

| | | | |
|---|--|---|---|
| 11 | <p>Adakah awda mempunyai sijil perlindungan yang lain berkenaan dengan kejadian ini? <i>Are you any other insurance policies in force covering you in respect of this event?</i></p> <p>Jika 'Ya' sila beri butir-butir Syarikat Insurans seperti berikut :- <i>If 'Yes' please provide the Insurance Company details as follows</i></p> | <input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i> |
| <p>Nama Syarikat : <i>Company Name</i></p> | | <p>Alamat : <i>Address</i></p> | |
| <p>Tarikh tempahan untuk perjalanan : <i>Date of booking for travel arrangements</i></p> | | | |
| <p>Tarikh Berlepas : <i>Date of Departure</i></p> | | <p>Tarikh Ketibaan : <i>Date of Return</i></p> | |

**PERUBATAN & PERBELANJAAN LAIN / PEMINDAHAN PERUBATAN KECEMASAN / ELAUN HOSPITAL /
 PERBELANJAAN PENGHANTARAN PULANG**

**MEDICAL & OTHER EXPENSES / EMERGENCY MEDICAL EVACUATION /
 HOSPITAL ALLOWANCE / REPATRIATION EXPENSES**

Dokumen-Dokumen Yang diperlukan :
Documents required

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Laporan Perubatan menunjukkan butir kecederaan <i>Medical Report showing nature of injury</i> | <input type="checkbox"/> Jika kemudahan hospital hendak dituntut, surat mengesahkan tarikh kemasukkan dan di keluarkan wad hendaklah disertakan. <i>If hospital benefit is claimed, a letter confirming the date of admittance and the date of discharge from hospital is required.</i> |
| <input type="checkbox"/> Bil-bil/Resit perubatan yang asal untuk jumlah tuntutan sepenuhnya <i>Original Medical Bills/Receipts for the full amount of the claim</i> | <input type="checkbox"/> Sijil Kematian dan Pengebumian / Pembakaran Mayat (Jika kematian berlaku) <i>Death Certificate and Burial / Cremation Permit (If death occurred)</i> |

Sila tandakan bagi yang berkenaan :
Please tick accordingly

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Perubatan dan perbelanjaan lain <i>Medical and other Expenses</i> | <input type="checkbox"/> Elaun Hospital <i>Hospital Allowance</i> |
| <input type="checkbox"/> Pemindahan Perubatan Kecemasan <i>Emergency Medical Evacuation</i> | <input type="checkbox"/> Perbelanjaan Penghantaran Pulang <i>Repatriation Expenses</i> |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|------------------------------|-------------|--------------|-------------|--|-------------|--------------|-------------|--|--|
| 1 | <p>Nama Pihak Menuntut : <i>Name of Claimant</i></p> | | | | | | | | | | | |
| 2 | <p>Tarikh Kemalangan/Permulaan penyakit : <i>Date of Accident/onset of illness</i></p> | | | | | | <p>Tempat kemalangan/Permulaan Penyakit : <i>Place of Accident/onset of illness</i></p> | | | | | |
| 3 | <p>Sifat dan punca kemalangan / penyakit : <i>Nature and cause of accident / illness</i></p> | | | | | | | | | | | |
| 4 | <p>Tempoh di hospital : <i>Period in hospital</i></p> | | <p>Dari <i>From</i></p> | <p>Date</p> | <p>Month</p> | <p>Year</p> | <p>Hingga <i>To</i></p> | <p>Date</p> | <p>Month</p> | <p>Year</p> | | |
| 5 | <p>Nama Syarikat yang melindungi :- <i>Details of other Insurance Company covering your medical expense(s)</i></p> | | | | | | | | | | | |
| | <p>Tarikh Kemalangan/Permulaan penyakit : <i>Date of Accident/onset of illness</i></p> | | | | | | <p>Tempat kemalangan/Permulaan Penyakit : <i>Place of Accident/onset of illness</i></p> | | | | | |
| | <p>No. Rujukan Polisi : <i>Policy Reference No.</i></p> | | | | | | | | | | | |

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> | | |

KEMALANGAN DIRI / HILANG UPAYA KEKAL
PERSONAL ACCIDENT / PERMANENT TOTAL DISABLEMENT

Dokumen-Dokumen Yang diperlukan :

