

Etiqa Takaful Berhad (266243D)

Level 19, Tower C, Dataran Maybank No 1 Jalan Maarof 59000 Kuala Lumpur.

T +603 2297 3888

F +603 2297 3800

E info@etiqa.com.my

www.etiqa.com.my

Ahli Kumpulan

Claim Dept, Level 14 Tower B Dataran Maybank, No 1 Jalan Maarof 59000 Kuala Lumpur

Tel : 03 -2785 5935 / 03 - 2785 5929 Fax : 03 -2785 5959 / 03 - 2785 5999

BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN (ACCIDENT CLAIM FORM)

1. Pengeluaran dan penerimaan kembali borang yang telah dilengkapkan bukanlah bererti dengan sendirinya diakui oleh Syarikat.
(Issuance and acceptance of duly completed Form does not constitute any admission of liability by the company)
2. Peserta diwajibkan mengisi borang dengan lengkap dan sepenuhnya.
(Participant is required to fill this form completely)
3. Semua pernyataan-pernyataan maklumat-maklumat dan butiran yang diberi oleh Peserta di dalam borang ini mestilah benar dan sepenuhnya.
(All statements, information and particulars given by the Participant must be true and complete)
4. Borang yang lengkap diisi mestilah dikembalikan kepada Syarikat dalam tempoh 7 hari dari tarikh penerimaannya oleh Peserta.
(The duly completed Form must be submitted to the Company within 7 days from the date of its receipt by the participant)

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT (FOR OFFICE USE)

No Sijil Cert. No : _____

No Tuntutan Claim No : _____

Tempoh Perlindungan

Period of Coverage

Tarikh Pemberitahuan

Notification Date

: _____ shg / to _____

Diurus oleh Dealt by : _____

Tandakan (X) di mana yang berkenaan (Marked (X) where applicable)

Kelas Tuntutan Claim Class	<input type="checkbox"/> Kemalangan Diri Personal Accident	<input type="checkbox"/> Kemalangan Diri Berkelompok Group Personal Accident	<input type="checkbox"/> Lain-lain Others
Jenis Tuntutan Claim type	<input type="checkbox"/> Kematian Death	<input type="checkbox"/> Keilatan Kekal Permanent Disablement	<input type="checkbox"/> Keilatan Sementara Temporary Disablement
	<input type="checkbox"/> Belanja Perubatan Medical Expenses	<input type="checkbox"/> Belanja Pengkubuman Funeral Expenses	<input type="checkbox"/> Lain-lain Others

BUTIRAN PESERTA (PARTICULARS OF PARTICIPANT)

 Nama Name : _____
 Alamat Address : _____

 Pegawai Dihubungi
 Person contact : _____
 Telefon Telephone No : Pejabat Office: _____ Bimbit Mobile No: _____

**BUTIRAN ORANG YANG CEDERA – UNTUK PESERTA BEKELOMPOK SAHAJA
 (DETAIL OF INJURED PERSON OR GROUP PARTICIPATION ONLY)**

 Nama Name : _____
 No K/P Lama Old IC No : _____ No KP Baru New IC No : _____
 Alamat Address : _____
 Pekerjaan Occupation : _____

BUTIRAN KEMALANGAN (DETAILS OF ACCIDENT/INCIDENT)

 Tarikh Kemalangan
 Date of Accident : _____ Waktu Kemalangan
 Time of Accident : _____

 Pagi am
 Petang pm

Tempat Kemalangan Place of Accident : _____

Adakah kemalangan tersebut dilaporkan kepada pihak Polis

Was the accident reported to the Police

 Ya/ Yes

 Tidak/ No

Penerangan ringkas kemalangan (Brief Description of the Accident)

 Adakah sesiapa menyaksikan kemalangan tersebut
 Was there any person who witnessed the accident

 Ya/ Yes

 Tidak/ No

Jika ada sila nyatakan if yes, please state

Nama Name :

Alamat Address :

No Telefon Tel. No :

MAKLUMAT TAMBAHAN (ADDITIONAL INFORMATION)

Sila nyatakan dengan tepat kecederaan yang dialami oleh anda/pihak yang cedera

Please state precisely in injuries sustained by you / the injured person

Butiran Doktor yang memberi rawatan selepas kemalangan Particulars of the attending physician after the accident

