



تکافل بروني عام

Takaful Brunei Am | General

UNIT 5 BLOCK A KIARONG COMPLEX
LEBUHRAYA SULTAN HASSANAL BOLKIAH
BANDAR SERI BEGAWAN BE1318
NEGERA BRUNEI DARUSSALAM
TEL NO. : 673 2451803 FAX NO. : 673 2456684

BORANG PEMBERITAHU KEMALANGAN BAGI SKIM TAKAFUL KEMALANGAN DIRI ACCIDENT NOTIFICATION FORM FOR PERSONAL ACCIDENT

PERINGATAN

1. PESERTA HENDAKLAH MEMBERIKAN MAKLUMAT DENGAN BETUL DAN SEPENUHNYA.
 2. TAKAFUL BRUNEI AM SDN BHD BOLEH MENOLAK MANA-MANA TUNTUTAN JIKA BORANG INI TIDAK DIISI DENGAN LENGKAP DAN SEMPURNA.
 3. PENERIMAAN BORANG INI BUKANLAH BERERTI DENGAN SENDIRINYA TANGGUNGAN DIAKUI OLEH TAKAFUL BRUNEI AM SDN BHD.
1. PARTICIPANT MUST PROVIDE TRUE AND CORRECT INFORMATION.
 2. TAKAFUL BRUNEI AM SDN BHD RESERVE THE RIGHT TO REPUDIATE THE CLAIM IF THIS FORM IS NOT FILLED WITH FULL AND CLEAR INFORMATION.
 3. THIS FORM IS NOT TO BE TAKEN AS AN ADMISSION OF LIABILITY BY TAKAFUL BRUNEI AM SDN BHD.

I. BUTIR-BUTIR PESERTA / DETAIL OF PARTICIPANT

Nama Peserta <i>Participant's Name</i>			
Alamat Rumah / <i>Residential Address</i>			
No. Telefon Rumah <i>Telephone Residential no.</i>		Telefon Bimbit / <i>Handphone</i>	
No. Kad Pengenalan / <i>I/C No.</i>		Warna / <i>I/C Colour</i>	
Pekerjaan (atau Perniagaan) <i>Occupation (or Business)</i>			
Nama dan Alamat Pejabat (atau Perniagaan) <i>Employer's Name and Address (Business)</i>			
No. Telefon Majikan (atau Perniagaan) <i>Employer's Telephone No. (or Business)</i>			

II. JENIS TUNTUTAN YANG DIKEMUKAKAN / TYPE OF CLAIM

(Sila pastikan skop perlindungan Sijil Takaful Anda). Sila tanda X dimana berkenaan)

☐ Kematian akibat kemalangan <i>Accidental Death</i>	☐ Keilatan/kecacatan kekal akibat kemalangan <i>Accidental Permanent Disablement</i>	☐ Keilatan Sementara <i>Temporary Disablement</i>	☐ Perbelanjaan Perubatan <i>Medical Expenses</i>
☐ Kehilangan Upaya Separa dan Sementara <i>Temporary Partial Disablement</i>	☐ Kehilangan Upaya Sepenuh <i>Permanent Total Disablement</i>	☐ Perbelanjaan Pengkebumian <i>Repatriation Expenses</i>	

III. PIHAK YANG CEDERA / INJURED PERSON

Nama / <i>Name</i>			
Alamat Rumah / <i>Residential Address</i>			
No. Telefon Rumah <i>Telephone Residential no.</i>		Telefon Bimbit / <i>Handphone</i>	
No. Kad Pengenalan / <i>I/C No.</i>		Warna / <i>I/C Colour</i>	
Pekerjaan (atau Perniagaan) <i>Occupation (or Business)</i>			
Nama dan Alamat Pejabat (atau Perniagaan) <i>Employer's Name and Address (Business)</i>			
No. Telefon Majikan (atau Perniagaan) <i>Employer's Telephone No. (or Business)</i>			
Adakah awda mengalami apa-apa kecacatan fizikal sebelum berlakunya kemalangan ini? <i>Did you suffer any physical disability prior to this accident?</i>	YA YES	TIDAK NO	
Pernahkah awda membuat tuntutan kemalangan diri dari mana-mana insuran/takaful sebelum ini? <i>Have you ever made any prior personal accident claim from other insurance/takaful?</i>			
Adakah awda berhak untuk mendapat pampasan dari mana-mana sumber lain bersabit dengan kemalangan ini? <i>Are you entitle to any other compensation for this accident?</i>			
Apakah hubungan awda dengan Peserta / <i>What is your relationship with the Participant?</i>			
☐ Peserta sendiri <i>Participant's own self</i>	☐ Kakitangan Peserta <i>Participant's staff</i>	☐ Lain-lain (nyatakan) <i>Other (please specify)</i>	

IV. KETERANGAN KEMALANGAN / DETAIL OF ACCIDENT

Tarikh kemalangan
Date of Accident Waktu kemalangan
Time of Accident pagi/petang/malam
am / pm

