

DEATH CLAIM FORM / BORANG TUNTUTAN KEMATIAN

Type of Certificate / Jenis Sijil :

☐ Individual / Individu ☐ Group / Berkelompok

This form is to be completed by the person legally entitled to takaful benefits. /
 Borang ini perlu dilengkapkan oleh pihak yang berhak secara sah ke atas manfaat-manfaat takaful.

Certificate No. / No. Sijil:

A) DETAILS OF DECEASED / BUTIR-BUTIR SI MATI

- Full Name of Deceased / Nama Penuh Si Mati : _____
- Last address of the Deceased / Alamat terakhir Si Mati : _____
- Date of Death / Tarikh Kematian : / /
- Cause of Death / Sebab Kematian : _____
☐ Tick this box if cause of death is unknown. / Tandakan kotak ini jika sebab kematian tidak diketahui.
- Was the deceased married? / Adakah Si Mati telah berkahwin?
☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
- Was the deceased a Muslim at the time of death? / Adakah Si Mati seorang Muslim pada masa kematian?
☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
- Family left by the Deceased / Keluarga yang ditinggalkan oleh Si Mati:
☐ Spouse / Suami / Isteri ☐ Child / Anak ☐ Others. Please specify / Lain-lain. Sila nyatakan: _____
- Does the Deceased has other coverage with other Takaful Operators / Insurance Companies? / Adakah Si Mati mempunyai perlindungan lain dengan Pengendali-pengendali Takaful / Syarikat-syarikat Insurans yang lain?
 If Yes, please provide details / Jika Ya, sila berikan butirannya

Names of Takaful Operator / Insurance Company / Nama Pengendali Takaful / Syarikat Insurans	Certificate / Policy No. / No. Sijil / Polisi	Amount of Benefits / Jumlah Manfaat	Effective Dates / Tarikh Berkuatkuasa
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

B) DETAILS OF DECEASED'S EMPLOYMENT / BUTIR-BUTIR PEKERJAAN SI MATI

- Occupation / Pekerjaan : _____
- Nature of Business / Bidang Perniagaan : _____
- Company / Employer's Name / Nama Syarikat / Majikan : _____
- Company / Employer's Address / Alamat Syarikat / Majikan : _____
- Tel. No. / No. Tel : _____ Fax No. / No. Faks : _____

C) DEATH DUE TO ILLNESS / NATURAL DEATH / KEMATIAN AKIBAT PENYAKIT / KEMATIAN BIASA

- When did the Deceased first complain of or give other indication of his / her last illness? / Bilakah Si Mati pertama kali mengadu atau memberi tanda-tanda lain mengenai penyakit terakhir beliau?

 - When did the Deceased first consult a doctor for his / her last illness? / Bilakah Si Mati pertama kali merujuk kepada doktor untuk penyakit terakhir beliau?

- c) Please state the name and address of the doctors who attended to the Deceased during his / her last illness? /
Sila nyatakan nama dan alamat doktor-doktor yang merawat Si Mati semasa penyakit terakhir beliau?

No.	Name of Doctor / Nama Doktor	Hospital / Clinic Address / Alamat Hospital / Klinik	Date of Consultation / Tarikh Rawatan
1.			
2.			
3.			

2. Name and address of all doctors / hospitals who attended to the Deceased during the last two years prior to death: /
Nama dan alamat kesemua doktor / hospital yang merawat Si Mati dua tahun sebelum kematian:

No.	Name of Doctor / Nama Doktor	Hospital / Clinic Address / Alamat Hospital / Klinik	Date of Consultation / Tarikh Rawatan	Diagnosis / Diagnosis
1.				
2.				
3.				

3. Is there any other medical information or comment which you wish to provide to us? /
Adakah terdapat sebarang maklumat kesihatan lain atau komen yang ingin anda maklumkan kepada kami?

**D) DEATH DUE TO ACCIDENT (Only required to be completed if cause of death was due to an accident) /
KEMATIAN AKIBAT KEMALANGAN (Hanya perlu dilengkapkan jika kematian disebabkan oleh kemalangan)**

1. Date and Time of Accident: /
Tarikh dan Waktu Kemalangan: - - (DD/MM/YYYY) _____ AM/PM / PG/PTG
2. Place of Accident / Tempat Kemalangan: _____
3. Describe in details how the accident happened. / Jelaskan secara terperinci bagaimana kemalangan berlaku.

4. Was the accident reported to the Police? / Adakah kemalangan dilaporkan kepada Polis?

☐ Yes / Ya ☐ No /
Tidak

If yes, please provide a certified true copy of Police report / Jila ya, sila berkan Salinan
Lapora yang disahkan.