Nama Name :

Nama Hospital / Klinik :

Name of Hospital / Clinic :

Alamat Address :

No Tel. Tel No. :

Sila nyatakan tarikh anda / pihak yang cedera mula kembali bekerja selepas kemalangan

Please state the date when you/ the injured person returned to work after the accident

Adakah terdapat sebarang kecatatan pada diri anda / pihak yang cedera sebelum kemalangan ini

Are you / the injured person suffering from any physical disability prior to the accident

Jika "Ya" nyatakan butiran kecatatan tersebut

If "Yes" state the details of the disability

Ya/ Yes Tidak/ No

Adakah anggota yang cedera sekarang pernah tercedera sebelum kemalangan ini

Have the same limb (part of body) ever been injured prior to this accident

Adakah Sijil (jika peserta berkelompok) ini melindungi kesemua kakitangan anda

Are all your staffs under this certificate (if participant is a group)

Berikutnya dengan kemalangan ini adakah anda / pihak yang cedera berhak menerima pampasan/ manfaat dari mana-mana penanggung insuran / pengendali takaful

In respect of this accident are you / the injured person entitled to receive compensation /

Benefits from any Insurers / takaful operator

Jika "Ya" sila nyatakan If "Yes" please state :

Nama Syarikat Insuran

Name of Insurer

No Polisi / Policy No

Adakah anda / pihak yang cedera pernah membuat sebarang tuntutan pampasan berkaitan dengan kecederaan akibat kemalangan dari mana-mana penanggung insuran / pengendali takaful

Have you / the injured person made any claim for compensation in respect of accident injury from any Insurer / Takaful Operator

Jika "Ya" sila nyatakan If "Yes" please state

Nama Name

No Polisi Policy No

Ya/ Yes Tidak/ No

Ya/ Yes Tidak/ No

Ya/ Yes Tidak/ No

Ya/ Yes Tidak/ No

PENGISTIHARAN (DECLARATION)

Bahwasanya saya / kami dengan ini mengistiharkan sepanjang pengetahuan saya / kami bahawa segala penyataan-penyataan yang terkandung di atas adalah benar dan betul dan saya / kami mengaku tidak memalsukan atau memberi penyataan-penyataan yang tidak benar bersabit dengan tuntutan tersebut . Saya / kami juga mengaku tidak menyembunyikan sebarang fakta dan maklumat yang boleh memberi kesan ke atas tuntutan ini.

I/ We hereby declare to the best of my / our knowledge that all the above statements and particulars are true and correct and acknowledge that I / We have not concealed any material facts and information that have effect on this claim

Tandatangan Peserta dan Cop Rasmi Syarikat
Participant's Signature and Company Official Stamp

Tantatangan Penuntut (Jika selain dari Peserta)
Claimant's Signature (if other than Participant)

Tarikh Date

Sila sertakan dokumen-dokumen sokongan yang tersenarai di bawah

Please enclose all relevant documents listed below.



Etiqa Takaful Berhad (266243D)

Level 19, Tower C, Dataran Maybank No 1 Jalan Maarof 59000 Kuala Lumpur.

T +603 2297 3888

F +603 2297 3800

E info@etiqua.com.my

www.etiqua.com.my

Ahli Kumpulan

Claim Dept, Level 14 Tower B Dataran Maybank, No 1 Jalan Maarof 59000 Kuala Lumpur

Tel : 03 -2785 5935 / 03 - 2785 5929 Fax : 03 -2785 5959 / 03 – 2785 5999

LAPORAN PERUBATAN (MEDICAL REPORT)
PERINGATAN PENTING / IMPORTANT NOTICE

1. Laporan ini hendaklah diisi oleh pegawai perubatan yang telah memberi rawatan kepada Peserta
This report shall be completed by the medical officer who has treated the Participant / Claimant.
2. Kos untuk mendapat laporan ini perlu ditanggung oleh Peserta
Cost to obtain this report shall be borne by Participant / Claimant.
3. Peserta yang mengalami hilang upaya keseluruhan sementara kurang dari dua (2) minggu tidak perlu mengisi Borang ini,
Participant / Claimant who has been disabled from the accident for a period less than 2 weeks is not required to furnish this Form

Sila jawab soalan dibawah Please answer the following question :

1. Nama Pesakit Patient's name _____
2. Tarikh Pesakit dirawat kali pertama _____ 3. Tempoh diwadkan (jika berkenaan)
Period of admission (if admitted) _____
3. Apakah kemalangan yang telah mencederakan Pesakit? What was the type of accident which has injured the patient?