Tempat kemalangan
Place of Accident

Aktiviti pihak yang cedera semasa berlakunya kemalangan
Injured Person activity at all material time of accident ☐ Menaiki Motosikal
Riding Motorcycle ☐ Menjalankan Tugas
On Duty ☐ Bersukan
During Sporting ☐ Dalam perjalanan
During Travelling

Lain-lain (nyatakan) / *Other (please specify)*

Nyatakan Nama serta alamat mereka yang menyaksikan kemalangan tersebut:
Please state name of witnesses at all material time of the accident

Nama / *Name*

Alamat Rumah / *Residential Address*

No. Telefon / *Telephone No.*

Balai Polis dimana laporan di buat
Police Station where reported being made

Tarikh laporan
Date of Report Waktu laporan
Time of Report pagi/petang/malam
am / pm

No. laporan
Report No. Laporan dibuat oleh
Reported by

Sila ceritakan sepenuhnya bagaimana kemalangan tersebut berlaku:
Please state how the above accident happen

V. KECEDERAAN YANG DIALAMI

Nyatakan tahap kecederaan yang dialami:
Please state severity of injury ☐ Meninggal dunia
Deceased ☐ Luka parah
Severe Injury ☐ Luka ringan
Minor Injury

Nyatakan bahagian anggota yang terlibat:
Please state the bodily injury ☐ Kepala
Head ☐ Muka
Facial ☐ Mata
Eye(s) ☐ Bahu
Shoulder ☐ Lengan
Arm(s)

☐ Betis
Calf ☐ Kaki
Leg(s) ☐ Jari kaki
Toe(s) ☐ Tangan
Hand(s) ☐ Jari Tangan
Finger(s) ☐ Peha
Thigh

Lain-lain / *Others* :

Sekiranya mendapat rawatan doktor nyatakan nama dan alamat doktor berkenaan:
Please state the name of attending doctor and the address

Nama / *Name*

Alamat Rumah / *Residential Address*

Alamat Pejabat / *Office Address*

Adakah Doktor yang memberi rawatan tersebut doktor kebiasaan awda atau tidak?
Is the attending doctor your regular doctor? ☐ YA
YES ☐ TIDAK
NO

Jika awda dimasukkan ke wad hospital nyatakan tarikh awda dibenarkan keluar
If your were warded, please state the date of discharge

Sila nyatakan tempoh cuti rehat/sakit yang diberikan (Sertakan Sijil Cuti Sakit)
Please state number of medical/sick leave given (Please provide the medical certificate/chit)

Dari
From Hingga
To

Dari
From Hingga
To

Dari
From Hingga
To

Dari
From Hingga
To

VI. PENGAKUAN

Bahawasanya dengan ini adalah saya/kami sepanjang pengetahuan saya/kami mengesahkan pernyataan-pernyataan yang terkandung di atas adalah benar dan betul dan saya/kami tidak memalsukan atau memberikan pernyataan yang tidak benar bersabit dengan tuntutan tersebut. Jika sekiranya didapati saya/kami memberi pernyataan palsu, maka Takaful Brunei Am Sdn Bhd berhak menolak tuntutan saya/kami.

Sekiranya borang ini dipenuhi oleh orang lain bagi pihak saya/kami maka saya/kami mengaku bahawa apa-apa pernyataan yang dibuat oleh mereka adalah disifatkan sebagai pernyataan saya/kami sendiri dan saya/kami mengaku bertanggungjawab dengan pernyataan tersebut.

Saya/kami seterusnya mengaku akan memberi kerjasama yang sesungguhnya dan sepenuhnya kepada Takaful Brunei Am Sdn Bhd serta mana-mana pihak lain yang mewakili Takaful Brunei Am Sdn Bhd bersabit dengan Tuntutan tersebut.

I/We to the of my / our knowledge hereby confirm that the statements contained above are true and correct and I/We have not concealed, misrepresented any material facts in relation to the claim. If I/We provide false statements, Takaful Brunei Am Sdn Bhd shall reserve the rights to repudiate My/Our claim.

Should this form being filled by other party on My/Our behalf, I/We declare that all the statements made by them shall be deemed mine/ours and I declare to take responsibility to the statements.

I/We further agree to provide full cooperation to Takaful Brunei Am Sdn Bhd or any other party acting on behalf of Takaful Brunei Am Sdn Bhd pertaining to the claim.

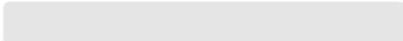


Tandatangan Peserta / Signature of Participant

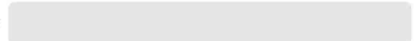


Tandatangan Pemandu / Signature of Driver

Tarikh/Date:



Tarikh/Date:



LAPORAN PERUBATAN / MEDICAL REPORT

Laporan ini hendaklah diisi oleh pegawai perubatan bertauliah yang memberi rawatan kepada peserta/pesakit berkenaan. Segala perbelanjaan laporan ini hendaklah ditanggung oleh Peserta / This report is to be filled in by certified Medical Officer attending the Participant/Patient. All expenses incurred in producing this report is to be borne by the Participant.

