

**CLAIM FORM / BORANG TUNTUTAN
CRISIS COVER / PERLINDUNGAN KRISIS**

This form should be returned to the Takaful Operator with the medical report and copies of the test results confirming the diagnosis of the illness. If the Person Covered / Participant is not in a position to complete this form by reason of his illness, the trustee (if any) or any of his immediate family may complete this form on his behalf and forward it to the Company.

The issuance of this form is no way an admission of liability. No claim shall be considered unless the duly completed Confidential Medical Certificate is furnished at your own expense.

Borang ini hendaklah dikembalikan ke Pengendali Takaful bersama dengan laporan perubatan dan salinan keputusan ujian mengesahkan penyakit yang dialami. Sekiranya pemunya sijil tidak dapat mengisi borang ini disebabkan penyakitnya, pemegang amanah (sekiranya ada) atau waris yang terdekat boleh mengisi borang ini bagi pihak pemunya sijil.

Pemberian borang ini tidak bermakna perakuan tanggungan dibawah sijil tersebut. Tuntutan akan hanya diproses apabila Borang Laporan Perubatan yang telah dilengkapi telah dimajukan. Bayaran bagi laporan perubatan adalah diatas tanggungan pemunya sijil.

SECTION A / BAHAGIAN A.

Personal particulars and policy details / *Keterangan peribadi dan butir-butir sijil.*

1. Full nama of Participant / *Nama penuh Peserta.*

IC Number / *No Kad Pengenalan*

2. Full name of Person Covered / *Nama penuh Orang Ddilindungi.*

IC Number / *No Kad Pengenalan*

3. Address of Participant / *Alamat Peserta*

Telephone No./ *No Telefon.*

4. Occupation / *Pekerjaan*

5. Certificate Number of all policies with Prudential BSN Takaful Berhad in respect of which a claim for Crisis Cover is being submitted.
Nombor sijil-sijil dengan Prudential BSN Takaful Berhad dibawah mana tuntutan Krisis dimajukan.

6. Certificate number of all other Certificates with other Takaful Operator covering similar benefits.
Nombor sijil-sijil dengan lain-lain Pengendali Takaful yang mana memberikan perlindungan seumpamanya.

61601011

SECTION B / BAHAGIAN B

Nature of claim and related details / *Butiran tuntutan dan yang bersangkutan dengannya*

1. Please state the nature of the Critical Illness you are claiming for.
Sila nyatakan jenis penyakit kritikal dibawahmana tuntutan ini dimajukan.

--

2. Date when did you first consult a doctor in connection with the above Critical Illness
Tarikh pertamakali anda berjumpa doktor bersangkutan dengan penyakit kritikal ini.

--

3. Have you previously suffered from or received treatment for any illnesses in the past five years?
 If yes, please state:
Adakah anda, dalam tempoh lima tahun yang lepas, menghadapi atau menerima rawatan bagi apa-apa penyakit? Jika ada, sila nyatakan:

Date <i>Tarikh</i>	Nature of Illness <i>Jenis penyakit</i>	Name of Doctor <i>Nama Doktor</i>	Address of Doctor / Hospital <i>Alamat Doktor / Hospital</i>

SECTION C / BAHAGIAN C

Records of Medical Consultations. / *Rekod-rekod Perundingan Perubatan.*

1. Please state the details of all doctors or specialist who have been consulted in connection with your Critical illness.
Sila nyatakan butir-butir Doktor atau Pakar yang telah dilawati bersangkutan dengan penyakit kritikal ini.

Date of consultation. <i>Tarikh rujukan</i>	Name of Doctor / Specialist <i>Nama Doktor / Pakar</i>	Address of Doctor / Specialist. <i>Alamat Doktor / Pakar.</i>

2. If you were treated at a hospital, please supply the following details.
Jika anda telah dirawat di Hospital, sila berikan butir-butir yang berikut.

Name of hospital <i>Nama Hospital</i>	Date Admitted <i>Tarikh masuk</i>	Date Discharged. <i>Tarikh keluar.</i>

SECTION D / BAHAGIAN D.

General / *Am.*

1. Have any of your relatives suffered from a similar or related illness? If yes, please state:
Pernahkah saudara mara anda mengalami penyakit yang sama atau yang bersangkutan dengannya? Jika ia, sila nyatakan:

Relationship of relative <i>Tali persaudaraan</i>	Nature of illness. <i>Jenis penyakit</i>	Date diagnosed. <i>Tarikh menghidapi penyakit.</i>

2. Do you smoke cigarettes? If yes, please state: / *Adakah anda merokok? Jika ya, sila nyatakan:*

Number of sticks smoked per day
Jumlah batang rokok dihisap sehari

How long you have been smoking
Berapa lamakah anda telah merokok?

SECTION E / BAHAGIAN E.

Declaration / *Pengistiharan.*

I the Person Covered hereby declare that all answers given by me in this statement are, in all respects true and complete. I hereby consent to the Prudential BSN Takaful Berhad seeking medical information from any doctor who, at any time, has attended to me concerning anything which affects my physical or mental health or seeking information from any takaful office with which a certificate on my life has been effected and I authorise the giving of such information. I agree that a copy of this authorisation shall be as valid as the original.

Saya/ Kami mengistiharkan bahawa semua jawapan saya dalam penyata ini adalah, dalam semua aspek, benar dan lengkap. Saya dengan ini memberi kebenaran kepada Prudential BSN Takaful Berhad untuk meminta laporan perubatan dari mana-mana doktor yang pada bila-bila masa pernah memberi khidmat kepada saya bersangkutan dengan apa jua yang memberi kesan kepada kesihatan badan atau mental saya atau mencari maklumat dari lain-lain pengendali takaful dengan mana saya mempunyai perlindungan insuran dan membenarkan pemberian maklumat tersebut. Saya bersetuju bahawa salinan kebenaran ini adalah sah sebagaimana salinan asalnya.

Signature of Person Covered (if other than the Participant)
Tandatangan Orang Dilindungi (sekiranya lain dari pemunya sijil).

Date / Tarikh

I/ We desire to effect a claim for the above Critical Illness in accordance with the terms and conditions contained in the policy(ies) thereof and I/We declare that the answers given in this statement by the Person Covered are in all respect true and complete and I/We understand that it shall form the basis of the claim.

Saya / Kami majukan tuntutan dibawah Penyakit Kritikal berdasarkan kepada terma-terma dan syarat-syarat yang terkandung didalam sijil-sijil tersebut dan Saya / Kami mengistiharkan bahawa semua jawapan yang di berikan oleh Orang Dilindungi, dalam kenyataan ini adalah benar dan lengkap dalam semua segi dan Saya / Kami faham bahawa pengistiharan ini merupakan asas tuntutan tersebut.

Signature of Trustee(s) / Assignee(s) - if any
Tandatangan Pemegang Amanah / Penerima Serahhak –jika ada

Signature of Participant.
Tandatangan Peserta.

1.

Name / Nama.

Name / Nama

IC Number / Nombor Kad Pengenalan.

IC Number / Nombor Kad Pengenalan.

Date / Tarikh.

Date / Tarikh.

2.

Name / Nama.

IC Number / Nombor Kad Pengenalan.

Date / Tarikh.