4. Adakah Pesakit pernah mendapat rawatan lain dari anda sebelum kemalangan ini?
Have you ever treated this patient before this accident? Tidak/ No Ya / Yes
5. Jika ya sila nyatakan sebab rawatan sebelum ini.
If yes, please state reason/s of the previous treatment _____
6. Apakah kecederaan-kecederaan yang dialami oleh pesakit? What are the injuries suffered by the Patient?

7. Adakah kecederaan di atas disebabkan hanya oleh kemalangan
Are those injuries caused solely by the accident? Tidak/ No Ya / Yes
8. Jika tidak, sila nyatakan punca-punca lain yang menyebabkan/ ada kaitan dengan kecederaan Pesakit
If no, please state other cause/s which has caused/ contributed to the Patient's injuries.

9. Adakah kemalangan yang dialami oleh Pesakit telah disebabkan oleh pengaruh alcohol
Do you have any reason to believe that the accident was caused by alcohol? Tidak/ No Ya / Yes
10. Adakah Pesakit telah menjalani sebarang pembedahan untuk merawat kecederaannya?
Had the patient been treated with any operation for his (current) injuries? Tidak/ No Ya / Yes
11. Adalah pesakit mengalami sebarang kecacatan kekal akibat kecederaannya dalam kemalangan
Is the Patient suffered any permanent disability from this accident? Tidak / No Ya / Yes
12. Jika ya, sila nyatakan kecacatan tersebut dengan terperinci termasuk peratusan keilatan
If yes, please state the disability in details with percentage of disablement

13. Jika tidak, sila nyatakan if no, please state the followings :
 a. Tempoh Pesakit diberikan cuti rehat _____ b. Tarikh Pesakit dijangka pulih sepenuhnya _____
Period of medical leave granted to the patient Expected complete recovery date _____
 Lain-lain catitan yang difikirkan perlu. Other remarks that you may deem as necessary.

PENGAKUAN (DECLARATION)

Adalah saya dengan ini saya mengesahkan bahawa kecederaan yang dialami selari dengan kemalangan yang dinyatakan oleh Pesakit dan saya juga mengaku bahawa berdasarkan pemeriksaan professional dan pengetahuan saya, keterangan-keterangan yang saya berikan di dalam Laporan ini adalah benar dan betul.

I hereby declare that the injuries suffered by the Patient are consistent with the accident disclosed by the Patient and I also declare that based on my professional examination and my knowledge, all the statements given in this report are true and accurate.

 Tandatangan Pegawai Perubatan
 Medical Officer's Signature

Cop Rasmi Official Stamp

Tarikh Date





BORANG ARAHAN PEMBAYARAN PAMPASAN/TUNTUTAN – PELAN TAKAFUL BERKELOMPOK

A. MAKLUMAT PEMEGANG KONTRAK

No Kontrak/ Polisi

GPA :

GTL :

Pemegang Kontrak

:

Nama Penuh Pelajar
Yang Dilindungi/ Simati

:

No Kad Pengenalan

:

Jantina :

Lelaki
Perempuan

B. WARIS/PENERIMA BAYARAN TUNTUTAN/PAMPASAN

Kami, Pemegang Sah Kontrak/Sijil Induk dengan ini membenarkan pembayaran tuntutan dibuat kepada penama berikut selaku Pelajar / Waris Sah Pelajar :-

Nama Penuh Pelajar /
Waris Sah Pelajar

:

No Kad Pengenalan

:

Hubungan Dengan
Pelajar/ Simati

:

Salinan Kad Pengenalan waris dilampirkan

(Jika Pembayaran Tuntutan/Pampasan dibuat kepada waris pelajar)

C. AQAD

Kami (Peserta) sebagai pihak yang berhak ke atas Kontrak/Sijil bernombor seperti di atas yang dikeluarkan oleh Etiqa Takaful Berhad dengan ini menuntut bayar manfaat takaful mengikut syarat-syarat perjanjian yang terkandung di dalam Kontrak/ Sijil tersebut.

