

**CRITICAL ILLNESS CLAIM FORM**  
**BORANG TUNTUTAN PENYAKIT KRITIKAL**

**Part 1 - To be completed by the Certificate Owner**

**Bahagian 1 - Untuk dilengkapkan oleh Pemilik Sijil**

Certificate No./ No. Sijil	
----------------------------	--

**Note : Submission of Claim Form does not guarantee admission of liability**

*Nota : Penyerahan Borang Tuntutan tidak menjamin penerimaan terhadap tuntutan*

Name of Covered Person/ Nama Orang Dilindungi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NRIC/Passport No./ No. K.P./Passpot: \_\_\_\_\_

Correspondence address / Alamat surat-menyurat: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telephone No./ No. Telefon : Resident / Rumah \_\_\_\_\_

Office/ Pejabat \_\_\_\_\_

Mobile no. / No. telefon bimbit \_\_\_\_\_

Email Address / Alamat Email: \_\_\_\_\_

Nationality / Kewarganegaraan: \_\_\_\_\_

Permanent Residence in Another Country/Penduduk Tetap di Negara Lain:  Yes/Ya  No/Tidak

If YES, please provide / Sekiranya YA, sila berikan:

a) Country Name/ Nama Negara \_\_\_\_\_

b) Address / Alamat \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Are you in United States at the present moment? / Adakah anda berada di Amerika Syarikat ketika ini?  Yes/ Ya  No/ Tidak

If YES, how long will your stay be? / Sekiranya YA, berapa lamakah tempoh menetap anda? \_\_\_\_\_

Occupation of Covered Person

*Pekerjaan Orang Dilindungi*

Name and Address of Employer / *Nama dan Alamat Majikan*

Last date of working/ *Tarikh akhir bekerja*

Employer's Tel. No. / *No. Tel Majikan*

If you are a corporate/company/entity to receive the claim payment, please provide us the following/ *Jika anda adalah syarikat/entiti yang layak untuk menerima pembayaran tuntutan, sila kemukakan butiran berikut:*

Full Name of Company/ *Nama Syarikat:*

Date of Incorporation/ *Tarikh Ditubuhkan:*

Company Address/ *Alamat Syarikat:*

**1. Details of claims and related information/ *Maklumat tuntutan dan perkara yang berkaitan:***

a) Name the Critical Illness you are claiming for/ *Namakan penyakit kritikal yang dituntut.*

---



---

b) Describe the symptoms including date of onset./ *Huraikan gejala/ tanda-tanda penyakit termasuk tarikh mula dialami.*

---



---

c) How long have you been having these signs and symptoms? / *Berapa lamakah anda telah mengalami tanda dan gejala ini?*

---



---

d) The name and address of the doctor you first consulted for this illness. / *Nama dan alamat doktor yang kali pertama anda temui untuk merawat penyakit ini.*

---



---

e) The name and address of your regular doctor / *Nama dan alamat doktor yang biasa merawat anda.*

---



---

## 2. General/Am

a) Have any of your immediate relatives suffered from a similar or related illness?  
*Adakah sesiapa di kalangan keluarga atau saudara terdekat anda mengalami penyakit yang serupa atau penyakit yang berkaitan dengannya?*

Relationship/Hubungan \_\_\_\_\_

b) Are there any other illnesses/ complaints suffered by you, prior to this critical illness? If so, please give full details/ *Adakah anda mengalami masalah kesihatan yang lain selain daripada penyakit kritikal ini? Jika ada, sila berikan maklumat lengkap.*

---



---

c) Are you claiming for similar benefits with any other insurance or takaful company? If so, please state  
*Adakah anda mempunyai tuntutan yang sama dengan syarikat insuran atau takaful lain? Sekiranya ada, sila nyatakan*

Name of Insurer or Takaful Operator  
*Nama syarikat insuran atau takaful*

Amount of benefit  
*Jumlah perlindungan*

Has claim been submitted?  
*Sudahkah tuntutan difailkan?*

---



---



---



---



---



---

## CLAIM SETTLEMENT OPTION/ PILIHAN PEMBAYARAN TUNTUTAN

If you wish for payment of the above claim (if any) to be made to your account, kindly state the details of your bank account in the space prescribed below. Payment made into this bank account (if any) will be deemed to be a receipt in favour of the Takaful Operator and discharges the Takaful Operator from further liability in respect of such payment.

*Jika anda ingin bayaran tuntutan (sekiranya ada) dikreditkan ke dalam akaun anda, sila nyatakan butiran akaun bank di bawah. Pembayaran tuntutan melalui akaun bank ini (sekiranya ada) akan dianggap sebagai tuntutan telah dibayar dan Pengendali Takaful adalah bebas daripada semua tanggungan yang bersabit dengan pembayaran ini.*

Name and Address of Bank: \_\_\_\_\_ Account No.: \_\_\_\_\_  
*Nama dan Alamat Bank: \_\_\_\_\_ No. Akaun: \_\_\_\_\_*

Account Holder Full Name: \_\_\_\_\_  
*Nama Penuh Pemegang Akaun: \_\_\_\_\_*

## CLAIMANT'S DECLARATION

I hereby declare that the information disclosed in this form and in all documents in support of this form is true and complete and that I have not withheld from FWD Takaful Berhad ("Takaful Operator") any information within my knowledge with regard to the loss which would be relevant to the claim. I accordingly understand and agree that the Takaful Operator may reject the claim pursuant to this form and the supporting document(s) if any of the supporting document(s) submitted are incomplete and/or not in order OR the information in the supporting document(s) in support is untrue.

