

No. Tuntutan / Claim No.: _____

**BORANG PERMOHONAN TUNTUTAN PENYAKIT KRITIKAL
 DREAD DISEASE CLAIM APPLICATION FORM**

Borang ini harus dilengkapkan oleh orang yang layak di sisi undang-undang kepada wang Sijil Takaful. Sila patuhi segala keperluan serta prosedur-prosedur seperti yang dinyatakan di halaman belakang borang ini.
This form is to be completed by the person legally entitled to the Takaful Certificate monies. Please comply to the requirements and procedures as stated in the last page of this form.

Sila tandakan pada petak yang disediakan bagi jenis Sijil Takaful dimana tuntutan penyakit kritikal ini dibuat dan isi bahagian yang berkenaan bagi Sijil Takaful yang berikut:
Please tick in the provided box for the type of Takaful Certificate on which the dread disease claim is made and complete the particular part for the following:

- i) Sijil Takaful Hayat Individu / *Individual Life Takaful Certificate*
- ii) Sijil Takaful Gadai Janji Individu / *Individual Mortgage Takaful Certificate (MDTA)*
- iii) Sijil Takaful Total Woman / *Total Woman Takaful Certificate*
- iv) Sijil Takaful Gabungan-Unit / *Unit-Linked Takaful Certificate*

<p>1. a) No. Sijil Takaful. <i>Takaful Certificate No.</i></p> <p>b) Nama Pihak Menuntut <i>Name of Claimant.</i></p> <p>c) Jumlah Dilindungi. <i>Sum Covered.</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p>
<p>2. Orang Yang Menghidapi Penyakit Kritikal. <i>Person Suffered The Dread Disease.</i></p> <p>a) Nama Peserta. <i>Name of Participant.</i></p> <p>b) No. K/P. <i>I/C No.</i></p> <p>c) No. Sijil Beranak bagi orang dibawah umur. <i>Birth Certificate No. for minor.</i></p> <p>d) Tarikh Lahir. <i>Date of Birth.</i></p> <p>e) Alamat. <i>Address.</i></p> <p>f) Sila pastikan jika terdapat sebarang perubahan alamat supaya kami boleh mengemaskini matlumat anda. <i>Please indicate if there is a change of address for us to update your records.</i></p>	<p>a)</p> <p>b) Lama: <input type="checkbox"/> Baru: <input type="checkbox"/> <i>Old: New:</i></p> <p>c)</p> <p>d)</p> <p>e)</p> <p>f) Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> <i>Yes No</i></p>

<p>g) No. Telefon. <i>Telephone No.</i></p>	<p>g) Rumah: Pejabat: <i>Home:</i> <i>Office:</i></p>
<p>h) No. Telefon Bimbit. <i>Handphone No.</i></p>	<p>h)</p>
<p>i) Alamat E-mel. <i>E-mail address.</i></p>	<p>i)</p>
<p>j) Pekerjaan sekarang (jika lebih daripada satu, sila nyatakan semua). <i>Present occupation (if more than one, please state all).</i></p>	<p>j)</p>
<p>k) Nama dan Alamat Majikan. <i>Name and Address of Employer.</i></p>	<p>k)</p>
<p>l) Tarikh mula bekerja. <i>Date employed.</i></p>	<p>l)</p>
<p>m) Bank Berkenaan. <i>Particular Bank.</i></p>	<p>m)</p>
<p>n) No. Akaun Simpanan Persendirian. / No. Akaun Bank Korporat. <i>Individual Saving Account No. / Corporate's Bank Account No.</i></p>	<p>n)</p>
<p>(Sila menampilkkan satu salinan buku simpanan yang disahkan benar / surat pengesahan daripada Korporat atas No. Akaun sebagai penyemakan.) <i>(Please enclose a certified true copy of the saving book / Corporate's confirmation letter on the Corporate's Bank Account No.)</i></p>	
<p>o) Sila tandakan (satu pilihan sahaja) bagaimana cek tuntutan diserahkan kepada anda: <i>Please tick (one option only) your preference on how the claim cheque should be channelled to you:</i></p>	<p>o) <input type="checkbox"/> Mengutip di cawangan Pengendali Takaful: <i>To be collected at our Takaful Operator branch:</i></p> <p>_____</p> <p>(Sila nyatakan lokasi cawangan). <i>(Please indicate the location of our branch).</i></p> <p><input type="checkbox"/> Dihantar oleh Ajen. <i>To be delivered by your Agent.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Menghantar terus ke alamat yang dinyatakan di 2(e). <i>To be sent directly to the address mentioned in 2(e).</i></p>