Sesungguhnya kami bersetuju bahawa dengan perlaksanaan ini, Etiqa Takaful Berhad tidak lagi mempunyai apa-apa tanggungan ke atas tuntutan yang tersebut di atas dan berhak untuk tidak melayan sebarang tuntutan dari kami atau manapun pihak yang mewakili kami.

Tandatangan dan Cop Pemegang Kontrak

Nama :

Jawatan :

Tarikh :





DIRECT PAYMENT FORM

CONTRACT/POLICY NO. : _____

CONTRACT HOLDER
(University / College) : _____

We hereby confirmed to participate in Direct Payment whereby the claim will be remitted directly to the participant/student or next of kin bank's account

Student's Name : _____

IC No : _____

Payee Name
(Student / Next of Kin) : _____

Bank's Name : _____

Bank's Account No : _____

UNIVERSITY/COLLEGE CONTACT DETAIL

Contact Person : _____
(University/College Officer In-charged)

Contact No : _____

Email Address : _____

Fax No : _____

Authorised Signature : _____

Name : _____

IC No : _____

University/College Chop/Stamp : _____

Kindly provide the claimant (student / next of kin) bank account number duly CTC by the officer in charged of University/College.



**PELAN TAKAFUL BERKELOMPOK PELAJAR-PELAJAR UNIVERSITI/KOLEJ/SEKOLAH
SENARAI SEMAK DOKUMEN BAGI TUJUAN MEMPROSES BAYARAN TUNTUTAN**

