



TAKAFUL IKHLAS FAMILY BERHAD Registration No. 200201025412 (593075-U)

IKHLAS Point, Tower 11A, Avenue 5, Bangsar South,

No. 8, Jalan Kerinchi, 59200 Kuala Lumpur

Tel : 03-2723 9999 Fax : 03-2723 9998

IKHLAS Care : 03 2723 9696 Website: www.takaful-ikhlas.com.my

(Licensed under Islamic Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia)

## BORANG TUNTUTAN - KELUARGA CLAIM FORM - FAMILY

### Peringatan / Reminders

Penerimaan borang ini bukanlah bermakna dengan sendirinya tanggungan akan diakui oleh syarikat.

Acceptance of this form does not mean admission of liability by the company.

NO. SIJIL / CERTIFICATE NO. :

Jenis-jenis tuntutan (sila tandakan ✓ di petak yang berkenaan)  
Boleh tanda (✓) lebih dari 1 petak

Type of claims (please tick ✓ in the related box provided)  
You may tick (✓) more than 1 box

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tuntutan Kematian<br><i>Death Claim</i>   | <input type="checkbox"/> Tuntutan Pengecualian Sumbangan<br><i>Waiver of Contribution Claim</i>                                   |
| <input type="checkbox"/> Tuntutan Keilatan Kekal Menyeluruh (TPD)<br><i>Total &amp; Permanent Disability Claim</i> | <input type="checkbox"/> Tuntutan Manfaat Pendapatan Keluarga (Family Income)<br><i>Family Income Benefit</i>                     |
| <input type="checkbox"/> Tuntutan Keilatan Kekal Separa (PD)<br><i>Partial &amp; Permanent Disability Claim</i>    | <input type="checkbox"/> Tuntutan Komprehensif Kemalangan Diri Berkumpulan (CPAB)<br><i>Comprehensive Personal Accident Claim</i> |
| <input type="checkbox"/> Tuntutan Elaun Hospital (HIB)<br><i>Hospital Income Benefit</i>                           | <input type="checkbox"/> Tuntutan Manfaat Ikhlas Wanita / Manfaat Cara Hidup<br><i>Ikhlas Wanita Claim / Living Benefit</i>       |
| <input type="checkbox"/> Tuntutan Penyakit Kritikal<br><i>Critical Illness Benefit</i>                             | <input type="checkbox"/> Tuntutan Ganjaran Tunai<br><i>Cash Reward</i>  |
| <input type="checkbox"/> Lain-lain, sila nyatakan<br><i>Others, please state</i>                                   |   |

### A. MAKLUMAT PESERTA / PARTICIPANT'S DETAILS

1 a. Nama Peserta / Name of Participant : \_\_\_\_\_

b. No. Kad Pengenalan/ NRIC No. : Baru/ New : \_\_\_\_\_ Lama/ Old : \_\_\_\_\_

2 Alamat / Address : \_\_\_\_\_

Poskod / Postcode : \_\_\_\_\_ Bandar / Town : \_\_\_\_\_

Negeri / State : \_\_\_\_\_

3 No. Telefon : a. Telefon Bimbit / H/p : \_\_\_\_\_ c. Pejabat / Office : \_\_\_\_\_  
Telephone No. : b. Rumah / House : \_\_\_\_\_ d. Sambungan/ Extention No. : \_\_\_\_\_

4 E-Mel/ E-Mail : \_\_\_\_\_

5 Pekerjaan Semasa : \_\_\_\_\_ Nama Majikan & Alamat : \_\_\_\_\_  
Present Occupation : Name of Employer & Address : \_\_\_\_\_

6 Nama Bank/ Name of Bank : \_\_\_\_\_

7 No. Akaun Bank Peserta / Waris : Contoh: MBB0001. \_\_\_\_\_  
Participant/ Beneficiary Bank Account No. : E.g: MBB0001.