<p>3. Butir-butir Berkenaan Penyakit Kritikal. <i>Particulars On The Dread Disease.</i></p> <p>a) Jenis penyakit kritikal yang dituntut (diagnosis). <i>Type of dread disease claimed (diagnosis).</i></p> <p>b) Tarikh kali pertama penyakit kritikal didiagnosis. <i>Date when dread disease was first diagnosed.</i></p> <p>c) Nama dan alamat doktor yang membuat diagnosis penyakit kritikal. <i>Name and address of doctor who made the diagnosis of the dread disease.</i></p> <p>d) Nyatakan simptom-simptom penyakit kritikal. <i>State the symptoms for the dread disease.</i></p> <p>e) Tarikh kali pertama simptom-simptom bermula atau tempohnya. <i>Date when the symptoms first started or its duration.</i></p> <p>f) Jika penyakit kritikal disebabkan oleh kemalangan, sila berikan: <i>If dread disease was caused by accident, please give:</i></p> <p>i) Tarikh Kemalangan. <i>Date of Accident.</i></p> <p>ii) Masa. <i>Time.</i></p> <p>iii) Butir-butir mengenai keseluruhan kemalangan. <i>Full circumstances of the accident.</i></p> <p>g) Jika penyakit kritikal berkaitan atau disebabkan oleh penyakit, sila berikan diagnosis dan tarikh pertama kali ia bermula / diagnosis untuk penyakit tersebut. <i>If the dread disease was related or caused by illness, please provide the diagnosis and date of first onset / diagnosis for the illness.</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c) Tarikh Perjumpaan <i>Consultation Date</i> Nama dan Alamat Doktor-doktor / <i>Name and Address of Doctor(s)</i></p> <p>d)</p> <p>e)</p> <p>f)</p> <p>i)</p> <p>ii) Pagi <i>AM</i> Petang <i>PM</i></p> <p>iii)</p> <p>g)</p>
--	---

<p>4. Butir-butir Berkenaan Doktor-doktor Yang Telah Dijumpai. <i>Particulars on Doctors Consulted.</i></p> <p>a) Tarikh kali pertama berjumpa dengan doktor untuk penyakit kritikal. <i>Date of first consultation for the dread disease.</i></p> <p>b) Nama dan alamat doktor pertama yang telah dijumpai. <i>Name and address of doctor first consulted.</i></p> <p>c) Nama dan alamat doktor-doktor lain yang kini merawat keadaan tersebut. <i>Name and address of doctors currently treating the condition.</i></p> <p>d) Nama dan alamat doktor-doktor lain yang telah dijumpai untuk penyakit kritikal / keadaan yang sama. <i>Names and addresses of any other doctors for the dread disease / same condition.</i></p> <p>e) Nama dan alamat doktor-doktor yang biasa dikunjungi atau doktor-doktor panel. <i>Name and address of regular doctors or panel doctors.</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>d)</p> <p>e)</p>																
<p>5. Butir-butir Berkenaan Sejarah Perubatan <i>Particulars On Medical History</i></p> <p>Pernahkah orang yang menghidapi penyakit kritikal didiagnosis / dirawat untuk sebarang yang berikut sebelum didiagnosis dengan penyakit kritikal: <i>Had the person suffered the dread disease ever been diagnosed / treated for any of following prior to the diagnosis of current dread disease:</i></p> <p>a) Hipertensi. <i>Hypertension.</i></p> <p>b) Melitus Kencing Manis. <i>Diabetes Mellitus.</i></p> <p>c) Penyakit Kardiovaskular. <i>Cardiovascular Disease.</i></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="801 1236 954 1303">Diagnosis / <i>Diagnosis</i></th> <th data-bbox="954 1236 1114 1415">Tarikh bermula diagnosis / <i>Date of first onset diagnosis</i></th> <th data-bbox="1114 1236 1295 1460">Nama dan alamat doktor-doktor yang telah dijumpai / <i>Name and address of doctor(s) consulted</i></th> <th data-bbox="1295 1236 1436 1370">Tarikh rawatan / <i>Dates of treatment consulted</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="801 1617 954 1662">a)</td> <td data-bbox="954 1617 1114 1662"></td> <td data-bbox="1114 1617 1295 1662"></td> <td data-bbox="1295 1617 1436 1662"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="801 1774 954 1818">b)</td> <td data-bbox="954 1774 1114 1818"></td> <td data-bbox="1114 1774 1295 1818"></td> <td data-bbox="1295 1774 1436 1818"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="801 1930 954 1975">c)</td> <td data-bbox="954 1930 1114 1975"></td> <td data-bbox="1114 1930 1295 1975"></td> <td data-bbox="1295 1930 1436 1975"></td> </tr> </tbody> </table>	Diagnosis / <i>Diagnosis</i>	Tarikh bermula diagnosis / <i>Date of first onset diagnosis</i>	Nama dan alamat doktor-doktor yang telah dijumpai / <i>Name and address of doctor(s) consulted</i>	Tarikh rawatan / <i>Dates of treatment consulted</i>	a)				b)				c)			
Diagnosis / <i>Diagnosis</i>	Tarikh bermula diagnosis / <i>Date of first onset diagnosis</i>	Nama dan alamat doktor-doktor yang telah dijumpai / <i>Name and address of doctor(s) consulted</i>	Tarikh rawatan / <i>Dates of treatment consulted</i>														
a)																	
b)																	
c)																	