Documents required

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Laporan Perubatan (Hilang upaya kekal) <i>Medical Report (Permanent Total Disablement)</i> | <input type="checkbox"/> Sijil Kematian dan Pengebumian / Pembakaran Mayat (Jika kematian berlaku) <i>Death Certificate and Burial / Cremation Permit (If death occurred)</i> |
| <input type="checkbox"/> Surat Pengesahan Wasiat atau Surat Pemantauan <i>Letter of Probate or Letter of Administration</i> | <input type="checkbox"/> Laporan Polis (jika berkaitan dengan kes kemalangan) <i>Police Report (for accident-related cases)</i> |
| <input type="checkbox"/> Bil-bil perubatan dan resit asal yang terperinci <i>Itemised original medical bills and receipts</i> | <input type="checkbox"/> Jika manfaat hospital dituntut, sila sertakan pengesahan hospital mengenai tarikh kemasukan dan keluar hospital <i>If hospital benefits is claimed, please provide a confirmation from hospital on admission and discharge dates</i> |

| | | |
|---|---|--|
| 1 | Tarikh Kemalangan : <i>Date of Accident</i> | Tempat kemalangan : <i>Place of Accident</i> |
| 2 | Nyatakan punca kemalangan dan kecederaan : <i>State cause of accident and nature of injury</i> | |
| 3 | Sila berikan maklumat pihak yang menyaksikan kemalangan :- <i>Please provide the details of any person(s) who had witnesses the accident:-</i> | |
| | Nama : <i>Name</i> | |
| | Alamat : <i>Address</i> | |
| 4 | Jenis kecederaan/penyakit : <i>Type of injury/illness</i> | |
| 5 | Nama doctor yang merawat : <i>Name of attending physician</i> | |
| 6 | Alamat institusi perubatan berdaftar di mana awda di rawat : <i>Address of registered medical institution that you were admitted</i> | |
| 7 | Jika orang yang diinsuranskan dirawat dihospital, sila nyatakan:- <i>If the insured person was admitted to the hospital, please state:-</i> | |
| | Tarikh kemasukan : <i>Date of admission</i> | Waktu kemasukan : <i>Time of admission</i> <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| | Tarikh keluar : <i>Date of discharge</i> | Waktu keluar : <i>Time of admission</i> <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| 8 | Adakah awda pernah mengalami penyakit ini atau keadaan yang serupa atau berulang dari penyakit/kecederaan terdahulu? <i>Have you ever suffered from this illness or a similar condition or a recurrence of a previous illness or injury?</i> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <i>Yes</i> <i>No</i> | |
| | Jika 'Ya' sila terangkan : <i>If 'Yes' please specify</i> | |
| | Tarikh mula mendapatkan konsultasi perubatan/pergigian : <i>Date of first medical/dental consultation</i> | |

KEHILANGAN SIMPANAN / PEMBATALAN / PEMENDEKAN / GANGGUAN PERJALANAN
LOSS OF DEPOSIT/CANCELLATION/CURTAILMENT/TRAVEL INCONVENIENCE

Dokumen-Dokumen Yang diperlukan :
Documents required

Pembatalan
Cancellation

- Surat doctor (Jika disebabkan penyakit/kecederaan sendiri)
Doctor's Letter (If due to own illness/injury)
- Sijil Kematian atau makluman bertulis doctor (Jika disebabkan kematian/penyakit/kecederaan ahli keluarga terdekat).
Death Certificate or doctor's written advice (If due to immediate family member death/illness/injury).
- Dokumen mengesahkan talian perhubungan (Jika pembatalan disebabkan kematian/penyakit/kecederaan ahli keluarga terdekat)
Documents confirming relationship (If cancellation was due to immediate family member death/illness/injury)
- Pembatalan invoice asal daripada ejen pelancongan yang menyatakan jumlah bayaran balik.
Original cancellation invoice from Travel Agent stating the amount of refund (If there is no refund, please provide the original air ticket(s) for record).