5. Was there any Post-Mortem carried out? / Adakah Bedah Siasat dilakukan?

☐ Yes / Ya ☐ No /
Tidak

A Post Mortem report and an Accidental Death Benefits Claims form are required if you are entitled to claim for additional accidentl benefits under the policy. / Laporan Bedah Siasat dan Borang Tuntutan Manfaat Kematian Akibat Kemalangan diperlukan sekiranya anda berhak membuat tuntutan manfaat kematian untuk sijil ini.

**E) WAQF RIDER / BENEFIT (Only required if certificate is attached with waqf rider / waqf benefit) /
MANFAAT TAMBAHAN / FAEDAH WAQAF (Hanya perlu dilengkapkan sekiranya sijil mempunyai manfaat tambahan / faedah wakaf)**

1. Name of waqf body / Nama badan wakaf: _____

*Kindly contact the agent for the active list of Waqf organization / Sila hubungi wakil Takaful anda untuk senarai organisasi Wakaf yang aktif.

F) DETAILS OF CLAIMANT / BUTIR-BUTIR PENUNTUT

1. Name of Claimant /
Nama Penuntut : _____
2. Correspondence Address /
Alamat Surat-Menyurat : _____
3. Tel. No. / No. Tel. : Mobile / Telefon bimbit -
Home / Rumah -
Office / Pejabat -
Fax / Faks -
- E-mail / E-mel : _____