\*\* Sila lampirkan salinan muka hadapan buku bank / \*\* Please enclose a copy of the front page of the saving book.

### B. MAKLUMAT ORANG YANG DILINDUNGI / PERSON COVERED'S PERSONAL DETAILS

1 Nama Orang yang dilindungi (jika berbeza dengan A) / Name of Person covered (if differs from A) : \_\_\_\_\_

2 No. Kad Pengenalan/ NRIC No. : Baru/ New : \_\_\_\_\_ Lama/ Old : \_\_\_\_\_

3 Alamat / Address : \_\_\_\_\_

Poskod / Postcode : \_\_\_\_\_ Bandar / Town : \_\_\_\_\_

Negeri / State : \_\_\_\_\_

4 E-Mel/ E-Mail : \_\_\_\_\_

**C. BUTIR-BUTIR PENUNTUT (UNTUK TUNTUTAN KEMATIAN SAHAJA)****CLAIMANT'S DETAILS (FOR DEATH CLAIM ONLY)**

Sila lengkapkan jika lain daripada A dan B / Please complete if differ from A and B

- 1 Nama / Name : \_\_\_\_\_
- 2 No. Kad Pengenalan/ NRIC No. : Baru/ New : \_\_\_\_\_ Lama/ Old : \_\_\_\_\_
- 3 No. Telefon : a. Telefon Bimbit / H/p : \_\_\_\_\_ c. Pejabat / Office : \_\_\_\_\_  
Telephone No. : b. Rumah / House : \_\_\_\_\_ d. Sambungan/ Extention No. : \_\_\_\_\_
- 4 Hubungan dengan simati / Relationship with the deceased :  
 Wasi / Executer  Hibah / Hibah  Pemegang Serah Hak / Assignee
- 5 Alamat / Address : \_\_\_\_\_
- Poskod / Postcode : \_\_\_\_\_ Bandar / Town : \_\_\_\_\_
- Negeri / State : \_\_\_\_\_
- 6 E-Mel/ E-Mail : \_\_\_\_\_
- 7 Adakah simati pernah menunaikan haji semasa hayat beliau:  Ya / Yes  Tidak / No  
Has the deceased ever performed haji during his lifetime:
- 8 Nama Bank/ Name of Bank : \_\_\_\_\_
- 9 No. Akaun Bank Penuntut : \_\_\_\_\_  
Claimant's Bank Account No. :

\*\* Sila lampirkan salinan muka hadapan buku bank / \*\* Please enclose a copy of the front page of the saving book

**D. MAKLUMAT KEJADIAN/ PARTICULARS OF EVENT.**

(Sila isikan keterangan pada bahagian yang berkaitan sahaja) Please complete the information in the relevant section

- 1 a) Sebab kejadian.  Kemalangan/ Accident  Sakit / Disease  Others / Lain-lain  
Cause of event.  
Keterangan mengenai kejadian. \_\_\_\_\_  
Details of event. \_\_\_\_\_
- b) Nama Penyakit/ Diagnosis : \_\_\_\_\_
- c) Nama Hospital/ Hospital's Name : \_\_\_\_\_
- d) Tarikh kejadian/ Date of event : \_\_\_\_\_
- e) Tarikh Masuk Wad : i) \_\_\_\_\_ f) Tarikh Keluar Wad : i) \_\_\_\_\_  
Date Of Admission : HH/DD BB/MM TT/YY Date Of Discharge : HH/DD BB/MM TT/YY
- ii) \_\_\_\_\_ ii) \_\_\_\_\_  
HH/DD BB/MM TT/YY HH/DD BB/MM TT/YY
- iii) \_\_\_\_\_ iii) \_\_\_\_\_  
HH/DD BB/MM TT/YY HH/DD BB/MM TT/YY

2 Sila nyatakan tarikh kali pertama/ Please state the exact date (first date)

a) menerima rawatan/ received treatment : \_\_\_\_\_  
HH/DD BB/MM TT/YYb) disahkan mendapat penyakit tersebut/ diagnosed with the illness : \_\_\_\_\_  
HH/DD BB/MM TT/YY

3 Sila nyatakan punca asal mendapatkan rawatan atau rujukan dari doktor tersebut.

Please state the reason for seeking treatment or referral from the said doctoror.