<p>d) Penyakit Buah Pinggang. <i>Kidney Disease.</i></p> <p>e) Penyakit Kuning atau Hepatitis. <i>Jaundice or Hepatitis.</i></p> <p>f) Narkotik atau alkohol berlebihan. <i>Excessive narcotic or alcohol consumption.</i></p> <p>g) Mempunyai tabiat mengambil sebarang bentuk dadah. <i>Any habit forming drugs.</i></p> <p>h) Pernah dirawat kerana tabiat penggunaan dadah, narkotik atau alkohol. <i>Have been treated for alcoholism or narcotic or drug habits.</i></p> <p>Jika ada, sila berikan diagnosis, tarikh bermula / diagnosis, nama dan alamat semua doktor-doktor yang telah dijumpa dan tarikh perjumpaan. <i>If so, please provide diagnosis, date of onset / diagnosis, names and addresses of all doctors consulted and dates of consultation.</i></p>	<p>d)</p> <p>e)</p> <p>f)</p> <p>g)</p> <p>h)</p>
<p>6. Sila berikan maklumat tabiat merokok Peserta bagi masa dulu dan sekarang. <i>Please give details of the Participant smoking habits, both past and present.</i></p> <p>a) Adakah Peserta merokok? <i>Does the Participant smoke?</i></p> <p>i) Jika 'Ya', berapa batang rokok dalam sehari? <i>If "Yes", how many sticks does the Participant smokes in a day?</i></p> <p>ii) Apakah tempoh sebenarnya? <i>What is the exact duration?</i></p> <p>b) Jika 'Tidak', adakah Peserta bukan seorang perokok? <i>If 'No', is the Participant a non-smoker?</i></p> <p>c) Jika Peserta adalah seorang perokok sebelum ini, bilakah dia berhenti merokok? <i>If the Participant was a smoker in the past, then when did he / she stop smoking?</i></p>	<p>a)</p> <p>i)</p> <p>ii)</p> <p>b)</p> <p>c)</p>