4. What is your relationship with the Deceased? / : _____ Apakah hubungan anda dengan Si Mati? : _____	
G) DECLARATION BY CLAIMANT / PENGAKUAN PIHAK YANG MENUNTUT	
1.	I/We understand and agree that AmMetLife Takaful shall have the right to use my/our data and personal information for the purpose of the Takaful operational process which might include transfer of data and personal information, within or outside Malaysia, to MetLife Group, AmMetLife Takaful's other related companies, subsidiaries and/or its holding companies, outsourcing partners, retakaful operators, solicitors, affiliate companies including their outsourcing partners and to any regulatory bodies, or any relevant foreign tax authority, including any reporting obligations by AmMetLife Takaful, its shareholders or its related/affiliated entities under the United States Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA). I/We can withdraw this permission at any time by notifying AmMetLife Takaful in writing. / Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa AmMetLife Takaful berhak untuk menggunakan data dan maklumat peribadi saya/kami untuk tujuan proses operasi Takaful yang mungkin termasuk pemindahan data dan maklumat peribadi, di dalam atau di luar Malaysia, ke Kumpulan MetLife, lain-lain syarikat berkaitan AmMetLife Takaful, subsidiari dan/atau syarikat pegangan, rakan penyumberan luar, pengendali-pengendali takaful semula, penguamcara, syarikat-syarikat gabungan termasuk rakan penyumberan luar mereka dan kepada sebarang badan pengawal selia, atau mana-mana pihak berkuasa cukai asing yang berkaitan termasuk sebarang keperluan laporan oleh AmMetLife Takaful, pemegang-pemegang saham atau entiti berkaitan/gabungan di bawah Akta Pematuhan Cukai Akaun Asing Amerika Syarikat (FATCA). Saya/Kami boleh menarik semula kebenaran ini pada bila-bila masa dengan memaklumkan secara bertulis kepada AmMetLife Takaful.
2.	I/We understand that I/We have a right to obtain access and to request correction of any data and personal information held by AmMetLife Takaful concerning me/us. Such request can be made via a written request to AmMetLife Takaful. / Saya/Kami memahami bahawa saya/kami berhak untuk mendapatkan akses dan untuk memohon pembetulan sebarang maklumat peribadi dan data yang dipegang oleh AmMetLife Takaful berkenaan saya/kami. Permohonan tersebut boleh dilakukan secara bertulis kepada AmMetLife Takaful.
3.	I/We have read and understood AmMetLife Takaful's Privacy Notice, which is available at AmMetLife Takaful website and branches. / Saya/Kami telah membaca dan memahami Notis Privasi AmMetLife Takaful, yang terdapat di laman web dan cawangan-cawangan AmMetLife Takaful.
4.	I/We understand that AmMetLife Takaful will deduct any withholding required by FATCA. / Saya/Kami memahami bahawa AmMetLife Takaful akan memotong sebarang penyekatan yang diperlukan oleh FATCA.
5.	I/We further understand that AmMetLife Takaful reserves the right, within its sole discretion, to cancel the Certificate in the event that appropriate documentation of my/our US ¹ or non-US status for purposes of FATCA is not timely provided to AmMetLife Takaful. In particular, in the event that applicable laws or regulations of Malaysia would prohibit withholding on payments to the Certificate or prohibit the reporting of the Certificate, and no waiver of such local law is obtained, AmMetLife Takaful reserves the right to terminate the Certificate. / Saya/Kami juga memahami bahawa AmMetLife Takaful berhak, menurut budi bicara, untuk membatalkan sijil tersebut sekiranya dokumen-dokumen daripada saya/kami yang diperlukan berkenaan dengan status AS ² atau bukan AS untuk tujuan FATCA tidak diserahkan dalam masa yang ditetapkan kepada AmMetLife Takaful. Khususnya, sekiranya undang-undang atau peraturan-peraturan Malaysia yang berkaitan akan menghalang sekatan pembayaran kepada Sijil atau menghalang laporan kepada Sijil tersebut dan tiada pelepasan yang diterima daripada undang-undang tempatan tersebut, AmMetLife Takaful berhak untuk menutup Sijil tersebut.
6.	I/We further understand that AmMetLife Takaful shall not pay the takaful benefits if the event of claim is due or arisen from any of the events prescribed under the exclusion clause in Takaful Certificate and other reasons prohibited by Shariah principles. / Saya/Kami juga bersetuju bahawa AmMetLife Takaful tidak akan membayar manfaat-manfaat takaful jika tuntutan disebabkan oleh mana-mana perkara yang ditetapkan di bawah klausa pengecualian dalam Sijil Takaful dan alasan-alasan lain yang tidak dibenarkan oleh prinsip-prinsip Syariah.
7.	I/We understand that it is my duty to inform AmMetLife Takaful under in the event of any change to my citizenship(s) or any other information relating to US Indicia during the life time of the certificate issued under this proposal. Saya/Kami faham bahawa adalah menjadi tanggungjawab kami untuk memaklumkan kepada AmMetLife Takaful sekiranya terdapat apa-apa perubahan kepada kerakyatan saya/kami atau terdapat apa-apa maklumat berkenaan United State Indicia semasa tempoh sijil yang dikeluarkan.
8.	I/We declare that the information given to the AmMetLife Takaful is true and complete to the best of my/our knowledge. I/We understand that AmMetLife Takaful will not be deemed to have admitted the liability of the claim by submitting this form and investigating or accepting evidence of my/our claim. / Saya/Kami mengaku bahawa maklumat yang diberikan kepada AmMetLife Takaful adalah benar dan lengkap sepanjang pengetahuan saya/kami. Saya/Kami faham bahawa AmMetLife Takaful tidak akan dianggap sebagai telah menerima liabiliti tuntutan dengan penyerahan borang ini dan menyiasat atau menerima bukti tuntutan saya/kami.
Signature of Claimant / Tandatangan Penuntut Name / Nama : _____ IC No. / No. K.P : _____ Date / Tarikh : _____ Signature of Witness / Tandatangan Saksi Name / Nama : _____ IC No. / No. K.P : _____ Date / Tarikh : _____ Note: The witness must be at least 18 years of age and cannot be a named nominee / Nota: Saksi mestilah berumur 18 tahun ke atas dan tidak boleh menjadi penama yang telah dilantik.	
NOTE / NOTA MetLife is a multinational organisation and as such, MetLife and AmMetLife Takaful Berhad (AmMetLife Takaful) as its associates are subject to the restrictions imposed by economic and trade sanctions programs in the United States as well as other countries where MetLife conducts business. Therefore, MetLife may not engage in any transactions, or pay claims that would violate any applicable trade or economic sanctions. AmMetLife Takaful shall not be deemed to provide coverage and AmMetLife Takaful shall not be liable to pay any claim or provide any Benefit to the extent that the provision of such Benefit would expose AmMetLife Takaful to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United Kingdom or United States of America or any applicable laws. The Certificate will be deemed null and void should a party be subject to any aforementioned sanction or restriction at Certificate issuance. / MetLife merupakan sebuah organisasi multinasional, oleh itu MetLife dan AmMetLife Takaful Berhad (AmMetLife Takaful) sebagai sekutunya tertakluk kepada sekatan yang dikenakan oleh program sekatan ekonomi dan perdagangan di Amerika Syarikat dan negara-negara lain di mana MetLife menjalankan perniagaannya. Oleh itu, MetLife tidak akan terlibat dalam sebarang transaksi, atau membayar tuntutan yang akan melanggar sebarang sekatan perdagangan atau ekonomi yang berkaitan. AmMetLife Takaful tidak akan tertakluk untuk memberi perlindungan dan AmMetLife Takaful tidak akan bertanggungjawab untuk membayar sebarang tuntutan atau memberikan sebarang manfaat sekiranya peruntukan manfaat itu akan mendedahkan AmMetLife Takaful kepada sebarang sekatan, larangan atau sekatan di bawah resolusi Bangsa-Bangsa Bersatu atau sekatan perdagangan atau ekonomi, undang-undang atau peraturan-peraturan Kesatuan Eropah, United Kingdom atau Amerika Syarikat atau sebarang undang-undang yang berkenaan. Sijil ini akan dianggap terbatal dan tidak sah sekiranya satu pihak tertakluk kepada sebarang sekatan-sekatan yang disebutkan ketika pengeluaran Sijil	

