

**TOTAL AND PERMANENT DISABILITY BENEFIT.
KEHILANGUPAYAAN KEKAL DAN SEPENUHNYA.****PERSONAL STATEMENT / KENYATAAN PERSENDIRIAN.**

The issue of this form is in no way an admission of liability.

This form must be completed by the person in respect of whom benefit is being claimed.

Pemberian borang ini tidak bermakna perakuan tanggungan di bawah sijil tersebut.

Borang ini hendaklah di isi oleh orang yang menuntut hilang upayaan.

1. PERSONAL DETAILS / KETERANGAN DIRI

Name of Person Covered.
Nama Orang Dilindungi

Date of birth / *tarikh lahir.*

Address.
Alamat.

Telephone No/ *No telefon*

2. OCCUPATIONAL DETAILS / KETERANGAN PEKERJAAN

i) Occupation / *Pekerjaan.*

ii) Please describe your normal duties in detail / *Sila nyatakan butir-butir tugas anda secara terperinci.*

iii) On what date were you first absent from work?
Tarikh anda mula-mula tidak berkerja.

Have you been able to attend to any part of your occupation since this date? If yes, please give details.
Selepas tarikh ini dapatkah anda melakukan mana-mana bahagian tugas anda? Jika ia, nyatakan.

iv) Please give details of the symptoms of your disability currently preventing a return to work.
Sila jelaskan butir-butir tanda-tanda kehilangupayaan anda yang menyebabkan anda tidak dapat kembali berkerja.

61601012

v) Have you any intention of returning to your occupation? If so, when?
Adakah anda bercadang untuk kembali ke pekerjaan anda? Jika ya, bila?

vi) Have you any intention of seeking alternative employment? If so, when?
Adakah anda bercadang untuk mencari lain pekerjaan? Jika ya, bila?

vii) Are you trained or qualified to perform any other occupation? If yes, please give details.
Adakah anda terlatih atau berkelulusan untuk melakukan pekerjaan lain? Jika ya, jelaskan

viii) Have you or do you intend to, undergo any form of retraining or rehabilitation? If yes, please give details. *Sudahkah anda atau adakah anda bercadang, untuk menjalani latihan semula atau latihan pemulihan? Jika ia, jelaskan.*

3. CLAIM AND RELATED DETAILS / BUTIR-BUTIR TUNTUTAN DAN YANG BERSANGKUTAN DENGANNYA

i) Describe fully the nature and extent of your illness / *Sila nyatakan sifat dan tahap penyakit anda secara terperinci.*

ii) On what date did you first consult a medical practitioner in connection of your illness?
Tarikh anda pertamakali merujuk kepada pengamal perubatan bersangkutan penyakit anda.

Was this your usual Medical Attendant? Yes / No /
Adakah ini Perawat Perubatan kebiasaan anda? Ya / Tidak

iii) What symptom preceded diagnosis of the illness and when?
Apakah tanda-tanda penyakit anda dan bilakah tanda-tanda ini terjadi?

Date/ Tarikh.	Symptoms/ Tanda-tanda.

iv) Have you undergone any test or investigations to confirm the diagnosis? If yes, when?
Adakah anda telah menjalani ujian atau kajian bagi menentukan penyakit anda. Jika ya, bila?

Date/ Tarikh	Type of test/ Jenis ujian.

- v) What treatment have you received and are you currently receiving in connection with your illness?
Apakah jenis rawatan yang telah anda jalani atau sedang menerima bersangkutan dengan penyakit anda?

Date/ Tarikh	Type of treatment/ Jenis rawatan.

- vi) Have you previously suffered from, or received treatment for, similar or related illness? If yes, please give full details.
Adakah anda pernah mengalami atau menerima rawatan bagi penyakit ini atau yang seumpamanya? Jika ya, sila nyatakan butir-butirnya.

Date/ Tarikh.	Type of treatment or sickness/ Jenis rawatan atau penyakit.

4. MEDICAL CONSULTATION / RUNDINGAN PERUBATAN

- i) Name and address of your usual Medical Attendant. / *Nama dan alamat Perawat Perubatan kebiasaan anda.*

Name / Nama.

Address / Alamat.

- ii) Please give details of any doctors or specialists who have been consulted in connection with your illness.
Sila berikan butir-butir doktor atau Pakar yang pernah anda berunding dengan bersangkutan dengan penyakit anda.

Date of consultation / Tarikh	Name / Nama.	Address / Alamat.

- iii) If you were treated at a hospital or similar institution, please supply the following information:
Jika anda di rawat di hospital atau pusat seumpamanya, sila berikan butir yang berikut:

Name of hospital / Nama hospital.	Date of admission / Tarikh masuk	Date of discharge / Tarikh keluar

5. GENERAL / AM

- i) Has any blood relative suffered from a similar or related illness? Yes No
 Adakan darahdaging anda menghidapi penyakit yang seumpamanya? Ya Tidak

If yes, please state / Jika ia, sila nyatakan.

Relationship/ <i>pertalian darah</i>	Nature of illness / <i>Jenis penyakit.</i>	Date of diagnosis / <i>Tarikh penyakit.</i>

- ii) Are you insured for similar benefits with any other Takaful Operator? Yes No
 Adakah anda mempunyai perlindungan takaful dari lain-lain syarikat? Ya Tidak

If yes, please state / Jika ya, sila nyatakan.

Name of insurer / <i>Nama syarikat.</i>	Amount of benefit / <i>Jumlah perlindungan</i>	Date of claim / <i>Tarikh tuntutan.</i>

- iii) Do you smoke cigarettes? Yes No
 Adakah anda perokok? Ya Tidak

If yes, what is your daily consumption? sticks
 Jika ya, berapa batang sehari? batang

For how long have you been smoking? years
 Sudah berapa lamakah anda merokok? tahun.

6. DECLARATION AND CONSENT / PENGISTIHARAN DAN KEBENARAN

I hereby declare that all answers given in this statement are to the best of my knowledge and belief, full, true and complete. I consent to Prudential BSN Takaful Berhad seeking medical / other information from any source and also give consent to the supply of such information. A copy of this authorisation is as valid as the original.

Saya dengan ini mengaku bahawa semua jawapan saya dalam perakuan ini, dalam ingatan dan kepercayaan saya yang terbaik mungkin, adalah penuh, benar dan cukup. Saya memberi kebenaran kepada Prudential BSN Takaful Berhad untuk meminta laporan perubatan / lain-lain laporan dari mana-mana sumber dan juga memberi kebenaran untuk pemberian maklumat tersebut. Satu salinan kebenaran ini adalah sah sebagaimana salinan asalnya

Signature.
Tandatangan.

I/C No.
No K/P

Date / Tarikh.