : <i>Date of admission</i></p>	<p>Waktu kemasukan hospital : <i>Time of admission</i></p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM </p>
	<p>Tarikh keluar hospital : <i>Date of discharge</i></p>	<p>Waktu keluar hospital : <i>Time of discharge</i></p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM </p>
13	<p>Sila nyatakan kapasiti insurans yang hendak awda tuntutan : <i>Please state the capacity you are claiming for the insurance</i></p>	
14	<p>Sila nyatakan hubungan awda kepada pemegang polisi : <i>Please state your relationship to the policyholder</i></p>	
15	<p>Sila nyatakan tempoh yang berkemungkinan kurang upaya : <i>Please state the probable period of disablement</i></p>	

BUTIR-BUTIR KEHILANGAN/KEROSAKAN
DETAILS OF LOSS/DAMAGES

Sila nyatakan dengan ringkas harta benda yang terlibat dalam kejadian tersebut :

Please state briefly the property involved in the incident

Jenis Harta Benda <i>Type of Items</i>	Tarikh Pembelian/Penerimaan <i>Date of Purchased/Receiving</i>	Nilai Sebelum Kejadian <i>Value before the incident</i>	Anggaran Kerosakan/Kerugian <i>Estimation of Loss /Damages</i>

Jika ruang di atas tidak mencukupi sila gunakan kertas tambahan.

If the space provided is insufficient, please use separate paper.

PERKARA AM
GENERAL

1	<p>Adakah awda mengesyaki mana-mana pihak yang menyebabkan kejadian tersebut? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <i>Do you suspect any party which caused the incident? Yes No</i></p> <p>Jika 'Ya' sila nyatakan :- <i>If 'Yes' please specify</i></p> <p>Nama : <i>Name</i></p> <p>Alamat Surat Menyurat : <input type="checkbox"/> Rumah <input type="checkbox"/> Pejabat <i>Correspondence Address Residence Office</i></p> <p>.....</p> <p>..... Poskod : <i>Post Code</i></p> <p>Sebab-sebab : <i>Reasons</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
2	<p>Sila nyatakan bagaimana bangunan di mana kejadian tersebut berlaku digunakan : <i>Please state the building occupation where the incident occurred</i></p> <p><input type="checkbox"/> Rumah Kediaman <input type="checkbox"/> Pejabat <input type="checkbox"/> Rumah Kedai (nyatakan jenisnya) : <i>Residence Office Shop House (State the type)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Kilang (nyatakan jenisnya) : <input type="checkbox"/> Lain-lain (nyatakan jenisnya) : <i>Factory (State the type) Others (State the type)</i></p>

3	Adakah awda mengesyaki mana-mana pihak yang menyebabkan kejadian tersebut? <i>Do you suspect any party which caused the incident?</i>		<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>		<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>	
	Jika 'Ya' sila nyatakan :- <i>If 'Yes' please specify</i>					
	Nama : <i>Name</i>					
	Alamat Surat Menyurat : <i>Correspondence Address</i>		<input type="checkbox"/> Rumah <i>Residence</i>		<input type="checkbox"/> Pejabat <i>Office</i>	
					Poskod : <i>Post Code</i>
	No. Rujukan : <i>Reference No</i>					
	Adakah harta benda tersebut dilindungi oleh lain-lain Takaful atau Insurans ketika kejadian tersebut ? <i>Have any other Insurance Company covering your property when the incident occurred ?</i>		<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>		<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>	
Jika 'Ya' sila beri butir lanjut : <i>If 'Yes' please give details</i>						
Nama Syarikat Insurans/Takaful : <i>Insurance/Takaful Company Name</i>			Amaun Perlindungan : <i>Sum Insured</i>			
Jenis Perlindungan : <i>Type of Cover</i>			No. Sijil : <i>Certificate No.</i>			
4	Pernahkah awda mengalami apa-apa kerugian/kerosakan ke atas harta benda tersebut sebelum kejadian ini? <i>Have you ever experience any loss/damage(s) of stated property before the incident?</i>		<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>		<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>	
	Jika 'Ya' sila beri butir lanjut : <i>If 'Yes' please give details</i>					
	Tarikh <i>Date</i>	Jenis Kerosakan/Kerugian <i>Damage(s)/Loss Type</i>	Nama Lain-lain Takaful/Insurans yang Terlibat <i>Other Named Insurance/Takaful involved</i>	No. Sijil <i>Certificate No.</i>	Nilai Tuntutan/ Kerugian/Kerosakan <i>Amount of Claim/Loss/Damages</i>	

SIJIL PERUBATAN
MEDICAL CERTIFICATE

Sijil ini hendaklah dilengkapkan bagi pihak menuntut oleh doctor lazim pihak menuntut.

This certificate is to be furnished at the claimant's expenses and must be completed by the claimant's usual doctor.