Jenis Tuntutan / Skop Perlindungan	Dokumen Diperlukan Semasa Membuat Tuntutan
TUNTUTAN UNTUK KEMATIAN AKIBAT KEMALANGAN 1) Tuntutan Manfaat Kematian dan belanja pengkubuman <u>Termasuk juga :</u> 2) Tuntutan Belanja Perubatan (Jika ada) 3) Tuntutan Manfaat Elaun Wad Hospital (jika ada)	<input type="checkbox"/> Borang Tuntutan Kemalangan <input type="checkbox"/> Salinan Sijil Kematian <input type="checkbox"/> Salinan Permit Penguburan <input type="checkbox"/> Salinan Laporan Polis Dan Laporan "Post Mortem" <input type="checkbox"/> Salinan Kad Pengenalan Simati <input type="checkbox"/> Salinan Lesen Memandu Sah (untuk Pemandu atau Penunggang shj) <input type="checkbox"/> Resit Asal Hospital/Klinik (<i>Jika ada kos rawatan</i>) <input type="checkbox"/> Surat/Nota Pengesahan Masuk Keluar Wad (<i>jika berkenaan</i>) <input type="checkbox"/> Salinan Kad Pengenalan Waris (<i>bagi tujuan bayaran Pampasan</i>) <input type="checkbox"/> Salinan Sijil Beranak Simati (Jika dibayar kepada Ibu/Bapa (<i>Bagi mengesahkan pertalian kekeluargaan</i>) <input type="checkbox"/> Salinan Sijil nikah (jika tuntutan di bayar kepada Suami atau Isteri) (<i>Bagi mengesahkan pertalian kekeluargaan</i>) <input type="checkbox"/> No Akaun Bank Waris Pelajar (Salinan Buku/Penyata Bank diperlukan)
TUNTUTAN UNTUK KEILATAN KEKAL AKIBAT KEMALANGAN 1) Keilatan Kekal Anggota Badan (<i>merujuk kepada jadual manfaat di dalam risalah takaful 2015 dan seterusnya</i>) <u>Termasuk juga :</u> 2) Perbelanjaan Perubatan (Jika ada) 3) Manfaat Elaun Wad Hospital (Jika ada)	<input type="checkbox"/> Borang Tuntutan Kemalangan <input type="checkbox"/> Salinan Laporan Polis <input type="checkbox"/> Laporan Perubatan Dari Doktor Yang Merawat (Rujuk mukasurat 3 borang tuntutan) <input type="checkbox"/> Resit Asal dari Hospital/Klinik (<i>jika ada kos rawatan</i>) <input type="checkbox"/> Salinan Lesen Memandu Sah (<i>Untuk Pemandu atau Penunggang shj.</i>) <input type="checkbox"/> Surat/Nota Pengesahan Masuk Keluar Wad (<i>jika berkenaan</i>), <input type="checkbox"/> Salinan Kad Pengenalan Pelajar atau Waris Pelajar (<i>bagi tujuan bayaran Pampasan</i>) <input type="checkbox"/> No Akaun Bank Pelajar (Salinan Buku Akaun/Penyata Bank diperlukan) Nota : Bagi kes cacat separa kekal anggota badan, 1 gambar Bahagian anggota yang cacat & 1 gambar penuh diperlukan.
Tuntutan Elaun Wad Hospital – Akibat Kemalangan Sahaja (Untuk tuntut elauan wad hospital kerajaan/swasta dan akibat kemalangan sahaja)	<input type="checkbox"/> Borang Tuntutan Kemalangan <input type="checkbox"/> Salinan Laporan Polis <input type="checkbox"/> Laporan Perubatan – (mukasurat 3 "Claim Form") <input type="checkbox"/> Salinan Lesen Memandu Sah (Untuk Pemandu atau Penunggang shj.) <input type="checkbox"/> Surat/Nota Pengesahan Masuk Keluar Wad <input type="checkbox"/> Salinan Kad Pengenalan Pelajar <input type="checkbox"/> No Akaun Bank Pelajar (Salinan Buku/Penyata Bank Diperlukan)
Tuntutan Kos Rawatan Perubatan – Akibat Kemalangan Sahaja (Untuk tuntut kos perubatan hospital kerajaan @ swasta dan klinik) (Tiada manfaat kos perubatan untuk penyakit)	<input type="checkbox"/> Borang Tuntutan Kemalangan <input type="checkbox"/> Salinan Laporan Polis <input type="checkbox"/> Laporan Perubatan – (mukasurat 3 "Claim Form") <input type="checkbox"/> Salinan Lesen Memandu Sah (Untuk Pemandu atau Penunggang shj.) <input type="checkbox"/> Resit Asal Hospital/Klinik <input type="checkbox"/> Salinan Kad Pengenalan Pelajar <input type="checkbox"/> No Akaun Bank Pelajar (Salinan Buku/Penyata Bank Diperlukan)

NOTA-NOTA PENTING :

- Sila guna borang yang betul semasa membuat tuntutan.** Bagi sebarang tuntutan kemalangan, sila guna "BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN" – berwarna kuning sahaja. Pastikan borang ditandatangani/dicop di mukasurat-mukasurat yang ditetapkan.
- Salinan dokumen sokongan seperti sijil mati/permit penguburan dan jika ada salinan dokumen-dokumen lain yang berkaitan hendaklah di "Certified true Copy"/salinan ini diakui sah oleh Pegawai HEP.**
- Bagi tuntutan yang melibatkan kemalangan jalanraya, laporan polis adalah diperlukan. Tetapi bagi kes kemalangan bukan jalanraya, laporan perubatan dari doktor yang merawat adalah diperlukan(rujuk m/s 3 borang tuntutan kemalangan)**
- Jabatan Tuntutan, Etiqa MUNGKIN memerlukan dokumen tambahan bagi kes-kes yang "Complicated" atau tidak jelas punca kematiannya atau tahap kecacatannya. Seperti "Laboratory Analysis"/ Laporan Jabatan Kimia dsb.**

Dokumen tuntutan yang lengkap hendaklah dihantar/dialamatkan ke pejabat Agensi Etiqa Takaful seperti berikut :

Etiqa Takaful Agency Office
 NZ Network Management Services Sdn Bhd
 No 55-1, 1st Floor, Jalan Sulaiman 3
 Taman Putra Sulaiman 68000 Ampang Selangor
 Tel : 03-42703114 / 03-42856140
 Fax : 03-42784970