Pemendekan Perjalanan
Curtailment

- Surat asal daripada ejen pelancongan yang menyatakan jumlah bayaran balik.
Original letter from Travel Agent stating the amount of refund.
- Makluman bertulis atau sijil daripada doctor yang merawat diluar negara mengesahkan keperluan kepulangan awda atau sahabat awda ke Brunei Darussalam adalah diperlukan (Jika kerana sakit sendiri atau sahabat perjalanan).
Written advice or certificate from the treating doctor overseas confirming the advice for you or your companion's return to Brunei Darussalam is required (If due to own illness or that of travelling companion).
- Sijil Kematian atau makluman bertulis doctor (Jika disebabkan kematian/penyakit/kecederaan ahli keluarga terdekat).
Death certificate or doctor's written advice (If due to immediate family member's death/illness injury).
- Dokumen mengesahkan talian perhubungan (Jika pemendekkan disebabkan kematian/penyakit/kecederaan ahli keluarga terdekat).
Documents confirming relationship (If curtailment was due to immediate family member's death/illness/injury).

Penangguhan Perjalanan / Tersalah Komunikasi Penerbangan / Penerbangan Terlebih Tempahan / Rampasan
Travel Delay / Missed Flight Connection / Overbooked Flight / Hijack

- Pengesahan bertulis dari pengendali syarikat penerbangan, kapal laut, atau kereta api yang menyatakan sebab bagi penangguhan berlepas dan tempoh penangguhan dalam kiraan jam.
Written confirmation from operators of the airline, sea vessel or train stating the reason for departure delay and the duration of delay in number of hours
- Resit asal untuk perbelanjaan makanan, penginapan atau perbelanjaan hidangan ringan yang ditanggung jika tidak diperuntukkan atau dibayar oleh syarikat penerbangan atau mana-mana pihak ketiga.
Original receipt for meals, accommodations or refreshment expenses incurred if not provided for or compensated by the carrier or any third party.

Sila tandakan bagi yang berkenaan :
Please tick accordingly

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pembatalan <i>Cancellation</i> | <input type="checkbox"/> Pemendekan Perjalanan <i>Curtailment</i> | <input type="checkbox"/> Penangguhan Perjalanan <i>Travel Delay</i> |
| <input type="checkbox"/> Terlepas Penerbangan Sambungan <i>Missed Flight Connection</i> | <input type="checkbox"/> Penerbangan Terlebih Tempahan <i>Overbooked Flight</i> | <input type="checkbox"/> Rampasan <i>Hijacking</i> |

| | | |
|---|---|--|
| 1 | Nama-nama menuntut : <i>Full name of all claimants</i> | |
| 2 | Nyatakan sebab-sebab Pembatalan / Penangguhan Perjalanan / Terlepas Penerbangan Sambungan / Rampasan : <i>Reasons for Cancellation / Curtailment / Travel Delay / Missed Flight Connection / Overbooked Flight / Hijacking</i> | |
| 3 | Nama pihak yang sakit atau cedera : <i>Name of sick or injured person</i> | |
| 4 | Jenis penyakit atau kecederaan : <i>Nature of illness or injury</i> | |
| 5 | Hubungan dengan yang diinsuranskan : <i>Relationship to Insured</i> | Tempoh Penangguhan : <i>Period of Delay</i> |
| 6 | Tempoh Rampasan (Jika berkenaan) : <i>Period of Hijack (If applicable)</i> | Jumlah Dituntut : <i>Amount Claimed</i> |

PENANGGUHAN BAGASI

DELAYED BAGGAGE

Dokumen-Dokumen Yang diperlukan :

Documents required

- Surat pengesahan dari Syarikat Penerbangan mengesahkan alasan dan jangka penangguhan perjalanan
Letter from Airline confirming reason for delay and duration
- Penghantaran bagasi docket / Pengakuan bagi laporan kejanggalaan bagasi
Baggage delivery docket / Acknowledgement on Baggage Irregularity report
- Resit bagi pembelian harta yang hendak dituntut
Itemised receipts for the purchase of essential item claimed by you
- Surat pemberitahuan daripada syarikat penerbangan menunjukkan pampasan (Jika berkenaan)
Letter from airline/carrier showing compensation (If applicable)
- Tiket penerbangan dan tag bagasi daripada penerbangan yang menyebabkan penangguhan bagasi awda
Your airline ticket and baggage tags from the carrier who caused your baggage to be delayed