I hereby consent and agree to (a) the Takaful Operator (or any of its appointed service providers) to obtain and process; and (b) any medical practitioner, hospital, medical institution or any person (whether incorporated or not) who has ever attended to the Deceased and has his/her records, and/or the Deceased's health and (c) intermediaries to provide, relevant information and documents required by the Takaful Operator to determine whether to approve any claim in respect of the Deceased arising from the Takaful coverage under the relevant Takaful certificate. I/We further agree that a photocopy of this authorisation will be as effective and valid as the original.

I consent and agree that the Takaful Operator may disclose and process my personal data for purposes as provided for in the Takaful Operator's Notice to Customers relating to the Personal Data Protection Act 2010 ("the Notice"), a copy of which is attached to this claim form or available for download from <http://www.fwd.com.my>.

## PENGAKUAN PENUNTUT

*Saya dengan ini mengaku bahawa maklumat yang didedahkan dalam borang ini dan dalam semua dokumen bagi menyokong borang ini adalah benar dan lengkap dan saya tidak menyembunyikan daripada FWD Takaful Berhad ("Pengendali Takaful") apa-apa maklumat dalam pengetahuan saya adalah relevan kepada tuntutan kematian ini. Saya sewajarnya memahami dan bersetuju bahawa Pengendali Takaful boleh menolak tuntutan ini jikalau borang dan dokumen sokongan adalah tidak lengkap dan/atau tidak teratur ATAU maklumat dalam dokumen sokongan adalah tidak benar.*

*Saya dengan ini membenarkan dan bersetuju untuk (a) Pengendali Takaful (atau mana-mana pembekal perkhidmatan yang dilantik) untuk mendapatkan dan proses; dan (b) mana-mana pengamal perubatan, hospital, institusi perubatan atau mana-mana orang (sama ada diperbadankan atau tidak) yang pernah merawat Si Mati dan mempunyai rekod Si Mati, dan/atau rekod kesihatan Si Mati dan (c) pengantara untuk menyediakan, maklumat dan dokumentasi yang dikehendaki oleh Pengendali Takaful untuk menentukan sama ada untuk meluluskan apa-apa tuntutan berkenaan dengan Si Mati dibawah perlindungan Sijil Takaful yang berkaitan. Saya/Kami bersetuju bahawa salinan kebenaran ini adalah berkuat kuasa dan sah seperti yang asal.*

*Saya membenarkan dan bersetuju bahawa Pengendali Takaful boleh mendedahkan dan memproses data peribadi saya untuk tujuan sebagaimana yang diperuntukkan dalam Notis Pengendali Takaful kepada Pelanggan berkaitan dengan Akta Perlindungan Data peribadi 2010 ("Notis"), satu salinan yang dilampirkan kepada borang tuntutan ini atau boleh dimuat turun dari <http://www.fwd.com.my>.*

## Personal Data Protection Perlindungan Maklumat Peribadi

- I understand and agree that any personal information collected or held by FWD Takaful (whether contained in this application form or otherwise obtained) may be used, processed, disclosed and shared by FWD Takaful to individuals/organisations related to and associated with FWD Takaful or any selected third party (within or outside of Malaysia, including retakaful and claims investigation companies and industry associations/federations) for the purpose of processing this application form and providing subsequent services for this and other financial products and services and to communicate with me for such purposes.  
*Saya memahami dan bersetuju bahawa mana-mana maklumat peribadi yang dikumpulkan atau disimpan oleh FWD Takaful (sama ada terkandung dalam borang permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh digunakan, diproses, didedahkan dan dikongsi oleh FWD Takaful kepada individu/organisasi berhubung atau berkaitan dengan FWD Takaful atau mana-mana pihak ketiga yang terpilih (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk retakaful dan syarikat penyiasatan tuntutan dan persatuan industri/gabungan) bagi tujuan pemprosesan borang permohonan ini dan pemberian perkhidmatan susulan untuk produk ini dan produk dan perkhidmatan lain dan untuk berhubung dengan saya bagi tujuan tersebut.*
- I understand that I have a right to request access to my personal information held by FWD Takaful and to request correction of any personal information which is incorrect or to limit the processing of my personal information. I consent and hereby authorise FWD Takaful to charge a fee for processing and complying with such data access request or correction requests.  
*Saya memahami bahawa saya mempunyai hak untuk mendapatkan akses kepada maklumat peribadi yang disimpan oleh FWD Takaful dan memohon pembetulan mana-mana maklumat peribadi yang salah atau untuk menghadkan pemprosesan maklumat peribadi saya. Saya mengizinkan dan dengan ini memberi kebenaran kepada FWD Takaful untuk mengenakan fi untuk memproseskan dan mematuhi permintaan akses data atau permintaan pembetulan.*
- I further agree that a photocopy of this authorisation will be as effective and valid as the original.  
*Saya, selanjutnya bersetuju bahawa salinan kebenaran ini akan berkuatkuasa dan sah seperti kebenaran yang asal.*
- By submitting this application, I confirm that I have read and agree to the Personal Data Protection Act 2010 Notice set out in the hyperlink: <https://www.fwd.com.my/en/personal-data-protection-notice/>  
*Dengan menyerahkan permohonan ini, saya mengesahkan bahawa saya sudah membaca dan bersetuju dengan Notis Perlindungan Maklumat Peribadi Akta 2010 seperti yang tertera di pautan: <https://www.fwd.com.my/en/personal-data-protection-notice/>*

Signature of Claimant: \_\_\_\_\_  
*Tandatangan Orang yang menuntut*

Signature of Witness: \_\_\_\_\_  
*Tandatangan Saksi*

Full Name/ Nama Penuh: \_\_\_\_\_

Full Name/ Nama Penuh: \_\_\_\_\_

NRIC/ Passport No: \_\_\_\_\_  
*./ No. K.P/ Passport*

NRIC/ Passport No: \_\_\_\_\_  
*./ No. K.P/ Passport*

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

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