1	Nama Pesakit : <i>Patient's Name</i>		
2	Tarikh Lahir : <i>Date of Birth</i>	Jantina : <i>Gender</i>	<input type="checkbox"/> Lelaki <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Perempuan <i>Female</i>
3	No. Kad Pengenalan : <i>NRIC No.</i>	Warna : <i>Colour</i>	<input type="checkbox"/> Kuning <i>Yellow</i> <input type="checkbox"/> Ungu <i>Purple</i> <input type="checkbox"/> Hijau <i>Green</i>
4	Adakah awda doctor lazim pesakit ini? <i>Are you this patient's usual doctor?</i>	<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>	Jika 'Ya' berapa lama? <i>If 'Yes' for how long?</i> :
5	Sila jelaskan :- <i>Please describe</i>		
	a) Kecederaan akibat kemalangan : <i>Accidental injuries</i>		
	b) Punca kematian : <i>Cause of death</i>		
	c) Penyakit pesakit : <i>Illness of patient</i>		
6	Negara dimana rawatan dilakukan : <i>Country where the treatment was taken</i>		
7	Tarikh rawatan perubatan di ambil buat kali pertama : <i>Date medical treatment first sought for this condition</i>		
8	Sejarah penyakit atau keadaan yang berkaitan dengan tarikh rawatan. Jika tiada, sila nyatakan demikian. : <i>History of this condition or any other relevant conditions with date(s) of treatment. If none, please state so.</i>		
		
		
9	Sila berikan keterangan lengkap mengenai gejala/masalah kesihatan yang memerlukan rawatan : <i>Please provide full details of the symptoms/medical conditions requiring treatments</i>		
		
		
10	Nyatakan tarikh pesakit mula menunjukkan gejala tersebut : <i>On what date did the patient first present these symptoms to you</i>		
11	Nyatakan tarikh gejala kelihatan dengan jelas pada pesakit : <i>On what date would the first onset of symptoms have been apparent to the patient</i>		
12	Adakah pesakit pernah mengalami penyakit yang sama sebelum ini? <i>Has the patient suffered from this condition previously?</i>	<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>
	Jika 'Ya' sila nyatakan tarikh : <i>If 'Yes' please state the date</i>	
13	Adakah awda maklum mengenai apa-apa rawatan yang diberikan disebabkan penyakit ini atau yang berkaitan dengannya? <i>Are you aware of any treatment given for this or any related illness in the past?</i>	<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>
14	Adakah ia berkemungkinan berlaku semula? <i>Is it likely to re-occur?</i>	<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>
15	Adakah ia memerlukan pemulihan? <i>Does it need rehabilitation?</i>	<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>
16	Adakah ia kekal? <i>Is it permanent?</i>	<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>
17	Adakah ia memerlukan pemantauan jangka panjang, nasihat, pemeriksaan, ujian? <i>Does it need long term monitoring, consultations, checkups, examinations or tests?</i>	<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>
	Jika 'Ya' sila terangkan : <i>If 'Yes' please provide details</i>	

**PENGAKUAN
DECLARATION**

Saya mengaku bahawa maklumat yang diberi dalam borang tuntutan ini adalah benar dan betul sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya.

I declare that the information given in this claim form is true and correct to the best of my knowledge and belief.

Saya dengan ini memberi kebenaran kepada doctor hospital, orang yang telah merawat atau memeriksa saya, supaya memberikan kepada insurans islam TAIB General Takaful Sdn Bhd (IITGT), atau wakil yang diberi kuasa, mana-mana dan semua maklumat mengemai apa-apa perubatan atau kecederaan, sejarah perubatan, perundingan, preskripsi atau rawatan atau salinan semua rekod hospital atau perubatan.

I hereby authorize any hospital physician, other person who has attended or examined me, to furnish to Insurans Islam TAIB General Takaful Sdn Bhd (IITGT), or its authorised representative, any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment or copies of all hospital or medical records.

Jika borang diisi oleh orang lain bagi pihak saya dan saya mengakui bahawa sebarang kenyataan yang dibuat oleh mereka adalah dianggap sebagai kenyataan sbenar saya dan saya mengisytiharkan bertanggungjawab terhadap kenyataan tersebut.

If the form is filled by another person on my behalf and I acknowledge that any statements made by them is deemed to be my actual statement and I declared responsible for the statement.

Saya dengan ini mengisytiharkan untuk memberikan kerjasama sepenuhnya kepada IITGT termasuk mana-mana pihak yang mewakili IITGT yang berkaitan dengan tuntutan tersebut.

I hereby solely declare to give full and complete cooperation to IITGT including any other parties representing IITGT in connection with the claim.

Nama pihak yang menuntut :

Claimant's Name

Tandatangan pihak yang menuntut

Claimant's Signature

Tarikh :

Date
