

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*

**Bahagian A / Part A**

<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) Kewarganegaraan/<i>Nationality</i></p> <p>f) Alamat Kediaman &amp; Surat-Menyurat. <i>Residential &amp; Mailing Address.</i></p> <p>g) 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 :                      Baru : Old:                              New:</p> <p>c)</p> <p>d)</p> <p>e)</p> <p>f)</p> <p>g) Ya            <input type="checkbox"/>            Tidak            <input type="checkbox"/> Yes    No</p>

<p>h) No. Telefon. <i>Telephone No.</i></p> <p>i) No. Telefon Bimbit. <i>Handphone No.</i></p> <p>j) Alamat E-mel. <i>E-mail address.</i></p> <p>k) Pekerjaan sekarang (jika lebih daripada satu, sila nyatakan semua). <i>Present occupation (if more than one, please state all).</i></p> <p>l) Nama dan Alamat Majikan. <i>Name and Address of Employer.</i></p> <p>m) Tarikh mula bekerja. <i>Date employed.</i></p> <p>n) Bank Berkenaan. <i>Particular Bank.</i></p> <p>o) No. Akaun Simpanan Persendirian. / No. Akaun Bank Korporat. <i>Individual Saving Account No. / Corporate's Bank Account No.</i></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>h) Rumah:                      Pejabat: <i>Home:                              Office:</i></p> <p>i)</p> <p>j)</p> <p>k)</p> <p>l)</p> <p>m)</p> <p>n)</p> <p>o)</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>a)</p> <p>b)</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>c) Tarikh Perjumpaan <i>Consultation Date</i></p> <p>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></p> <p>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>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</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>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 didiagnosiskan / dirawat untuk sebarang yang berikut sebelum didiagnosiskan 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 Kardiovascular. <i>Cardiovascular Disease.</i></p> <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</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="801 486 954 548">Diagnosis / <i>Diagnosis</i></th> <th data-bbox="954 486 1114 660">Tarikh bermula diagnosis / <i>Date of first onset diagnosis</i></th> <th data-bbox="1114 486 1305 712">Nama dan alamat doktor-doktor yang telah dijumpai / <i>Name and address of doctor(s) consulted</i></th> <th data-bbox="1305 486 1430 629">Tarikh rawatan / <i>Dates of treatment consulted</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>e)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>f)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>g)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>h)</td> <td></td> <td></td> <td></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)				d)				e)				f)				g)				h)			
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)																																					
d)																																					
e)																																					
f)																																					
g)																																					
h)																																					

<p>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>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 menghidapi 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.</p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>d)</p>

<p><i>The effective dates of the Takaful / Non Takaful Certificate(s).</i></p> <p>e) Tarikh penamatan Sijil / Sijil -Sijil Takaful atau Bukan Takaful. <i>The expiry dates of the Takaful / Non Takaful Certificates</i></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 menghidapi 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 sesalinan 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) Kewarganegaraan / <i>Nationality</i></p> <p>e) Alamat Kediaman&amp;surat-menyurat <i>Residential &amp; Mailing Address</i></p> <p>f) Pekerjaan / <i>Occupation</i></p> <p>g) Nama dan Alamat Majikan <i>Name and Address of Employer</i></p> <p>h) Hubungan dengan orang yang mengalami penyakit kritikal. <i>Relationship with the person suffered the dread disease.</i></p> <p>i) No. Telefon. <i>Telephone No.</i></p> <p>j) No. Telefon Bimbit. <i>Handphone No.</i></p> <p>k) Alamat E-mel. <i>E-mail Address.</i></p>	<p>a)</p> <p>b) Lama : Baru : Old: New:</p> <p>c)</p> <p>d)</p> <p>e)</p> <p>f)</p> <p>g)</p> <p>h)</p> <p>i) Rumah: Pejabat: House: Office:</p> <p>j)</p> <p>k)</p>

<p>9. Lain-lain. <i>Others.</i></p> <p>Pernahkah Pihak Menuntut menyerahkan 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>	

### Bahagian B / Part B

#### Deklarasi Orang Politik (PEP)/Politically Exposed Person (PEP) Declaration

##### Nota / Notes:

1. Semua nama seperti NRIC/Pasport / *All names as per NRIC/Passport*

2. Orang Politik (PEP) / *Politically Exposed Persons (PEP)*

(a) adalah individual yang diamanahkan dengan fungsi awam yang terkemuka (Ketua Negeri atau Kerajaan, Pegawai kanan kerajaan, badan kehakiman atau tentera, eksekutif kanan perbadanan milik negeri dan pegawai penting parti politik) / *are individuals who are or who have been entrusted with prominent public function (Head of State or Government, Senior government, judiciary or military officials, senior executives of state owned corporations and important political Party officials)*

(b) orang yang diamanahkan dengan fungsi yang terkenal oleh organisasi antarabangsa yang merujuk ahli-ahli pengurusan kanan. (Pengarah, timbalan pengarah dan ahli lembaga atau fungsi yang sama) *persons who are or have been entrusted with a prominent function by an international organization which refers Members of senior management. (Directors, deputy directors and members of the board or equivalent functions)*

3. Ahli keluarga dan rakan rapat / *Family Members and Close Associates*

(a) Ahli keluarga adalah individu yang berkaitan dengan PEP, sama ada secara langsung (consanguinity) atau melalui perkahwinan. Ini termasuk ibu bapa\*, adik-beradik\*, pasangan, anak\* atau ibu bapa pasangan\*.

