



HEAD OFFICE: Syarikat Takaful Malaysia Am Berhad (1246486-D)
 14th Floor, Annexe Block, Menara Takaful Malaysia
 No. 4, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur
 P.O. Box 11483, 50746 Kuala Lumpur

W takaful-malaysia.com.my
T 1-300 88 252 385
F +603-22740237
E csu@takaful-malaysia.com.my

MOTOR PERSONAL ACCIDENT (MPA) CLAIM FORM

Please (1) Complete this form, (2) Prepare the required documents, and (3) Submit them to our office immediately to expedite the claim process. Thank you.

Certificate No. _____

Vehicle Registration No. _____

A. DETAILS OF CERTIFICATE

Participant's Full Name _____ Email _____
 MyKad No. - -
 Telephone No -
 Correspondence Address _____

B. DETAILS OF CLAIMANT (IF OTHER THAN ABOVE)

(If more than one claimant is submitting a Personal Accident claim, please provide the same information for each claimant in a separate attachment for items B and C)

Full Name _____ MyKad No. - -
 Mobile No. -
 Relationship with the Participant _____

C. ACCIDENT & INJURY DETAILS

Date and Time of Accident	Date:	Location of Accident		
	Time:	Type of Loss/Claim	<input type="checkbox"/> Accidental Death	<input type="checkbox"/> Permanent Disablement
Description of Accident				
Description of Injury Sustained (e.g. body part injured, injury type)				Have you injured the same part before? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
At the time of accident, is the vehicle being used for commercial purpose e.g. UBER/Grab/Rental? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Have you made a claim against any other party in respect of this event? <i>If yes, please provide details</i>	Name of Insurance/Takaful Operator company:			
	Description of claim:			

D. CLAIMANT'S BANK ACCOUNT DETAILS

(Unless specifically requested, all payments will be made to the named Participant under the Certificate. If the Participant is the deceased, kindly provide us with the beneficiary details)

Please provide your bank account details in order for us to expedite your claims payment process by direct credit to your account.

Name (as per bank account) _____
 MyKad No. - -
 Bank Name _____ Account No. _____

E. DECLARATION, AUTHORISATION & CUSTOMER'S DATA PRIVACY NOTICE

[Declaration] I/We hereby declare that the above statements, facts and details are true and accurate, copies of documents are identical with the original one, and that I/We have not withheld from the Company, any information within my/our knowledge connected with the accident. The Company shall be released from any claim or liability whatsoever in reliance upon such statements, facts and details disclosed herein by me/us.

[Authorisation] I/We hereby authorise any physician, nurse, medical staff, hospital, clinic, organization, institution or individual that has any records or knowledge of me /us to disclose all information pertaining to my health/ medical history/claims and to provide copies of all medical records/certifications, including any earlier medical history to the Company in order to process my/our claims. The Company may use the above medical information for any and all purposes pertaining to or arising out of the claim by the undersigned. This authorisation shall remain valid until the above referenced claim has been finalised, but in no event longer than 7 years from the date below. I/We understand that I/We have the right to receive a copy of this authorisation. Photocopies of this authorisation shall be considered as valid as the original.

[Customer's Data Privacy Notice] The Company is committed to protect the personal data submitted by and collected from you. For further details, please refer to our "Data Privacy Notice" published on our website.

Signature of Participant / Claimant: _____ Date: _____
 Name of Participant / Claimant: _____ MyKad No. - -

DOCUMENT REQUIRED FOR CLAIM SETTLEMENT

Below is a list of minimum documents required to process all the claimants' claims. The request is not intended to be all inclusive as the need for any additional documents and/or information may arise in the course of our claim analysis.

Accidental Death:	Certified true copy (CTC) of death certificate, police report, post mortem report, medical report, burial permit, MyKad, driving license (of the person driving the vehicle), Letter of Administration/Distribution Order, proof of relationship of claimant with the deceased (Participant) e.g. birth certificate/ marriage certificate and claimant's MyKad
Permanent Disablement:	CTC of Police report, medical report, photos showing the injury(s), MyKad, driving license (of the person driving the vehicle), proof of relationship of claimant with the Participant e.g. birth certificate/ marriage certificate and claimant's MyKad etc.



IBU PEJABAT: Syarikat Takaful Malaysia Am Berhad (1246486-D)
Tingkat 14, Blok Annexe, Menara Takaful Malaysia
No 4, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur
Peti Surat 11483, 50746 Kuala Lumpur

W takaful-malaysia.com.my
T 1-300 88 252 385
F +603-22740237
E csu@takaful-malaysia.com.my

BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN DIRI (MOTOR)

Sila isikan borang dengan lengkap dan serahkan bersama-sama dengan dokumen-dokumen yang berkaitan secepat mungkin untuk diproses oleh pihak kami. Terima kasih.