<p>7. Butir-buir Berkenaan Sijil / Sijil-Sijil Takaful Bukan Takaful yang lain. <i>Particulars On Other Takaful / Non-Takaful Certificate(s).</i></p> <p>Jika orang yang menghadapi penyakit kritikal juga dilindungi oleh Pengendali Takaful atau Bukan Takaful yang lain, sila berikan: <i>If the person suffered the dread disease is also covered with other Takaful / Non- Takaful Operator, please provide:</i></p> <p>a) Nama Pengendali Takaful atau Bukan Takaful tersebut. <i>The name of the Takaful / Non-Takaful Operator.</i></p> <p>b) No. Sijil / Sijil -Sijil Takaful atau Bukan Takaful tersebut. <i>Takaful / Non-Takaful Certificate(s) No(s).</i></p> <p>c) Pelan dan jumlah dilindungi. <i>Plan and sum covered.</i></p> <p>d) Tarikh permulaan Sijil / Sijil-Sijil Takaful atau Bukan Takaful. <i>The effective dates of the Takaful / Non-Takaful Certificate(s).</i></p> <p>d) Tarikh penamatan Sijil / Sijil -Sijil Takaful atau Bukan Takaful. <i>The expiry dates of the Takaful / Non-Takaful Certificates</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>d)</p> <p>e)</p>
<p>8. Butir-buir Berkenaan Dengan Orang yang Melengkapkan Borang. <i>Particulars On Person Completing The Form.</i></p> <p>Jika borang ini diisikan oleh orang lain bagi pihak orang yang menghadapi penyakit kritikal, sila berikan: <i>If the form is filled up by other person on behalf of the person suffered the dread disease, please provide:</i></p> <p>a) Nama penuh orang tersebut. <i>Full name of the person.</i></p> <p>b) No. K/P. (Sila lampirkan sesalanan K/P) /I/C No. (Please attach a copy of the I/C)</p> <p>c) Tarikh Lahir. <i>Date of Birth.</i></p> <p>d) Hubungan dengan orang yang mengalami penyakit kritikal. <i>Relationship with the person suffered the dread disease.</i></p>	<p>a)</p> <p>b) Lama: Baru: Old: New:</p> <p>c)</p> <p>d)</p>

<p>e) No. Telefon. <i>Telephone No.</i></p> <p>f) No. Telefon Bimbit. <i>Handphone No.</i></p> <p>g) Alamat E-mel. <i>E-mail Address.</i></p>	<p>e) Rumah: Pejabat: <i>House:</i> <i>Office:</i></p> <p>f)</p> <p>g)</p>
<p>9. Lain-lain. <i>Others.</i></p> <p>Pernahkah Pihak Menuntut menyerah hak atau memindah Sijil Takaful ini kepada orang lain dalam apa cara pun? Jika ya, sila berikan: <i>Has the Claimant ever assigned or transferred this Takaful Certificate to others in any way? If yes, please provide:</i></p> <p>a) Nama orang Sijil Takaful ini diserahkan atau dipindahkan kepada. <i>Name of the person to whom the Takaful Certificates was assigned / transferred.</i></p> <p>b) Tarikh penyerahan hak. <i>The date of the assignment.</i></p> <p>c) Salinan disahkan benar suratikatan penyerahan hak. <i>A certified true copy of the deed of assignment.</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p>
<p>10. Maklumat lain yang berkaitan dengan tuntutan ini. <i>Other information relevant to the claim.</i></p>	

Sila ambil perhatian bahawa Pengendali Takaful mungkin memerlukan penjelasan atau jawapan selanjutnya sebelum tuntutan dapat dipertimbangkan.

Please note that the Takaful Operator may require clarification or further answers before the claim may be considered.

**AKUAN OLEH ORANG YANG MENGISIKAN BORANG
DECLARATION BY PERSON FILLING UP THE FORM**
(* Sila batalkan dimana yang sesuai) / (*Delete as appropriate)

Dengan ini saya membuat perakuan bahawa jawapan-jawapan dan pernyataan-pernyataan yang diberikan oleh saya di atas adalah benar dan lengkap *kepada pengetahuan dan kepercayaan terbaik saya / sepertimana yang diberitahu kepada saya oleh orang yang menghidapi Penyakit kritikal, dan bahawa saya tidak menyembunyikan sebarang fakta yang penting dalam pemberian jawapan-jawapan dan pernyataan-pernyataan.

