

**AUTHORISATION FOR RELEASE OF MEDICAL REPORT
(For Non-Death Claim)**

(Name & Address of Participant)

Telephone No.

****To,**

Subject	Participant	:
	NRIC No.	:
	Certificate No.	:
	Claim No.	:

I,

 acknowledge that I have a Takaful Certificate No.

 with
AmMetLife Takaful Berhad.

I hereby authorize any physician, hospital, clinic, takaful operator, insurance company or other organization, institution or person that has any records or knowledge my health, to disclose to AmMetLife Takaful Berhad or its representative any and all information about my health and medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment.

I shall be obliged if you could let **AmMetLife Takaful Berhad** to have the report as soon as possible.

The photocopy of this authorisation shall be valid as original.

Thank you.

(Signature)

Date :

****To be completed by AmMetLife Takaful Berhad**

**SURAT KEBENARAN MENGELUARKAN LAPORAN PERUBATAN
(UNTUK TUNTUTAN SELAIN KEMATIAN)**

(Nama & Alamat Peserta)

No.Telefon: _____

** Kepada,

Perkara	Peserta	:
	No.Kad Pengenalan	:
	No. Sijil	:
	No. Tuntutan	:

Saya, _____ mengesahkan bahawa saya mempunyai Sijil
Takaful bernombor : _____ dengan AmMetLife Takaful Berhad.

Dengan ini, saya memberi kebenaran kepada doktor, hospital, klinik, pengendali takaful, syarikat insurans atau lain-lain organisasi atau sesiapa yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan mengenai kesihatan saya untuk diserahkan kepada AmMetLife Takaful Berhad atau wakilnya apa apa maklumat berkenaan dengan kesihatan dan rekod rawatan perubatan serta kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan sakit atau penyakit.

Saya berharap pihak tuan dapat menyerahkan laporan yang berkenaan kepada **AmMetLife Takaful Berhad** dengan secepat yang mungkin.

Salinan surat kebenaran ini akan dianggap sah sebagai salinan asal.

Terima kasih.

Tandatangan

Tarikh: _____

** untuk dilengkapi oleh **AmMetLife Takaful Berhad**