(\*hubungan biologi dan bukan biologi)/*Family Members are individuals who are related to a PEP, either directly (consanguinity) or through marriage. This includes parents\*, siblings\*, spouse(s), child\* or spouse's parents\*.*

(\*biological and non-biological relationship)

(b) Rakan rapat adalah individu yang berkait rapat dengan PEP, sama ada secara social atau professional dan mungkin termasuk ahli keluarga lanjutan seperti saudara (hubungan biologi atau bukan biologi), bergantung kepada kewangan individu (orang yang ditanggung oleh PEP seperti pemandu, pengawal peribadi, setiausaha, rakan niaga atau syarikat bersekutu, ahli yang terkenal dalam organisasi yang sama dengan PEP, individu yang bekerja rapat dengan PEP iaitu rakan sekerja, rakan rapat) / *Close Associates is any individual closely connected to a PEP, either socially or professionally and may include extended family members such as relatives (biological or non biological relationship), financially dependent individuals (persons salaried by the PEP such as drivers, bodyguard,*

Hong Leong MSIG Takaful Berhad 200601018337 (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

Ver 2.0

*secretaries, business partners or associate, prominent members of the same organization as the PEP, individuals working closely with the PEP i.e. work colleagues, close friend)*

**4. Pemilik Benefisial / Beneficial Owner**

Merujuk kepada mana-mana orang yang akhirnya memiliki atau mengawal peserta dan / atau pihak yang melaksanakan transaksi. Ia juga termasuk orang-orang yang menjalankan kawalan muktamad yang berkesan terhadap perseorangan undang-undang atau peraturan. Rujukan kepada "akhirnya memiliki atau mengawal" atau kawalan berkesan muktamad" merujuk kepada keadaan dalam pemilikan atau kawalan yang dijalankan melalui rangkaian pemilikan atau melalui kawalan selain dari kawalan langsung. Ini juga merujuk kepada mana-mana orang yang akhirnya memiliki atau mengawal benefisiari, di mana dinyatakan dalam dokumen ini / *Refers to any natural person(s) who ultimately owns or controls a participant and/or the natural person on whose behalf a Transaction is being conducted. It also includes those natural persons who exercise ultimate effective control over a legal person or arrangement. Reference to "ultimately owns or control" or "ultimate effective control" refers to situations in which ownership or control is exercised through a chain of ownership or by means of control other than direct control. This also refers to any natural person(s) who ultimately owns or controls a beneficiary, where specified in this document.*

**Sila tandakan (✓) kotak yang sesuai / Please tick (✓) the appropriate box**

1. Adakah mana-mana pihak menuntut yang memegang atau pemilik benefisial memegang, atau pernah memegang atau sedang dipertimbangkan untuk kedudukan awam yang terkemuka? / *Does any Claimant(s) hold or Beneficial Owner(s) hold, or has previously held or is being considered for a prominent public position?*

Ya / Yes

Tidak / No

Jika Ya, sila terperinci / *If yes, please elaborate:*

Nama Penuntut atau Pemilik Benefisial / <i>Name of Claimant(s) or Beneficial Owners(s)</i>	Jawatan Dipegang / <i>Position Held</i>	Bil. Tahun / <i>No. of Years</i>

2. Adakah mana-mana ahli keluarga penuntut atau pemilik benefisial atau rakan rapat sedang memegang, atau pernah memegang atau sedang dipertimbangkan untuk kedudukan awam / *Does any of the Claimant(s) or Beneficial Owner(s)'s immediate Family Members/Close Associates hold, or previously held or is being considered for prominent public position?*

Ya / Yes

Tidak / No

Jika Ya, sila terperinci / *If yes, please elaborate:*

Nama Penuntut atau Pemilik Benefisial / <i>Name of Claimant(s) or Beneficial Owner(s)</i>	Butiran ahli keluarga atau rakan rapat / <i>Details of Immediate Family Members/Close Associates</i>			
	Nama / <i>Name</i>	NRIC/No Passport / <i>NRIC/Passport No.</i>	Jawatan Dipegang / <i>Position Held</i>	Hubungan dengan Penuntut / <i>Relationship to Claimant(s)</i>

\*Tuntutan yang dibuat oleh entiti (pemunya sijil bukan individu, sila lengkapkan Legal Person Declaration Form

\**Claims filed by entity (non-individual certificate owner), kindly complete the Legal Person Declaration Form*



**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 menghadapi 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 menghadapi Penyakit Kritikal, Saya, dengan ini membuat tuntutan ke atas Hong Leong MSIG 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 menghadapi 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 menghadapi Penyakit Kritikal.

*\*I / On behalf of the person suffering the Dread Disease, I, hereby make claim on Hong Leong MSIG 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 menghadapi 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 menghadapi 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 menghadapi Penyakit Kritikal, atau bahawa Pengendali Takaful tersebut telah mengeneppikan 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)

**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 MSIG 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 MSIG 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 / Iubapa 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 dilengkapkan 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 dilengkapkan 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 menghidap 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:*