

Sijil Perubatan Tuntutan Kemalangan

NO. AGENSI _____ NO. TUNTUTAN _____

Nota: 1) Pengeluaran borang ini bukan bermakna Pengendali Takaful mengaku tanggungan. Sebarang Tuntutan tidak akan diiktiraf melainkan Sijil Perubatan Ini telah diisi oleh Pengamal Perubatan berdaftar dan diserahkan kepada Pengendali Takaful secepat mungkin.
2) Sijil Perubatan ini hendaklah diperolehi atas perbelanjaan Peserta sendiri.

1. a) Nama pesakit _____
b) No. K/P (Baru) _____ (Lama) _____
c) Tarikh Lahir _____ Jantina _____
d) Perniagaan/Pekerjaan _____
2. a) Tarikh Kemalangan _____ Masa _____ pg/ptg/mlm
b) Punca Kecederaan _____
c) Sila nyatakan dengan jelas butir-butir kecederaan yang dialami oleh pesakit.

d) Sila nyatakan butir-butir rawatan yang diberikan kepada pesakit.

e) Adakah pesakit dimasukkan ke hospital? Jika ya, sila nyatakan tempohnya.

3. a) Adakah anda pengamal perubatan yang biasa merawat pesakit ini? Jika ya, sudah berapa lamakah anda mengenali pesakit dan apakah penyakit atau kecederaan yang pernah anda rawat?

b) Adakah kecederaan yang dialami konsisten dengan kejadian kemalangan yang diterangkan oleh pesakit kepada anda?

c) Adakah pesakit mengalami sebarang penyakit atau masalah fizikal pada masa kemalangan berlaku?

d) Adakah apa-apa sejarah perubatan atau kehilangan upaya sebelumnya yang mungkin menyumbang secara langsung atau tidak langsung kepada kemalangan tersebut atau yang mungkin melambatkan pemulihan pesakit?

e) Adakah anda mempunyai sebarang sebab untuk mengesyaki bahawa pesakit berada di bawah pengaruh bahan-bahan yang memabukkan atau dadah pada masa kemalangan berlaku?

4. a) Apakah keadaan kecederaan pada masa ini? Jika sudah pulih, sila nyatakan tarikh pemulihan.

b) Sila nyatakan tarikh-tarikh anda melawat pesakit dan/atau tarikh-tarikh pesakit datang menemui anda mulai dari tarikh kemalangan.

5. Berlandaskan pekerjaan beliau sebagai _____, apakah pandangan anda tentang hilang upaya yang dinyatakan berikut :

i) Hilang Upaya Keseluruhan Sementara (HUKS),

dari _____ hingga _____
(Hari) (Bulan) (Tahun) (Hari) (Bulan) (Tahun)

ii) Hilang Upaya Separa Sementara (HUSS),

dari _____ hingga _____
(Hari) (Bulan) (Tahun) (Hari) (Bulan) (Tahun)

DENGAN INI SAYA MENGESAHKAN BAHAWA SAYA TELAH MEMERIKSA ORANG YANG DINAMAKAN DI ATAS DAN BAHAWA SEJAUH YANG SAYA KETAHUI DAN PERCAYAI KENYATAAN YANG SAYA BERIKAN DI ATAS ADALAH BENAR.

Tandatangan: _____

Alamat: _____

Tarikh: _____

Kelayakan: _____

Medical Certificate Accident Claim

AGENCY NO. _____ CLAIM NO. _____

Note: 1) The Takaful Operator does not admit liability by the Issue of this form. No Claim will be recognised unless this Medical Certificate is completed by a duly registered Medical Practitioner and forwarded to the Takaful Operator as soon as possible.

2) This medical certificate must be obtained at the Participant's own expense.

1. a) Name of patient _____

b) NRIC No. (New) _____ (Old) _____

c) Date of Birth _____ Sex _____

d) Business/Occupation _____

2. a) Date of Accident _____ Time _____ AM/PM

b) Cause of Injuries _____

c) Please state explicitly of the injuries sustained by the patient.

d) Please state details of treatment given to patient.

e) Is the patient hospitalised? If so, please state the duration.

3. a) Are you the patient's regular medical attendant? If so, how long have you known the patient and for what ailments or injuries have you treated him?

b) Are the injuries sustained consistent with the circumstances of the accident as described to you by the patient?

c) Was the patient suffering from any disease or physical infirmity at the time of accident?

d) Is there any previous medical history or disablement which may have contributed directly or indirectly to the accident or which may likely retard the patient's recovery?

e) Have you any reason to suspect that the patient was under the influence of intoxicants or drugs at the time of accident?

4. a) What is the present condition of the injuries? If recovered, please give date of recovery.

b) Please give dates of your visits to the patient and/or the patient's visit to you as from the date of accident.

5. Keeping in view of his/her occupation as a " _____ ", what do you feel the disability indicated below should be in :

i) Temporary Total Disability (TTD),

was from _____ until _____
(Day) (Month) (Year) (Day) (Month) (Year)

ii) Temporary Partial Disability (TPD),

was from _____ until _____
(Day) (Month) (Year) (Day) (Month) (Year)

I HEREBY CERTIFY EXAMINED THE ABOVE NAMED THAT MY FOREGOING STATEMENT ARE CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF.

Signature: _____

Address: _____

Date: _____

Qualifications: _____