*I hereby declare that the answers and statements given by me above are true and complete *to the best of my knowledge and belief / as narrated to me by the person suffering the Dread Disease, and that I have not withheld any material fact in my giving of the said answers and statements.*

2. *Saya / Bagi pihak orang yang menghidapi Penyakit Kritikal, Saya, dengan ini membuat tuntutan ke atas Hong Leong Tokio Marine Takaful Berhad ("Pengendali Takaful tersebut") berkenaan wang Sijil Takaful yang harus dibayar dan / atau faedah-faedah yang genap masa dibayar di bawah No.Sijil / Sijil Sijil Takaful _____ dan bersetuju bahawa pernyataan-pernyataan bertulis, laporan-laporan dan affidavit-afidavit oleh mana-mana doktor yang telah dijumpai oleh *saya / orang yang menghidapi Penyakit Kritikal atau yang merawat *saya / orang sebegitu dan kesemua dokumen-dokumen lain yang diberikan kepada Pengendali Takaful tersebut dalam menyokong tuntutan ini akan terdiri daripada dan dengan ini dijadikan sebahagian bukti *Penyakit Kritikal saya / orang yang menghidapi Penyakit Kritikal.

**I / On behalf of the person suffering the Dread Disease, I, hereby make claim on Hong Leong Tokio Marine Takaful Berhad ("the Takaful Operator") in respect of the Takaful Certificate monies payable and / or the benefits due under Takaful Certificate(s) No(s). _____ and agree that the written statements, reports and affidavits of any doctor who was consulted by *me / the person suffering the Dread Disease or who attended to *me / such person and all other documents furnished to the Takaful Operator in support of this claim shall constitute and are hereby made a part of the proof of *my Dread Disease / the Dread Disease of the person suffering the Disease.*

3. *Saya / Bagi pihak orang yang menghidapi Penyakit Kritikal, Saya mengakui dan selanjutnya bersetuju bahawa pemberian borang ini atau sebarang borang atau dokumen yang lain kepada saya oleh Pengendali Takaful tersebut untuk dilengkapkan, penerimaan borang ini atau sebarang borang atau dokumen yang lain oleh Pengendali Takaful tersebut daripada saya atau daripada mana-mana orang lain, dan sebarang perbuatan, pertanyaan atau penyiasatan oleh Pengendali Takaful tersebut yang berhubungan dengan atau berkaitan dengan *Penyakit Kritikal saya / orang yang menghidapi Penyakit Kritikal, tidak akan terdiri atau dianggap sebagai perakuan kepada sebarang liabiliti oleh Pengendali Takaful tersebut atau bahawa terdapat sebarang jaminan yang berkuatkuasa berkenaan dengan *Penyakit Kritikal saya / orang yang menghidapi Penyakit Kritikal, atau bahawa Pengendali Takaful tersebut telah mengenyahkan sebarang hak-haknya atau pembelaan-pembelaannya.

**I / On behalf of the person suffering the Dread Disease, I acknowledge and further agree that the furnishing of this form or any other form or document to me by the Takaful Operator for completion, the acceptance of this form or of any other form or document by the Takaful Operator from me or from any other person, and any act, enquiry or investigation by the Takaful Operator in connection with or related to *my Dread Disease / the Dread Disease of the person suffering the Disease, shall not constitute or be considered an admission of any liability by the Takaful Operator or that there was any assurance in force in respect of *my Dread Disease / the Dread Disease of the person suffering the Disease, or that the Takaful Operator has waived any of its rights or defences.*

Bertarikh pada / Dated this _____ haribulan / day of _____

Ditandatangani oleh / Signed by : _____
Nama / Name : _____
No. K/P / I/C No. : _____
Alamat / Address : _____

untuk dan bagi pihak / for and on behalf of _____

(Sila mengecapkan setem rasmi Pihak Menuntut) / (Please affix official stamp of the Claimant)

Hong Leong MSIG Takaful Berhad (738090-M)

Level 5, Tower B, PJ City Development, No. 15A, Jalan 219, Seksyen 51A, 46100 Petaling Jaya, Selangor.

