



MAA Takaful

(731556-11)

MAA Takaful Berhad, Menara MAA, 17th Floor, No. 12, Jalan Dewan Bahasa, 50460 Kuala Lumpur
Tel : 03-2146 8000 Fax : 03-2143 0033 Call Centre : 1300-888-MAA/622, 03-2146 9999

NO. AGENSI
AGENCY NO.

NO. TUNTUTAN
CLAIM NO.

SIJIL PERUBATAN TUNTUTAN KEMALANGAN MEDICAL CERTIFICATE ACCIDENT CLAIM

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.
Note: 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) Sijil Perubatan ini hendaklah diperolehi atas perbelanjaan Peserta sendiri.
This medical certificate must be obtained at the Participant's own expense.

1. Nama pesakit _____
Name of patient

- No. K/P (Baru) _____ (Lama) _____
NRIC No. (New) (Old)

- Tarikh Lahir _____ Jantina _____
Date of Birth Sex

- Perniagaan/Pekerjaan _____
Business/ Occupation

2. a) Tarikh Kemalangan _____ Masa _____ pg/ptg/mlm
Date of Accident Time AM/PM

- b) Punca Kecederaan: _____
Cause of Injuries:

- c) Sila nyatakan dengan jelas butir-butir kecederaan yang dialami oleh pesakit.
Please state explicitly of the injuries sustained by the patient.

- d) Sila nyatakan butir-butir rawatan yang diberikan kepada pesakit.
Please state details of treatment given to patient.

- e) Adakah pesakit dimasukkan ke hospital? Jika ya, sila nyatakan tempohnya.
Is the patient hospitalised? If so, please state the duration.

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?
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) Adakah kecederaan yang dialami konsisten dengan kejadian kemalangan yang diterangkan oleh pesakit kepada anda?
Are the injuries sustained consistent with the circumstances of the accident as described to you by the patient?

- c) Adakah pesakit mengalami sebarang penyakit atau masalah fizikal pada masa kemalangan berlaku?
Was the patient suffering from any disease or physical infirmity at the time of accident?

- 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?
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) Adakah anda mempunyai sebarang sebab untuk mengesyaki bahawa pesakit berada di bawah pengaruh bahan-bahan yang memabukkan atau dadah pada masa kemalangan berlaku?
Have you any reason to suspect that the patient was under the influence of intoxicants or drugs at the time of accident?

4. a) Apakah keadaan kecederaan pada masa ini? Jika sudah pulih, sila nyatakan tarikh pemulihan.
What is the present condition of the injures? If recovered, please give date of recovery.

b) Sila nyatakan tarikh-tarikh anda melawat pesakit dan/atau tarikh-tarikh pesakit datang menemui anda mulai dari tarikh kemalangan.
Please give dates of your visits to the patient and/or the patient's visit to you as from the date of accident.

5. Berlandaskan pekerjaan beliau sebagai _____, apakah pandangan anda tentang hilang upaya yang dinyatakan berikut:
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),
Temporary Total Disability (TTD),

dari _____ hingga _____
was from _____ until _____

(Hari)	(Bulan)	(Tahun)	(Hari)	(Bulan)	(Tahun)
(Day)	(Month)	(Year)	(Day)	(Month)	(Year)

ii) Hilang Upaya Separa Sementara (HUSS),
Temporary Partial Disability (TPD),

dari _____ hingga _____
was from _____ until _____

(Hari)	(Bulan)	(Tahun)	(Hari)	(Bulan)	(Tahun)
(Day)	(Month)	(Year)	(Day)	(Month)	(Year)

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

Tandatangan: _____
Signature:

Alamat: _____
Address:

Tarikh: _____
Date:

Kelayakan: _____
Qualifications: