

4. KEMASUKAN HOSPITAL (Untuk dilengkapkan jika kemasukan hospital disebabkan kemalangan atau penyakit)
HOSPITALISATION (To complete if hospitalised due to accident or sickness)

a) Nama Hospital _____
 Name of Hospital _____

Tarikh Masuk _____ Tarikh Keluar _____ No. Kemasukan _____ No. Wad _____
 Date Admitted Date Discharge Admission No. Ward No.

b) Jenis rawatan perubatan yang diberikan _____
 Nature of medical treatment given _____

dan/atau pembedahan yang dijalankan _____
 and/or operation performed _____

Tarikh Pembedahan _____ Pakar Bedah _____ Pakar Bius _____
 Date Performed Surgeon: Anaesthetist

c) Adakah kemungkinan penyakit berulang? _____
 Any possibility of having a relapse?

d) Adakah pesakit hamil ketika dimasukkan ke hospital? _____ Jika ya, berapa bulan? _____
 Was the patient pregnant at the time of hospitalisation? If so, for how many months?

e) Adakah penyakit yang dihidapi berkait secara langsung atau tidak langsung dengan kehamilan? _____
 Was the illness suffered herein direct or indirectly due to pregnancy?

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya telah secara peribadi memeriksa dan merawat pesakit akibat kecederaan/penyakit di atas dan fakta yang diberikan di atas merupakan pandangan saya tentang keadaan beliau.

I hereby certify that I have personally examined and treated the patient for the above injuries/illness and the fact as given above present my opinion of his/her condition.

Tandatangan Pakar Perubatan: _____ Tarikh: _____ Tandatangan Pembuat Tuntutan: _____
 Physician's Signature: Date Claimant's Signature:

Nama: _____ Cop Rasmi Hospital: _____
 Name: Hospital's Official Stamp

No. Telefon: _____
 Telephone No.:

Nota: Untuk tujuan kenalpasti, pesakit harus menandatangani borang ini di depan Pakar Perubatan. Sila lampirkan maklumat lanjut di atas kertas berasingan.

Note: For identity purposes, the patient must sign this form in the presence of the Physician. Please attach further information on a separate sheet of paper.

Sekiranya terdapat kekeliruan, kekaburuan dan konflik dalam pentafsiran mana-mana terma atau syarat kontrak ini, versi Bahasa Inggeris adalah terpakai dan mengatasi versi Bahasa Malaysia.

In the event of discrepancy, ambiguity and conflict in interpreting any term or condition of the contract, the English version shall prevail and supercede the Bahasa Malaysia version.



MAA Takaful

(731996 - H)
 MAA Takaful Berhad, Menara MAA, 15th Floor, No. 12, Jalan Dewan Bahasa, 50460 Kuala Lumpur
 Tel : 03-21468000 Fax : 03-21430033 Call Centre: 1300-888-MAA/622, 03-2146 9999

BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN DAN KEMASUKAN HOSPITAL
ACCIDENT AND HOSPITALISATION CLAIM FORM

Bahagian 1 - Untuk dilengkapkan oleh Orang Yang Dilindungi
Part 1 - To be completed by Person Covered

1. KETERANGAN DIRI/PERSONAL DETAILS

Nombor Sijil _____ No K/P. _____
 Certificate Number I/C No.:

Nama _____ Umur _____ Jantina _____
 Name Age Sex

Alamat Surat-Menyurat _____
 Mailing Address

Pekerjaan _____ Jenis Tugas _____
 Occupation Nature of Duties

Alamat Majikan _____
 Employer's Address

No. Telefon Majikan: _____ No. Telefon Rumah _____
 Employer's Telephone No.: Home Telephone No

2. KEMALANGAN (Untuk dilengkapkan jika kecederaan disebabkan kemalangan)
ACCIDENT (To complete if injuries were caused by accident)

Tarikh _____ Waktu _____ Tempat _____
 Date Time Place

Nyatakan bagaimana ia berlaku _____
 State how it happened

Adakah terdapat insurans/ Takaful semasa yang berkuat kuasa dengan syarikat lain? _____ Ya _____ Tidak _____
 Is there any current insurance/ Takaful inforce with other companies? Yes No

Nama Syarikat Insurans/ Pengendali Takaful _____ No. Polisi/ Sijil _____
 Name of the Insurance Company/Takaful Operator Policy/ Certificate No.

3. PENYAKIT (Untuk dilengkapkan jika kemasukan hospital disebabkan penyakit)
ILLNESS (To complete if hospitalised due to sickness)

Jenis Penyakit _____ Tarikh Mula Mengetahui _____ Tarikh Mula Rawatan _____
 Nature of Illness Date First Aware Date First Treated

Adakah terdapat Doktor lain yang anda rujuk? _____ Ya _____ Tidak _____
 Any other Doctors you referred to? Yes No

Nama Doktor _____ Alamat Penuh _____ Tarikh Rawatan _____
 Name of Doctors Full Address Date Consulted



4. KEMASUKAN HOSPITAL (Untuk dilengkapkan jika kemasukan hospital disebabkan kemalangan atau penyakit)
HOSPITALISATION (To complete if hospitalised due to accident or sickness)

Nama Hospital _____ No. Kemasukan _____ No. Wad _____
Name of Hospital _____ Admission No. _____ Ward No. _____
Nama Doktor _____ Diagnosis Hospital _____ Pembedahan _____
Doctor's Name _____ Hospital Diagnosis _____ Surgery _____
Sila tanda jika anda menjalani X-ray ECG Ujian Darah Pemeriksaan Lain Sila nyatakan _____
Tick if you had _____ Blood tests _____ Other Investigation _____ Please Specify _____

**PENGESAHAN
AUTHORIZATION**

Saya dengan ini membenarkan mana-mana pakar perubatan, hospital, klinik, Pengendali Takaful atau organisasi, institusi atau orang lain, yang memiliki sebarang rekod pengetahuan tentang saya atau kesihatan saya, untuk mengemukakan kepada MAA Takaful Berhad atau wakilnya, sebarang maklumat mengenai saya yang berkenaan dengan kesihatan dan sejarah perubatan saya dan sebarang kemasukan hospital, nasihat, rawatan atau penyakit. Salinan fotostat pengesahan ini adalah berkesan dan sahif sebagai mana salinan asal.

I hereby authorize any physician, hospital, clinic, Takaful Operator or other organisation, institution or person, that has any records of knowledge of me or my health, to disclose to MAA Takaful Berhad or its representative any and all information about me with reference to my health and medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment. A photostat copy of this authorisation shall be as effective and valid as the original.

Tandatangan Saksi _____
Witness' Signature _____

Tandatangan Orang Yang Dilindungi/Pembuat Tuntutan _____
Person Covered/ Claimant's Signature _____

Nama Saksi _____ Tarikh _____
Witness Name _____ Date _____

No. K/P _____
I/C No. _____

Sekiranya Orang Yang Dilindungi tidak berupaya menandatangan borang ini, ia harus dilengkapkan dan ditandatangan oleh saudara terdekat atau orang yang bertanggungjawab ke atas Orang Yang Dilindungi semasa hilang upaya.

In the event of the Person Covered being unable to sign the form, it should be filled up and signed by a near relative or other responsible person in charge of the Person Covered during his disability.