H) DIRECT CREDITING / KREDIT TERUS (To be completed by Claimant / Untuk dilengkap oleh pihak yang menuntut)

Please complete the rest of the boxes if more than 1 claimant./ Sila lengkapkan kotak yang lain jika ada lebih dari seorang pihak yang menuntut)

Item / Perkara	Claimant 1 / Penuntut 1	Claimant 2 / Penuntut 2	Claimant 3 / Penuntut 3	Claimant 4 / Penuntut 4	Claimant 5 / Penuntut 5
Name / Nama					
IC No. / No. KP					
Tel No. / No. Tel					
Address / Alamat					
Occupation / Pekerjaan					
Country of Birth / Negara Kelahiran					
Do you have US address? If yes, please provide / Ada alamat di US? (Jika ada, sila nyatakan.)	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
Country of Incorporation (if certificate owner is a Company / Negara berkuatkuasa (Jika pemegang sijil ialah Syarikat)					
Are you a citizen of the United States of America?/ Adakah anda warganegara Amerika?	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
List of Countries of citizenship (if applicable) / Senarai kewarganegaraan Negara ((Jika ada)					
Industry/ Industri					
Company/Employer's Name / Nama Syarikat/Majikan					
Company / Employer's address / Alamat Syarikat / Majikan					
Purpose of Certificate / Tujuan Sijil	☐ Personal / Peribadi ☐ Business / Perniagaan	☐ Personal / Peribadi ☐ Business / Perniagaan	☐ Personal / Peribadi ☐ Business / Perniagaan	☐ Personal / Peribadi ☐ Business / Perniagaan	☐ Personal / Peribadi ☐ Business / Perniagaan

Note: Please enclose a copy of the first page of your bank passbook (savings account/joint account) or account statement (for current account). /
Nota: Sila sertakan salinan muka surat pertama buku bank anda (akaun simpanan/akaun bersama) atau penyata akaun (untuk akaun semasa).

Bank Name / Nama Bank					
Account Type / Jenis Akaun (Please tick one / Sila tanda satu)	☐ Saving / Simpanan ☐ Current / Semasa ☐ Joint / Bersama	☐ Saving / Simpanan ☐ Current / Semasa ☐ Joint / Bersama	☐ Saving / Simpanan ☐ Current / Semasa ☐ Joint / Bersama	☐ Saving / Simpanan ☐ Current / Semasa ☐ Joint / Bersama	☐ Saving / Simpanan ☐ Current / Semasa ☐ Joint / Bersama
Bank Account No. / No. Akaun Bank					
Certificate No. 1 / Sijil Pertama					
Certificate No. 2 / Sijil Kedua					
Certificate No. 3 / Sijil Ketiga					

Declaration / Pengakuan

I/We authorise AmMetLife Takaful to credit benefit payouts or refund of contribution into my/our bank account as stated above and hereby agree to fully indemnify AmMetLife Takaful and ensure AmMetLife Takaful fully indemnified against all costs, losses, damages or expenses whatsoever that AmMetLife Takaful may incurred from and against all actions, proceedings, claims and demands taken or made against AmMetLife Takaful as a result of the benefit payouts for the said Certificate(s) in this form. / Saya/Kami membenarkan AmMetLife Takaful untuk mengkreditkan pembayaran manfaat atau pemulangan sumbangan ke dalam akaun bank saya/kami seperti yang dinyatakan di atas dan bersetuju tanpa syarat untuk membayar ganti rugi dan memastikan AmMetLife Takaful dibayar ganti rugi sepenuhnya bagi semua kos, kerugian, kerosakan atau perbelanjaan yang mungkin ditanggung oleh AmMetLife Takaful dan terhadap segala tindakan, prosiding, tuntutan dan permintaan yang diambil atau dibuat terhadap AmMetLife Takaful akibat daripada pembayaran manfaat untuk Sijil(-sijil) yang tersebut di dalam borang ini.