Butiran Penerbangan

Flight Details

| | | |
|---|--|---|
| 1 | Tarikh ketibaan : <i>Arrival Date</i> | Masa Ketibaan : <i>Arrival Time</i> |
| 2 | Tempat Berlepas : <i>Place of Depart</i> | |
| 3 | Nama Syarikat Penerbangan : <i>Name of Airline</i> | No. Penerbangan : <i>Flight No.</i> |

Koleksi Kelengahan Bagasi

Collection of Delay Baggage

| | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|---------------------------|
| 4 | Tarikh ketibaan : <i>Arrival Date</i> | Masa Ketibaan : <i>Arrival Time</i> | | | | |
| 5 | Tempat bertolak : <i>Place of Depart</i> | | | | | |
| 6 | Nama Syarikat Penerbangan : <i>Name of Airline</i> | No. Penerbangan : <i>Flight No.</i> | | | | |
| 7 | Nyatakan pampasan yang diterima daripada syarikat penerbangan : <i>State the compensation received from the airline/carrier</i> | | | | | |
| 8 | Sila lengkapkan jadual di bawah sepenuhnya. Tuntutan akan ditukar kepada dolar Brunei menggunakan kadar mata wang berkenaan pada tarikh dan masa perbelanjaan ditanggung. <i>Please complete the below schedule in full. Claims will be converted to Brunei dollars using currency rate applicable at the date and time the expenses were incurred.</i> | | | | | |
| | Keterangan barangan keperluan dibeli <i>Description of Essential Items Purchased</i> | Tarikh Pembelian <i>Date of Purchase</i> | Harga yang dibayar <i>Price paid</i> | Nama kedai barangan yang dibeli <i>Purchased item store name</i> | Resit disertakan <i>Receipt Attached</i> | |
| | | | | | Ya <i>Yes</i> | Tidak <i>No</i> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

KEHILANGAN BAGASI DAN BARANG PERSENDIRIAN / KEHILANGAN WANG & DOKUMEN PERJALANAN
LOSS OF BAGGAGE & PERSONAL EFFECTS / LOSS OF MONEY & TRAVEL DOCUMENTS

Dokumen-Dokumen Yang diperlukan :

Documents required

- Resli pembelian/Kad Warranti/Arahan Manual Asal**
Original purchase receipt(s)/Warranty card/Instruction Manual(s)
- Gambar tempat kerosakan bagasi berkenaan**
Photograph(s) of damaged baggage where applicable
- Laporan kejanggalaan harta yang hilang atau kerosakan bagasi disebabkan oleh syarikat penerbangan atau pembawa**
Property Irregularity Report for lost or damaged of baggage by an airline or carrier
- Laporan Polis yang diterjemahkan ke dalam bahasa Inggeris, jika berkenaan, diperlukan bagi tuntutan wang dan kecurian**
Police Report translated into English, where applicable, is required for Money and Theft claim

| | | | |
|---|--|---|--|
| 1 | Tarikh kehilangan/kerosakan : <i>Date of loss/damage</i> | Waktu kehilangan/kerosakan : <i>Time of loss/damage</i> | |
| 2 | Lokasi/Negara kehilangan/kerosakan berlaku : <i>Location/Country of loss happened</i> | | |
| 3 | Adakah awda melaporkan kehilangan tersebut kepada polis atau ejen pengendalian? <i>Did you report the loss to the police or handling agents?</i> | | <input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i> |
| | | | <input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i> |
| | Jika 'Ya' sila beri butir-butir Syarikat Insurans seperti berikut :- <i>If 'Yes' please provide the details as follows</i> | | |
| | Dilaporkan kepada : <i>Reported To</i> | Tarikh dilaporkan : <i>Date Reported</i> | |
| | Lokasi/Negara laporan dibuat : <i>Location/Country of loss/damages</i> | Rujukan Laporan : <i>Report Reference</i> | |
| | Sila berikan keterangan bagaimana kehilangan/kerosakan berlaku : <i>Please provide details of how losses/damage occurred</i> | | |
| 1 | Adakah syarikat insurans lain melindungi harta yang berkenaan? <i>Are there other insurance company covering the property concerned?</i> | | <input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i> |
| | | | <input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i> |
| | Jika 'Ya' sila beri butir-butir Syarikat insurans seperti berikut :- <i>If 'Yes' please provide the Insurance Company details as follows</i> | | |
| | Nama Syarikat : <i>Company Name</i> | No. Rujukan Polisi : <i>Policy Reference No.</i> | |
| 2 | Adakah semua artikel yang hilang dimiliki oleh awda? <i>Were all the missing articles owned by you?</i> | | <input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i> |
| | | | <input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i> |
| | Jika 'Tidak' sila beri keterangan lanjut : <i>If 'No' please provide its details</i> | | |
| | | | |