4 Sudah berapa lamakah Peserta menghidapi kesakitan/ kecederaan ini?

How long have you been suffering from these illness/ injuries?

5 Jika diakibatkan oleh kemalangan, sila nyatakan seperti berikut:

If accidental case please state the following:

a) Tarikh kemalangan/ Date of accident : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Masa:

Time: \_\_\_\_\_ am/pm

b) Bagaimana kemalangan berlaku :

Details description of the accident :

\*Sila lampirkan salinan laporan polis/ laporan bedah siasat (jika ada)

\* Please enclose a copy of police report or post mortem report (if any)

6 Nama dan alamat doktor yang pernah merawat.

*Name and address of the doctors that have been consulted.*

| Tarikh Rawatan/ Kemasukan Hospital<br>(Date of treatment / Hospital admission) | Penyakit<br>(Diagnosis) | Nama Doktor<br>(Doctor's Name) | Alamat Klinik / Hospital<br>(Clinic or Hospital address) |
|--|-------------------------|--------------------------------|--|
|  |                         |                                |  |
|  |                         |                                |  |
|  |                         |                                |  |

7 Sila nyatakan ujian yang telah dilakukan oleh doktor :

*Please state the nature of investigations performed by the doctor :  
i.e. X-ray, ECG, blood test, etc*

8 Sila nyatakan jenis rawatan atau prosedur yang telah diberikan :

*Please state the nature of treatments or procedures given :*

**E. LAIN LAIN TAKAFUL ATAU PAMPASAN / OTHER TAKAFUL OR COMPENSATION**

Adakah Peserta membuat tuntutan atau pampasan dari syarikat insuran atau takaful yang lain?  
*Is the Participant claiming the benefits under any other insurance companies or takaful operators?*

YA / YES

TIDAK / NO

Jika YA, sila berikan maklumat lanjut / *If YES, please give details :*

**F. PENGAKUAN OLEH PENUNTUT / DECLARATION BY THE CLAIMANT**

Saya / Kami \_\_\_\_\_ No. KP \_\_\_\_\_ pihak yang membuat tuntutan mengakui bahawa semua jawapan dan kenyataan yang tercatat di atas adalah lengkap dan benar sepanjang pengetahuan dan keyakinan Saya / Kami dan Saya / Kami tidak menyembunyikan atau merahsiakan butir-butir penting dari syarikat ini. Saya / Kami dengan ini menuntut manfaat Takaful dan lain-lain perolehan di bawah Pelan Takaful yang berkenaan daripada Takaful Ikhlas Family Berhad (selepas ini dirujuk sebagai pihak Syarikat) dan bersetuju bahawa kenyataan dan maklumat dari semua doktor yang memberi rawatan kepada simati / peserta semasa hayatnya dan segala dokumen lain diberi untuk menyokong ini adalah menjadi bukti kematiannya / keilatannya. Selanjutnya, Saya / Kami bersetuju bahawa borang ini dan lain-lain dokumen tambahan yang diberikan mengenainya dan tindakan-tindakan siasatan dan pemeriksaan oleh pihak Syarikat tidak boleh ditaksir atau dianggap persetujuan menanggung tuntutan oleh pihak Syarikat dan tidak membuktikan ada sesuatu aqad Takaful yang berkuatkuasa mengenai diri yang diperkatakan atau sesuatu pelepasan sebarang hak atau pembelaan oleh pihak Syarikat. Saya / Kami dengan ini bersetuju membenarkan doktor-doktor atau lain-lain pihak atau hospital dan sebagainya memberi kepada pihak Syarikat penerangan atau maklumat yang mungkin diperlukan mengenai simati / peserta.

