

BORANG TUNTUTAN KEMATIAN DAN KEILATAN KEKAL SEPENUHNYA DEATH AND TOTAL PERMANENT DISABILITY CLAIM FORM

SENARAI SEMAK / CHECKLIST

Sila serahkan dokumen berikut: (Sila tandakan (✓) pada kotak yang berkenaan)
Kindly submit the following documents: (Please tick (✓) appropriate boxes)

- Borang Tuntutan Yang Lengkap / Completed Claim Form;
- Salinan Kad Pengenalan Peserta dan Penuntut / Copy of I.C of Participant and Claimant;
- Salinan Jadual Sijil Takaful (Jika Ada) / Copy of Takaful Certificate Schedule (if available);
- Laporan Perubatan Asal (Jika Ada) / Original Medical Report (if available);
- Surat Kebenaran / Perseutujuan (ditandatangani oleh peserta/waris) / Letter of Consent (signed by participant/beneficiary);
- Salinan Sijil Kematian / Copy of Death Certificate; dan / and
- Salinan Laporan Polis (untuk kemalangan sehaja) / Copy of Police Report (for accidental only).

UNTUK KEGUNAAN DALAMAN SAHAJA /
INTERNAL USE ONLY

Tarikh Menerima:
Date Received:

Diterima Oleh:
Received by:

NOTA PENTING / IMPORTANT NOTE

- Borang Tuntutan Kematian hendaklah diisi oleh Pihak Menuntut. TBK berhak untuk meminta dan mendapatkan maklumat lanjut.
The Death Claim Form must be completed by the Claimant. TBK reserves the right to request and obtain further information.
- Kegagalan untuk memberikan maklumat lengkap dalam borang ini boleh mengakibatkan penolakan tuntutan dan/atau kelewatan dalam memproses tuntutan.
Failure to provide complete information in this form may result in rejection of the claim and/or delay in processing the claim.
- Penyerahan tuntutan tidak menggambarkan penerimaan liabiliti. Semua tuntutan akan diproses mengikut terma dan syarat sijil.
Submission of claim does not imply acceptance of liability. All claims will be processed according to the terms and conditions of the certificate.

PENYERAHAN DOKUMEN / SUBMISSION OF DOCUMENTS

Semua dokumen yang diperlukan untuk tuntutan hendaklah diserahkan kepada TBK. Sila serahkan permohonan tuntutan berserta semua dokumen yang diperlukan kepada:
All required documents for claims should be submitted to TBK. Kindly submit the claim application together with all required documents to:

Takaful Brunei Keluarga Sdn Bhd
Unit 1, Level 1, Dar Takaful IBB Utama
Jalan Pemancha, Bandar Seri Begawan, BS8711
Negara Brunei Darussalam.
Attention: Claim and Retakaful Section

1. BUTIR-BUTIR PESERTA / SI MATI / PARTICULARS OF PARTICIPANT / DECEASED

Nama Peserta / Si Mati /
Name of Participant / Deceased:

Tarikh Lahir /
Date of Birth:

Hari/Day

Bulan/Month

Tahun/Year

No. Kad Pengenalan /
IC No.:

Alamat Peserta / Si Mati /
Participant / Deceased's Address:

2. BUTIR-BUTIR PENUNTUT / PARTICULARS OF CLAIMANT

Nama Penuntut /
Name of Claimant:

No. Kad Pengenalan /
IC No.:

No. Untuk Dihubungi /
Contact No.:

Hubungan Dengan Si Mati /
Relationship to Deceased:

Alamat Penuntut /
Claimant's Address:

3. JENIS TUNTUTAN: Sila tandakan (✓) pada kotak yang berkenaan / TYPE OF CLAIM: : Please tick (✓) at the appropriate box

Kematian Akibat Penyakit /
Kematian Semula Jadi /
Death due to illness /
Natural death

Kematian Secara Kemalangan /
Accidental death

Keilatan Kekal Sepenuhnya Kerana Penyakit /
Total Permanent Disability
due to illness

Keilatan Kekal Sepenuhnya
Akibat Kemalangan /
Total Permanent Disability
due to accident

4. BUTIR-BUTIR KEMATIAN / KEILATAN KEKAL SEPENUHNYA / DETAILS OF DEATH / TOTAL PERMANENT DISABILITY

Negara dan Tempat Kematian / Keilatan Kekal Sepenuhnya / Country and place of Death / Total Permanent Disability

(Sila nyatakan nama Hospital jika kematian / keilatan kekal sepenuhnya berlaku di hospital) / (Please specify the name of hospital if death / total permanent disability occurred in hospital)

Tarikh Kematian / Keilatan Kekal Sepenuhnya /
Date of death / total permanent disability

Hari/Day

Bulan/Month

Tahun/Year

Sebab Kematian / Keilatan Kekal Sepenuhnya / Cause of death / total permanent disability

Waktu Kemalangan (jika kemalangan sehaja) /
Time of Accident (if accident only)

5. AKUAN & PENGESAHAN MAKLUMAT PERUBATAN / MEDICAL INFORMATION AUTHORISATION & DECLARATION

Saya/Kami dengan ini membenarkan mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan atau klinik atau orang lain yang telah menghadiri atau memeriksa orang yang dilindungi atas sebarang sebab untuk mendedahkan apa-apa dan semua maklumat berkenaan dengan sebarang penyakit atau kecederaan dan untuk menyediakan salinan semua laporan perubatan, termasuk sejarah perubatan terdahulu. Salinan kebenaran ini akan dianggap sah seperti yang asal.

Saya/Kami dengan ini mengesahkan bahawa, sepanjang pengetahuan saya/kami, kenyataan dan fakta di atas adalah benar dan saya/kami tidak memalsukan atau memberikan sebarang kenyataan palsu untuk menyokong tuntutan ini.

Jika borang ini dilengkapkan oleh orang lain, saya/kami dengan ini mengesahkan bahawa semua penyata yang diberikan oleh mereka dianggap sebagai penyata yang disediakan oleh saya/kami dan saya/kami akan bertanggungjawab sepenuhnya ke atas penyata tersebut.

Saya/Kami juga mengesahkan bahawa saya/kami akan bekerjasama sepenuhnya dengan TBK dan mana-mana pihak lain yang mewakili TBK berhubung dengan tuntutan ini.

I/We hereby authorise any hospitals, surgeons, medical practitioners or clinics or other persons who have attended or examined person covered for any reasons to disclose any and all information with respect to any illness or injuries and to provide copies of all medical reports, including earlier medical history. A copy of this authorisation shall be deemed as valid as the original.

I/We hereby declare that, to the best of my/our knowledge, the above statements and facts are true and I/we did not falsify or provide any false statements to support this claim.

If this form was completed by someone else, I/we hereby declare that all statements provided by them to be considered as statements provided by me/us and I/We shall be fully responsible for those statements.

I/We also declare that I/We shall fully cooperate with TBK and any other parties representing the TBK in relation to this claim.

Tarikh / Date

Tandatangan Penuntut/Peserta
Signature of Claimant/Participant