Butir-butir barang yang hilang atau rosak
Details of item(s) lost or damaged

| Keterangan Harta <i>Item Description</i> | Tempat membeli <i>Place Bought</i> | Tarikh Pembelian <i>Purchase Date</i> | Harga Pembelian <i>Purchase Price</i> | Jumlah Dituntut <i>Amount Claimed</i> |
|--|--|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Keterangan mengenai wang yang hilang
Loss of Money Details

| Jumlah (B\$) <i>Amount (B\$)</i> | Jumlah dalam nota mata wang asing <i>Amount in foreign currency notes</i> | Jumlah dalam cek pelawat <i>Amount in travellers cheques</i> | Jumlah Dituntut (B\$) <i>Total Amount Claimed (B\$)</i> |
|--|---|--|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Keterangan mengenai kehilangan dokumen perjalanan
Loss of Travel Documents Details

| | |
|---|---|
| 3 | Nyatakan kos untuk mendapatkan penggantian dokumen perjalanan : <i>State the cost in obtaining travel documents replacement</i> |
|---|---|

8

Adakah tuntutan dibuat terhadap awda?

Has a claim been made against you?

Ya
Yes

Tidak
No

Jika 'Ya' sila berikan maklumat lanjut dan sertakan semua betuk komunikasi yang diterima.

If 'Yes' give details and attach all communication received.

.....

.....

.....

.....

.....

HOMESURE (PERLINDUNGAN INSURANS KEBAKARAN ISI KANDUNGAN RUMAH)**HOMESURE (FIRE INSURANCE COVER FOR HOUSEHOLD CONTENTS)****Dokumen-Dokumen Yang diperlukan :***Documents required***Gambar-Gambar Kerosakan**
*Photographs of Damage***Laporan Polis / Keputusan**
*Police Report/Results***Invois / Resit Pembelian asal harta**
*Original invoices / Purchase receipt of items***Sebut harga untuk pembaikan/penggantian**
Quotation for repairs/replacement

| | | |
|---|--|---|
| 4 | Tarikh Kemalangan : <i>Date of Accident</i> | Tempat kemalangan : <i>Place of Accident</i> |
| 5 | Sila terangkan bagaimana kejadian berlaku : <i>Please describe how the incident occurred</i> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | |
| 9 | Adakah tawda pemilik tunggal harta benda yang mengalami kerosakan/hilang? <i>Are you the sole owner of the damaged/lost property?</i> | <input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i> |
| 6 | Adakah syarikat insurans lain melindungi harta yang berkenaan? <i>Are there other insurance company covering the property concerned?</i> Jika 'Ya' sila beri butir-butir Syarikat insurans seperti berikut :- <i>If 'Yes' please provide the Insurance Company details as follows</i> | <input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i> |
| | Nama Syarikat : <i>Company Name</i> | No. Rujukan Polisi : <i>Policy Reference No.</i> |

Keterangan barang yang kehilangan atau kerosakan*Details of Item(s) Lost or Damaged*

| Butir Harta <i>Item Description</i> | Buatan <i>Make</i> | Modal <i>Model</i> | Tarikh Pembelian <i>Purchase Date</i> | Harga Pembelian <i>Purchase Price</i> | Jumlah Dituntut <i>Amount Claimed</i> |
|--|-----------------------|-----------------------|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Jumlah Keseluruhan Dituntut :
Total Amount Claimed

**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