No. Sijil _____

No. Pendaftaran Kenderaan _____

A. MAKLUMAT SIJIL

Nama Penuh Peserta _____ Emel _____

No. MyKad - - No. Telefon -

Alamat surat-menyurat _____

B. MAKLUMAT PENUNTUT (SEKIRANYA BERBEZA DARIPADA DI ATAS)

(Sekiranya lebih daripada seorang penuntut membuat tuntutan, sila sertakan maklumat setiap penuntut di lampiran berasingan untuk butiran B dan C)

Nama Penuh _____ No. MyKad - -

No. Telefon - Hubungan dengan Peserta _____

C. MAKLUMAT KEMALANGAN DAN KECEDEeraan

Tarikh dan Waktu Kemalangan	Tarikh	Tempat Kemalangan		
	Masa	Jenis Tuntutan	<input type="checkbox"/> Kemalangan Maut	<input type="checkbox"/> Keilatan Kekal
Butiran kemalangan				
Butiran kecederaan yang dialami (contoh: bahagian badan yang cedera dan jenis kecederaan)			Adakah anda pernah cedera di bahagian badan yang sama sebelum ini?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Semasa kemalangan , adakah kenderaan yang dinaiki digunakan untuk tujuan komersil seperti UBER/Grab/Sewa?			<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Adakah anda membuat tuntutan yang sama terhadap syarikat lain? Jika ya, sila berikan butiran lengkap	Nama syarikat Insurans/Takaful			
	Butiran tuntutan			

D. BUTIRAN AKAUN BANK PENUNTUT

(Semua pembayaran akan dibuat ke atas nama Peserta seperti yang tertakluk di dalam Sijil kecuali dinyatakan nama penerima lain. Sekiranya Peserta meninggal dunia, sila berikan butiran lengkap penerima manfaat)

Sila nyatakan butiran lengkap akaun bank untuk membolehkan kami membayar tuntutan secara terus ke dalam akaun bank anda.

Nama (seperti di dalam akaun bank) _____

No. MyKad - - Nama Bank _____ No. Akaun _____

E. PERAKUAN, KEBENARAN & NOTIS SULIT DATA PENGGUNA

[Perakuan] Bahawasanya dengan ini adalah saya/kami mengesahkan kenyataan, fakta dan maklumat yang terkandung di atas adalah benar dan betul dan salinan dokumen adalah sama seperti salinan asal dan saya/kami tidak memalsukan atau memberikan pernyataan yang tidak benar bagi menyokong tuntutan tersebut. Syarikat akan dilepaskan daripada sebarang tuntutan atau tanggungan sekalipun bergantung kepada kenyataan, fakta dan butiran yang telah dinyatakan di sini oleh saya / kami.

[Kebenaran] Bahawasanya dengan ini, saya/kami membenarkan mana-mana doktor, jururawat, kakitangan perubatan, hospital, klinik, organisasi, institusi atau orang perseorangan lain yang memiliki maklumat atau informasi tentang saya/kami, untuk memberikan sebarang dan semua maklumat berkaitan kesihatan/ sejarah perubatan/ tuntutan dan menyediakan salinan laporan perubatan termasuk sejarah perubatan terdahulu kepada Syarikat untuk memproses tuntutan saya/kami. Syarikat boleh menggunakan maklumat perubatan di atas untuk sebarang dan semua tujuan yang berkaitan dengan atau yang timbul daripada tuntutan oleh yang bertandatangan di bawah ini. Kebenaran ini akan kekal sah sehingga tuntutan dirujuk di atas telah dimuktamadkan, tetapi tidak lebih daripada 7 tahun dari tarikh di bawah. Saya / Kami faham bahawa saya / kami mempunyai hak untuk menerima salinan kebenaran ini. Salinan kebenaran ini hendaklah juga dianggap sebagai sah sepertimana salinan asalnya.

[Data Pengguna] Syarikat komited untuk melindungi data peribadi yang dikemukakan dan diambil daripada anda. Untuk butiran lanjut, sila rujuk kepada "Notis Privasi Data" kami yang diterbitkan di laman web kami.

Tandatangan Peserta/Penuntut: _____ Tarikh: _____

Nama Peserta/Penuntut: _____ No. MyKad - -

DOKUMEN YANG DIPERLUKAN UNTUK PENYELESAIAN TUNTUTAN

Berikut adalah senarai dokumen minimum yang diperlukan untuk memproses semua tuntutan pihak menuntut. Senarai tersebut tidak bermaksud lengkap kerana keperluan untuk sebarang dokumen dan / atau maklumat tambahan mungkin diperlukan dalam proses menyelesaikan tuntutan.

Kemalangan Maut:	Salinan dokumen yang telah disahkan benar seperti asal iaitu salinan sijil kematian, laporan polis, laporan bedah siasat, permit penguburan, MyKad, lesen memandu (sekiranya orang yang tercedera memandu kenderaan bermotor), Surat Tadbir/Perintah Pengedaran, bukti hubungan penuntut dengan Si Mati (Peserta) contoh surat beranak/sijil nikah dan MyKad penuntut dan sebagainya
Keilatan Kekal:	Salinan dokumen yang telah disahkan benar seperti asal iaitu salinan laporan polis, laporan perubatan, gambar yang menunjukkan kecederaan, MyKad, lesen memandu (sekiranya orang yang tercedera memandu kenderaan bermotor), bukti hubungan penuntut dengan Peserta contohnya surat beranak/sijil nikah dan MyKad penuntut dan sebagainya