Tel +603 7650 1800 Fax +603 7620 6730

www.hlmtakaful.com.my

**PEMBERIAN KUASA
AUTHORIZATION**

Saya / I, _____ No. K/P / I/C. No. (Baru / New) _____
(Lama / Old) _____ Dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana majikan,
dokter-dokter, hospital-hospital, klinik-klinik, Pengendali-Pengendali Takaful, pejabat-pejabat kerajaan atau
sebarang pertubuhan atau perseorangan yang mempunyai apa-apa rekod, pengetahuan atau maklumat,
samada perubatan atau sebaliknya, tentang / / *hereby authorize any employers, doctors, hospitals, clinics,
Takaful Operators, government offices or any organizations or persons who have any records, knowledge
or information, whether medical or otherwise, of *(saya sendiri / anak saya / myself / my child)*
_____ No Sijil Beranak / Birth Certificate No _____

atau No. K/P / or I/C. No. (Baru / New) _____ (Lama / Old)
_____ untuk mendedahkan, melepaskan atau memindahkan kepada Hong
Leong Tokio Marine Takaful Berhad / Medifast (Malaysia) Sdn Bhd mengenai rekod-rekod, pengetahuan
atau maklumat sedemikian untuk mempertimbangkan tuntutan. Salinan fotostat pemberian kuasa ini akan
menjadi sah seperti yang asal. / *to disclose, release or transfer to Hong Leong Tokio Marine Takaful
Berhad / Medifast (M) Sdn Bhd such records, knowledge or information for claim considerations. A
photostat of this authorization shall be as valid as the original.*

* Sila potong perkara yang tidak berkenaan / * *Please delete the inappropriate item.*

Bertarikh / Dated this _____ hari bulan / day of _____

Tandatangan Saksi
Signature of Witness
Nama / Name : _____
No K/P / I/C No. : _____

Tandatangan * Pihak Menuntut /
Peserta / Ibubapa kepada
Peserta yang di bawah umur 16.
*Signature of * Claimant / Participant /
Parent of Participant for Participant below
age 16*

**SYARAT-SYARAT DAN PROSEDUR-PROSEDUR TUNTUTAN FAEDAH PENYAKIT KRITIKAL
UNTUK SIJIL TAKAFUL HAYAT INDIVIDU
DREAD DISEASE BENEFIT CLAIM REQUIREMENTS AND PROCEDURES
FOR INDIVIDUAL TAKAFUL CERTIFICATES**

A. Syarat-syarat / Requirements

1. Borang Permohonan Tuntutan Faedah Penyakit Kritikal (untuk Sijil Takaful Individu)
Dread Disease Benefit Claim Application Form (on Individual Takaful Certificate)

Borang ini haruslah dilengkapi oleh Pihak Menuntut atau orang yang layak di sisi undang-undang kepada wang Sijil Takaful. Ia adalah untuk tuntutan faedah penyakit kritikal atas Faedah Penyakit Kritikal atau Kontrak-Kontrak Tambahan Faedah Penyakit Kritikal yang dilampirkan dengan Sijil Takaful Individu yang berikut:

This form is to be completed by the Claimant or the person legally entitled for the Takaful Certificate monies. It is for dread disease benefit claim on Dread Disease Benefit or Critical Illness Benefit Supplementary Contracts attached to the following Individual Takaful Certificate:

- a) Sijil Takaful Hayat Individu.
Individual Life Takaful Certificate
 - b) Sijil Takaful Gadai Janji Individu (MDTA).
Individual Mortgage Takaful Certificate (MDTA).
 - c) Sijil Takaful Total Woman.
Total Woman Takaful Certificate.
 - d) Sijil Takaful Gabungan Unit.
Unit-Linked Takaful Certificate.
2. Laporan Doktor Yang Merawat (Tuntutan Penyakit Kritikal)
Medical Attendant's Report (Dread Disease Claim)

Terdapat tiga puluh enam (36) jenis Laporan Doktor Yang Merawat atas tuntutan tiga puluh enam (36) jenis penyakit kritikal yang berlainan. Sila lengkapkan laporan yang berkaitan dengan penyakit kritikal yang dituntut. Laporan ini mesti dilengkapi oleh Pengamal Perubatan yang berdaftar atas perbelanjaan pihak yang menuntut.

There are thirty six (36) types of Medical Attendant's Reports on dread disease claim for thirty six (36) different dread diseases. Please only complete the report relevant to the dread disease for which the claim is for.

3. Kontrak Sijil Takaful / Suratikatan Penyerahan Hak
Takaful Certificate Contract / Deed Of Assignment

Kontrak Asal Sijil Takaful mesti dikemukakan kepada Pengendali Takaful untuk tuntutan. Suratikatan Penyerahan Hak Asal mesti dikemukakan jika Sijil Takaful ini telah diserahkan. Dalam keadaan dimana Kontrak Asal Sijil Takaful telah hilang, akuan berkanun mesti ditandatangani di hadapan Pesuruhjaya Sumpah.

Original Takaful Certificate Contract must be submitted to the Takaful Operator for the claim. Original Deed of Assignment must be submitted if the Takaful Certificate has been assigned. In the event that the Original Takaful Certificate Contract has been lost, a statutory declaration must be signed before the Commissioner For Oaths.

4. Laporan Polis
Police Report

Salinan disahkan benar laporan polis diperlukan jika punca penyakit kritikal disebabkan oleh kemalangan dan jika laporan polis telah dibuat.

Certified true copy of the police report is required if the cause of dread disease was due to accident and if a report has been lodged to the police.

5. Laporan-laporan Makmal / Ujian
Laboratory / Test Report(s)

Salinan-salinan disahkan benar sebarang laporan makmal / ujian mesti dikemukakan jika siasatan telah dijalankan untuk mengesahkan diagnosis penyakit kritikal.

Untuk tuntutan atas "Serangan Jantung", laporan Elektrokardiogram (ECG) dan laporan Kardiak-Enzim mesti dikemukakan.

Untuk tuntutan atas "Kanser", laporan Ujian Histopatologi (HPE) yang mengesahkan diagnosis Kanser mesti dikemukakan.

Certified true copies of any laboratory / test reports must be submitted if investigation has been carried out to confirm the diagnosis of the dread disease.

For claim on "Heart Attack", Electrocardiogram report (ECG) and Cardiac Enzyme report must be submitted.

For claim on "Cancer", the Histopathology Examination report (HPE) that confirmed the diagnosis of cancer must be submitted.

6. Kad Pengenalan / Kad Pesakit / Sijil Kelahiran
Identity Card / Patient Card / Birth Certificate

Salinan fotostat kad pengenalan, kad pesakit atau Sijil kelahiran Peserta jika Peserta di bawah umur enam belas (16) tahun adalah diperlukan untuk membolehkan Pengendali Takaful mengambil laporan perubatan daripada hospital-hospital / klinik-klinik.

Photocopy of Participant's identity card, patient card or birth certificate if Participant below age sixteen (16) is required to enable the Takaful Operator to collect medical report from hospital(s) / clinic(s).

7. Pemberian Kuasa
Authorization

Pemberian Kuasa ini mesti ditandatangani oleh orang yang menghidap Penyakit kritikal untuk membolehkan Pengendali Takaful dapatkan maklumat perubatan orang yang menghidapi Penyakit Kritikal yang diperlukan.

Authorization must be signed by the person suffered the dread disease to enable the Takaful Operator to obtain the required medical information of the person suffered the dread disease.

B. Prosedur Tuntutan / Claim Procedures

Borang permohonan tuntutan Penyakit Kritikal mesti dikemukakan kepada Pengendali Takaful bersama-sama dengan syarat-syarat yang dinyatakan di atas dalam tempoh masa enam (6) bulan dari tarikh diagnosis pertama kali dibuat.

The dread disease claim application form must be submitted to the Takaful Operator together with the requirements mentioned as above within six (6) months from date when diagnosis was first made.

"Sekiranya terdapat apa-apa percanggahan atau ketidakselarian di antara sebarang kandungan dokumen ini dengan kandungan suatu versi dokumen ini yang dikeluarkan atau dicetak dalam Bahasa Inggeris, kandungan dokumen yang telah dikeluarkan atau dicetak dalam Bahasa Inggeris akan diberi keutamaan."

"If there is any conflict or inconsistency between any of the contents of this document and the contents of a version of this same document issued or printed in any other language, the contents of this document issued and printed in the English Language shall prevail."

Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja / For Office Use Only

Diperiksa oleh _____ Tarikh: _____ Cawangan: _____
Checked and Verified By: (Nama Staf / Name of Staff) Date: Branch:

Hong Leong MSIG Takaful Berhad (738090-M)

Level 5, Tower B, PJ City Development, No. 15A, Jalan 219, Seksyen 51A, 46100 Petaling Jaya, Selangor.

Tel +603 7650 1800 Fax +603 7620 6730

www.hlmtakaful.com.my