*I / We \_\_\_\_\_ NRIC \_\_\_\_\_ as the claimant hereby declare that all foregoing answers and information stated above are complete and true to the best of my / our knowledge and belief and I / We have not concealed any important details from this company. I / We hereby claim Takaful benefits and other acquisition under the relevant Takaful Plan from Takaful Ikhlas Family Berhad (hereinafter referred as the Company) and agree that all information disclosed by the doctors treating the deceased / participant during his lifetime and all documents provided to support this claim is proof of his / her death / disability. Further, I / We agree that this form and other additional related documents and investigations or examinations by the Company cannot be interpreted or assumed as admission of liability by the Company and is not proof of any agreement which take effect on the said person or discharged of any right or defense by the Company. I / We hereby give consent to doctors or related parties or hospitals etc. to disclose to the Company any explanation or information which is deemed necessary with regards to the deceased / participant.*

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Penuntut / Peserta  
*Signature of Claimant / Participant*

Nama/ Name : \_\_\_\_\_  
No. KP/ NRIC No. : \_\_\_\_\_  
Tarikh/ Date : \_\_\_\_\_  
Cop Syarikat/ Company Stamp : \_\_\_\_\_  
(For Group Master Certificate)

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Saksi  
*Signature of Witness*

Nama/ Name : \_\_\_\_\_  
No. KP/ NRIC No. : \_\_\_\_\_  
Tarikh/ Date : \_\_\_\_\_  
Hubungan/ Relationship : \_\_\_\_\_



**BORANG PELEPASAN TUNTUTAN  
CLAIM RELEASE FORM**

|  |    |
|--|----|
| 1. Nama Peserta (Huruf Besar)<br><i>Name of Participant (Capital Letter)</i> |    |
| 2. Nombor Sijil<br><i>Certificate's Number</i>                               |    |
| 3. Jenis Pelan<br><i>Plan Type</i>   |    |
| 4. Nombor Rujukan Tuntutan<br><i>Claim Reference Number</i>                  |    |
| 5. Jumlah Ditawarkan / Dijelaskan<br><i>Amounts Offered / Settled</i>        | RM |

**PENGAKUAN / DECLARATION**

Saya/Kami sebagai pemegang sijil bernombor seperti di atas yang dikeluarkan oleh Takaful Ikhlas Family Berhad dengan ini mengemukakan tuntutan saya/kami terhadap Faedah Takaful/Akaun Pelaburan Peserta/Faedah Tambahan saya/kami menurut terma dan syarat yang terkandung di dalam sijil.

Saya/Kami dengan ini bersetuju menerima jumlah yang ditawarkan dan dengan demikian Takaful Ikhlas Family Berhad tidak lagi bertanggungjawab ke atas sijil berkenaan yang dianggap tidak sah dan terbatal dan berhak untuk tidak melayan sebarang tuntutan daripada saya/kami atau lain-lain pihak yang mewakili saya/kami.

*I/We as the rightful holder/s of the certificate bearing the above number as issued by Takaful Ikhlas Family Berhad hereby submit my/our claim for Takaful Benefits/Participant Investment Account/Supplementary Benefits in accordance with the terms and conditions in the said certificate.*

*I/We hereby agree that with the amounts offered and accepted by me/us, Takaful Ikhlas Family Berhad will no longer be held liable on the certificate which has been rendered null and void and entitled not to entertain any claim from me/us or any party acting on my/our behalf.*

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Peserta/Penuntut  
*Signature of Participant/Claimant*

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Saksi  
*Signature of Witness*

Tarikh : \_\_\_\_\_  
*Date* : \_\_\_\_\_  
Nama : \_\_\_\_\_  
*Name* : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
*Address* : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_  
*Date* : \_\_\_\_\_  
Nama : \_\_\_\_\_  
*Name* : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
*Address* : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cop Syarikat : \_\_\_\_\_  
*Company Stamp:*  
*(For Group Master Certificate)*