1. Nama pesakit yang dirawat
Patient Name
2. a. Sila nyatakan tempoh pesakit diwadkan
Please state warded period
Dari *From* Hingga *To*
b. Sila nyatakan tempoh cuti berehat
Please state sick leave period
Dari *From* Hingga *To*
3. Sila nyatakan sepenuhnya kecederaan yang dialami;
Please explain in detail the injury sustained
4. Adakah kecederaan ini hanya disebabkan oleh kemalangan ataupun berpunca dari penyakit dan sebagainya?
Are the injuries solely caused by accident or illness?
5. Adakah ujian pemeriksaan air kencing atau darah diambil untuk pengesanan alkohol atau dadah?
Were there any urine or blood test taken for alcohol and drugs?
6. Adakah pesakit diatas menjalani pembedahan? Jika 'ya', sila nyatakan:
Did the Patient undergo surgery? If 'yes', please state:
7. Adakah pesakit mengalami keilatan penuh sementara? If 'ya', sila nyatakan
Did the Patient suffering from temporary total disablement? If 'yes', please state
8. Adakah pesakit mengalami keilatan separa sementara? If 'ya', sila nyatakan
Did the Patient suffering from temporary partial disablement? If 'yes', please state
9. Adakah pesakit masih lagi mengalami apa-apa keilatan jika tidak nyatakan tarikh pemulihan
Is the Patient still suffering from any disablement? If 'no', please state recovery date
11. Sila nyatakan anggaran peratus keilatan kekal yang dialami oleh pesakit (dari keupayaan 100% anggota badan yang terlibat) jika ada:
Please state estimate percentage of permanent disablement the above Patient suffering from (out of 100%) if any:
12. Lain-lain maklumat:
Other relevant information:

Adalah dengan ini saya mengesahkan bahawa kecederaan yang dialami selari dengan kemalangan berkenaan dan saya mengaku bahawa sepanjang pengetahuan saya keterangan-keterangan dalam laporan ini adalah benar dan betul.
I hereby declare that the above injury sustained is consistent to the related accident and I hereby admit that the above information is true to the best of my knowledge and belief.

Tandatangan Doktor

Cop Resmi

Nama Doktor / *Doctor's Name*

Posisi Bahagian / *Position in Department*

Tarikh / *Date*



تکافل بروني عام
Takaful Brunei Am | General

IBU PEJABAT / HEAD QUARTERS

Level 3, Dar Takaful IBB Utama, Jalan Pemancha, Bandar Seri Begawan BS8711 Negara Brunei Darussalam

Tel: +673 223 9338 Fax: +673 245 1808

CAWANGAN / BRANCHES

BANDAR SERI BEGAWAN

Level 1, Dar Takaful IBB Utama,
Jalan Pemancha BS8711
Tel: +673 223 8933 Fax: 673 223 8939

BERAKAS

Counter 4, Mail Processing Centre,
Old Airport, Berakas BB3510
Tel: +673 238 1861

KIULAP

Unit 1 & 2, Kompleks Seri Kiulap, Kg Kiulap
Gadong, Bandar Seri Begawan BE1518
Tel: +673 223 1100 Fax: 673 223 7045

TANJUNG BUNUT

Unit 1-2, Blk F, Tanjung Bunut,
Shopping Complex, Kg Tanjung Bunut,
Bandar Seri Begawan BE1121
Tel: +673 267 0661 Fax: 673 267 0661

KIARONG

Unit 5, Block A Kiarong Complex
Lebuhraya Sultan Hassanah Bolkiah
Bandar Seri Begawan BE1318
Tel: +673 245 3004 Fax: 673 245 6684

TUTONG

Unit 16-17,
1st Floor OG Complex,
Kg Petani Tutong TA1411
Tel: +673 422 2875 Fax: 673 426 1194

BERIBI

Unit 2, Sumbangsiah Bahagia
Beribi Industrial Area I/II, Gadong BE1118
Tel: +673 245 3927/8/9 Fax: 673 245 3930

SERIA

No. 21, 1st Floor
Jalan Sultan Omar Ali, Seria KB2733
Tel: +673 322 8452/3 Fax: 673 322 8451

LTD COUNTER

Bangunan Jabatan Pengangkutan Darat
Jalan Beribi BE1110
Tel: +673 245 1936

KUALA BELAIT

Ground Floor, Plaza Sutera Biru
Jalan Sungai, Kuala Belait KA2331
Tel: +673 334 1083/3084 Fax: +673 334 1082

DELIMA

Unit A, Bangunan Desa Delima, Simpang 44
Kg Panca Delima, Jalan Muara BB4513
Tel: +673 233 1687/1654 Fax: +673 233 1671

TEMBURONG

Pejabat Pos Pekan Bangar
Pekan Bangar,
Temburong PA1351
Tel/Fax: +673 522 2176

CLAIM DEPARTMENT

2nd Floor, Unit 5, Block A, Kiarong Complex
Lebuhraya Sultan Hassanah Bolkiah
Bandar Seri Begawan BE1318
Tel: +673 245 1803 Fax: 673 245 6684

TELE TAKAFUL

2nd Floor, Unit 5, Block A, Kiarong Complex
Lebuhraya Sultan Hassanah Bolkiah
Bandar Seri Begawan BE1318
Tel: +673 245 1805/6685