I/We shall accept full responsibility for this authorisation and shall keep AmMetLife Takaful indemnified against all claims, expenses etc arising from this authorization and I/we give AmMetLife Takaful a full discharge from all liability for the above said matter. / Saya/Kami akan bertanggungjawab sepenuhnya ke atas kerugian yang ditanggung oleh AmMetLife Takaful terhadap semua tuntutan, perbelanjaan dan lain-lain yang timbul akibat daripada kebenaran ini dan saya/kami memberi pelepasan kepada AmMetLife Takaful daripada semua liabiliti bagi perkara yang disebut di atas.

Signature of Claimant / Tandatangan Penuntut					
Email / Email					
Date / Tarikh					

I) FATCA Assessment / Penilaian FATCA / (For office use only / Untuk kegunaan pejabat sahaja)**A. Officer's Review of the Account – In Scope for FATCA / Penilaian Pegawai bagi Akaun – Dalam Skop FATCA**

1. Is the applicant's product in scope for FATCA? (refer to the In-Scope FATCA Product Listing) /
Adakah produk pemohon dalam skop untuk FATCA? (rujuk kepada Skop dalam Senarai Produk FATCA)
- ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
2. Does the Cash Value of the account exceed USD 50,000? (Conversion of MYR to USD must be based on exchange rate as at date of review) / Adakah Nilai Tunai akaun melebihi USD 50,000? (Penukaran MYR kepada USD mestilah berdasarkan kadar pertukaran pada tarikh penilaian)
- ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
- Is the Account In Scope for FATCA? (Answer 'Yes' if 'Yes' to both of the above) /
Adakah Akaun Dalam Skop FATCA? (Jawab 'Ya' jika 'Ya' kepada kedua-dua di atas)
- ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak

B. Officer's Declaration and Acknowledgement / Pengisytiharan dan Pengakuan Pegawai

I declare that the required assessment has been performed for the customer(s) listed above; and that the information provided is true, correct and updated. / Saya mengaku bahawa penilaian yang diperlukan telah dijalankan untuk pelanggan yang tersenarai di atas; dan bahawa maklumat yang diberikan adalah benar, betul dan dikemaskini.

Officer's Name /
Nama Pegawai : _____

Officer's Signature /
Tandatangan Pegawai : _____

Officer's ID /
ID Pegawai : _____

Date / Tarikh : _____

J) FOR CUSTOMER SERVICE / BRANCH USE ONLY / UNTUK KEGUNAAN PERKHIDMATAN PELANGGAN / CAWANGAN SAHAJA

Checklist of documents to be submitted / Senarai dokumen yang perlu diserahkan:

- | | |
|---|--|
| ☐ Death Claim Form /
Borang Tuntutan Kematian | ☐ Identification Card of Named Nominee(s)/Claimant – Certified True Copy / Salinan Kad Pengenalan Penama / Penuntut yang disahkan |
| ☐ Doctor's Statement /
Kenyataan Doktor | ☐ Copy of Identification Card of the Deceased /
Salinan Kad Pengenalan Si Mati |
| ☐ Authorisation for Release of Medical Report /
Surat kebenaran untuk mengeluarkan laporan perubatan | ☐ Post Mortem Report – Certified True Copy /
Salinan Laporan Bedah Siasat yang disahkan |
| ☐ Death Certificate - Certified True Copy /
Salinan Sijil Kematian yang Disahkan | ☐ Police Report (For accidental death) /
Laporan Polis (Untuk kematian akibat kemalangan) |
| ☐ Proof of Claimant's relationship to Deceased /
Bukti hubungan Penuntut dengan Si Mati | ☐ Newspaper Cutting (For accidental death) (if any) /
Keratan Akhbar (Untuk kematian akibat kemalangan) (jika ada) |
| ☐ Original Takaful Certificate / Statutory Declaration for Lost of
Certificate (Not applicable to Reducing Term Takaful Plan) /
Sijil Takaful Asal / Akaun Kehilangan Sijil (Tidak digunapakai
kepada Pelan Berkaitan Kredit) | ☐ Hospital / Clinic Appointment Card /
Kad Temujanji Hospital / Klinik |

Application Through / Permohonan melalui

☐ Walk-in Claimant / Pihak yang datang Menuntut

☐ Agent / Ejen

☐ Post / Pos

Staff's Signature /
Tandatangan Kakitangan : _____

Name / Nama : _____

Date / Tarikh : _____