



تکافل بروني کوارڠي  
Takaful Brunei Keluarga | Family

CLAIM FORM NO: 2011 / DEATH-TPD / 0020

VERIFIED BY:

PARTICULAR	
STUDENT CARE	
SCP	
BFT 41	
MORTGAGE	
FINANCING	
FINANCING PROTECTION PLAN	
DOMESTIC HELPER	
MAWADDAH PLAN	
TAKAFUL CAHAYA MATA	
HAJ & UMRAH	
FAMILY EDUCATION	
WALIMATUL URUS	

**BORANG TUNTUTAN KEMATIAN / KILATAN KEKAL MENYELURUH**  
**DEATH / TOTAL AND PERMANENT DISABILITY CLAIM FORM**

**Peringatan / Reminders**

- Penuntut yang berhak dikenhendaki memberikan maklumat dengan betul dan lengkap bagi mempercepatkan proses tuntutan ini.**  
*The rightful claimant is required to give correct and complete information to expedite the claim processing.*
- Penerima borang ini bukanlah bermakna dengan sendirinya tanggungan akan diakui oleh Takaful Brunei Keluarga Sdn Bhd.**  
*Acceptance of this form does not mean admission of liability by the Takaful Brunei Keluarga Sdn Bhd.*

Claim No: \_\_\_\_\_ Policy No: \_\_\_\_\_ Expiry Date: \_\_\_\_\_

**A. MAKLUMAT PEMEGANG POLISI / POLICYOWNER'S DETAIL**

1. a. Nama Pemegang Polisi / Name of Policy Owner

b. No Kad Pengenalan / Identity Card No: \_\_\_\_\_ c. Warna / Colour \_\_\_\_\_

2. Alamat / Address

3. No Telefon / Telephone No: \_\_\_\_\_

**B. MAKLUMAT PESERTA / SIMATI / PARTICIPANT'S / DECEASED'S PERSONAL DETAILS**

1. Nama Peserta / Simati / Name of Participant / Deceased

2. Alamat / Address

3. Jika kematian, nyatakan tempat & tarikh meninggal dunia. / In case of death, please indicate of place and date

4. No Kad Pengenalan / Identity Card No \_\_\_\_\_ Warna / Colour \_\_\_\_\_

5. Tarikh Lahir / Date Of Birth \_\_\_\_\_ 4. Jantina / Sex \_\_\_\_\_

6. No Telefon / Telephone No \_\_\_\_\_

7. Nama dan Alamat Bank / Address of Bank \_\_\_\_\_

**C. MAKLUMAT KEMATIAN ATAU KILATAN KEKAL MENYELURUH**

**PARTICULAR OF DEATH OR TOTAL AND PERMANENT DISABLEMENT**

(Sila isikan keterangan pada bahagian yang berkaitan sahaja / Please complete the information in the relevant section )

**1. Keterangan mengenai kematian / keilatan kekal menyeluruh akibat dari penyakit.**

*Details of death or total and permanent disability due to illness*

a)	Sebab kematian / Keilatan <i>Cause of death / disability</i>	
b)	Tarikh kematian / keilatan <i>Date of death / disability</i>	
c)	Bilakah penyakit ini mula dikesan? <i>When was the illness first diagnosed?</i>	
	Sila berikan nama dan alamat hospital / klinik yang lengkap <i>Please provide us the name and full address of the hospital / clinic</i>	
d)	Bilakah kali terakhir menerima nasihat doktor untuk penyakit tersebut? <i>When was the last consultation received from the doctor in relation to the illness?</i>	

<b>2. Keterangan mengenai kematian / keilatan kekal menyeluruh yang diakibatkan oleh kemalangan</b>		
<i>Details of death or total and permanent disability due to accident</i>		
a)	Tarikh dan waktu kemalangan berlaku <i>When was the illness first diagnosed</i>	
b)	Tempat berlakunya kemalangan <i>Place where accident happened</i>	
c)	Sila terangkan dengan jelas bagaimana kemalangan berlaku <i>Please explain in detail how the accident occurred</i>	
d)	Sila terangkan dengan terperinci tentang kecederaan yang dialami dan bahagian anggota yang cedera atau hilang <i>Please explain in detail the injuries sustained and parts of the body injured or</i>	
e)	Sila berikan nama dan alamat hospital / klinik yang lengkap <i>Please provide the name and address of the hospital / clinic.</i>	

**D. BUTIR - BUTIR PENUNTUT (UNTUK TUNTUTAN KEMATIAN SAHAJA)**  
*CLAIMANT'S DETAILS (FOR DEATH CLAIM ONLY)*

a) Nama / Name		
b) No Kad Pengenalan <i>Identity Card No</i>		
c) No Telepon <i>Telephone No</i>		
d) Jantina <i>Sex</i>		
e) Hubungan dengan simati <i>Relationship with the deceased</i>		
f) Alamat / Address		

**E. PENGAKUAN OLEH PENUNTUT / DECLARATION BY THE CLAIMANT**

Saya dengan ini membuat perakuan bahawa sepanjang pengetahuan saya kenyataan dan maklumat yang tersebut di atas adalah benar dan saya tidak menyembunyi apa-apa keterangan daripada Takaful Brunei Keluarga Sdn Bhd. Saya dengan ini juga bersetuju mana-mana doktor, orang perseorangan atau pihak yang diberi kuasa membenarkan Takaful Brunei Keluarga Sdn Bhd meminta dan mengambil apa-apa maklumat yang diperlukan bagi mempertimbangkan permohonan saya ini.

I hereby declare that to the best of my knowledge and belief the foregoing particulars and information stated above are true and correct and that I have not concealed any particulars from Takaful Brunei Keluarga Sdn Bhd. I hereby give my consent to any doctor, individuals or authorized party / parties to allow Takaful Brunei Keluarga Sdn Bhd to request and obtain any information deemed necessary in the consideration of my application.

Tandatangan Penuntut / Peserta  
*Signature of Claimant / Participant*

Name / Name: \_\_\_\_\_

NRIC NO / NO KP: \_\_\_\_\_

Date / Tarikh: \_\_\_\_\_