

**BORANG PEMBERITAHUAN KEMALANGAN BAGI SKIM TAKAFUL KEMALANGAN DIRI  
ACCIDENT NOTIFICATION FORM FOR PERSONAL ACCIDENT TAKAFUL SCHEME**
**PERINGATAN / NOTES**

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 TANGGUNGJAN AKAN DIAKUI OLEH TAKAFUL BRUNEI AM SDN BHD.
1. PARTICIPANT MUST PROVIDE TRUE AND CORRECT INFORMATION.  
2. TAKAFUL BRUNEI AM SDN BHD RESERVES 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  
Participant's Name

Alamat Rumah / Residential Address

No. Telefon Rumah  
Telephone Residential no.

No. Kad Pengenalan / I/C No.

Pekerjaan (atau Perniagaan)  
Occupation (or Business)

Nama dan Alamat Pejabat (atau Perniagaan)  
Employer's Name and Address (Business)

No. Telefon Majikan (atau Perniagaan)  
Employer's Telephone No. (or Business)

Telefon Bimbit / Handphone

Warna / I/C Colour

**II. JENIS TUNTUTAN YANG DIKEMUKAKAN / TYPE OF CLAIM**

Sila pastikan skop perlindungan Sijil Takaful awda. Sila tanda X jika berkenaan  
Please ensure the scope coverage of your Takaful Certificate. Please indicate X if necessary.

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kematian akibat kemalangan<br>Accidental Death | <input type="checkbox"/> Keilatan/kecacaatan kekal akibat kemalangan<br>Accidental Permanent Disablement | <input type="checkbox"/> Kehilangan Upaya Separa dan Sementara<br>Temporary Partial Disablement |  |
| <input type="checkbox"/> Perbelanjaan Perubatan<br>Medical Expenses     | <input type="checkbox"/> Kehilangan Upaya Sepenuh<br>Temporary Total Disablement                         | <input type="checkbox"/> Perbelanjaan Pemulangan<br>Repatriation Expenses                       | Lain-lain, sila nyatakan<br>Others, please state _____ |

**III. PIHAK YANG CEDERA / INJURED PERSON**

Nama  
Name

Alamat Rumah / Residential Address

No. Telefon Rumah  
Telephone Residential no.

No. Kad Pengenalan / I/C No.

Pekerjaan (atau Perniagaan)  
Occupation (or Business)

Nama dan Alamat Pejabat (atau Perniagaan)  
Employer's Name and Address (or Business)

Telefon Bimbit / Handphone

Warna / I/C Colour

No. Telefon Majikan (atau Perniagaan)  
Employer's Telephone No. (or Business)

YA/YES    TIDAK/NO

Adakah awda mengalami apa-apa kecacatan fizikal sebelum berlakunya kemalangan ini?  
Did you suffer any physical disability prior to this accident?



Pernahkah awda membuat tuntutan kemalangan diri dari mana-mana insuran/takaful sebelum ini?  
Have you ever made any prior personal accident claim from other insurance/takaful?



Adakah awda berhak untuk mendapat pampasan dari mana-mana sumber lain bersabit dengan kemalangan ini?  
Are you entitled to any other compensation for this accident?



Apakah hubungan awda dengan Peserta / What is your relationship with the Participant?

 Peserta sendiri  
Participant's own self

 Kakitangan Peserta  
Participant's staff

 Lain-lain (sila nyatakan)  
Others (please specify)

#### IV. KETERANGAN KEMALANGAN / DETAILS 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 Motocycle

Menjalankan Tugas  
On Duty

Bersukan  
Sport Activities

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 di mana laporan dibuat  
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 happened

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### V. KECEDERAAN YANG DIALAMI / SEVERITY OF INJURY

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)

Kaki  
Leg(s)

Kaki  
Leg(s)

Jari Kaki  
Toe(s)

Tangan  
Hand(s)

Jari Tangan  
Finger(s)

Peha  
Thigh(s)

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 Pejabat / Office Address

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
Dari	From	Hingga	To

## VI. PENGAKUAN / DECLARATION

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

Sekiranya borang ini diisi oleh orang lain bagi pihak saya/kami maka saya/kami mengaku bahawa apa-apa kenyataan yang dibuat oleh mereka adalah disifatkan sebagai kenyataan saya/kami sendiri dan saya/kami mengaku bertanggungjawab dengan kenyataan 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 its rights to repudiate the claim.*

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

Tarikh/Date:

## LAPORAN PERUBATAN / MEDICAL REPORT

Laporan ini hendaklah diisi oleh pegawai perubatan bertaulia 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 expense incurred in producing this report is to be borne by the Participant.

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

Adalah dengan ini saya mengesahkan bahawan 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 declare that the above information is true to the best of my knowledge and belief.*

Tandatangan Doktor

Cop Resmi

Nama Doktor / Doctor's Name

Jawatan dalam Jabatan / Position in Department

Tarikh / Date