**PERAKUAN RAWATAN PERUBATAN
CERTIFICATE OF MEDICAL ATTENDANT**

Bahagian II - Untuk dilengkapkan oleh Doktor di atas biaya Orang Yang Dilindungi
Part II - To be completed by the Doctor at the Person Covered's expense

1. KETERANGAN DIRI PESAKIT/ PATIENT'S DETAILS

Nama _____ No. K/P. _____ Umur _____
Name _____ I/C No. _____ Age: _____

2. KEMALANGAN (Untuk dilengkapkan jika kecederaan disebabkan kemalangan)
ACCIDENT (To complete if injuries were caused by accident)

a) Tarikh _____ Waktu _____ (pg/ptg) _____ Tempat _____
Date: _____ Time _____ (am/pm) _____ Place _____

b) Punca kecederaan _____
Cause of injury _____

c) Adakah pesakit berada di bawah pengaruh alkohol ketika kemalangan? _____
Was the patient under the influence of alcohol during the accident? _____
Ya Tidak
Yes No

d) Adakah terdapat kecederaan luaran yang nyata akibat daripada kemalangan ini? _____
Were there any external and visible injuries seen as a result of this accident? _____
Ya Tidak
Yes No

e) Sila nyatakan tahap kecederaan (sebarang retak)
Please describe the extent of injuries (any fracture) _____

f) Rawatan yang diberikan termasuk rawatan susulan (seperti bilangan jahitan, fisioterapi, jenis balutan, dsb)
Treatment given including follow-up (such as number of stitches, physiotherapy, type of dressing, etc) _____

Tarikh Date	Waktu (pg/ptg) Time (am/pm)	Rawatan Treatment
_____	_____	_____
_____	_____	_____

g) Dengan mengambil kira pekerjaan beliau sebagai " _____ " berikan pendapat anda tentang jangkama hilang upaya yang dinyatakan di bawah:
Keeping in view of his/her occupation as a " _____ " what do you feel the disability indicated below should be in:

i) Hilang Upaya Keseluruhan Sementara (HUKS), adalah dari _____ hingga _____
Temporary Total Disability (TTD), was from _____ (Hari/Day) (Bulan/Month) (Tahun/Year) until _____ (Hari/Day) (Bulan/Month) (Tahun/Year)

ii) Hilang Upaya Separa Sementara (HUSS), adalah dari _____ hingga _____
Temporary Partial Disability (TPD), was from _____ (Hari/Day) (Bulan/Month) (Tahun/Year) until _____ (Hari/Day) (Bulan/Month) (Tahun/Year)

3. PENYAKIT (Untuk dilengkapkan jika kemasukan hospital adalah disebabkan penyakit)
ILLNESS (To complete if hospitalized due to sickness)

a) Tarikh pesakit mula-mula mendapatkan rawatan anda _____ Apakah simptomnya? _____
The date when the patient first consulted you _____ What were the symptoms? _____

b) Sudah berapa lamakah beliau mengalami simptom tersebut? _____
How long had he/she been experiencing these symptoms? _____

c) Apakah diagnosis anda? _____ Bilakah anda memaklumkan pesakit akan diagnosis tersebut? _____
What was your diagnosis? _____ When did you inform the patient of your diagnosis? _____

d) Adakah pesakit mendapatkan rawatan doktor lain berkenaan simptom tersebut sebelum ini? Jika ada, sila beri keterangan.
Had the patient previously seen any other doctor on account of these symptoms? If so please give details.

e) Adakah pesakit pernah dirawat atau dimasukkan ke hospital ini atau yang lain akibat penyakit ini atau penyakit serius lain?
Had the patient previously been treated or hospitalized in this or any other hospital for this or any other serious disorder?

Tarikh Date	Penyakit Disease/Disorder	Keterangan Rawatan/Kemasukan Hospital Details of Treatment/Hospitalization	Nama Doktor/Hospital Name of Doctor/Hospital
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Sekiranya terdapat kekeliruan, kecaburan dan konflik dalam pentafsiran mana-mana terma atau syarat kontrak ini, versi Bahasa Inggeris adalah terpakai dan mengatasi versi Bahasa Malaysia.

In the event of discrepancy, ambiguity and conflict in interpreting any term or condition of the contract, the English version shall prevail and supersede the Bahasa Malaysia version.