



MAA Takaful Berhad, Menara MAA, 15th Floor, 12, Jalan Dewan Bahasa, 50460 Kuala Lumpur.
Tel: 03-2146 8000 Fax: 03-2143 0033 Call Centre: 1-300-88-MAA/622, 2146 9999

Family Claims Management
15th Floor Menara MAA,
12, Jalan Dewan Bahasa,
50460 Kuala Lumpur

Tel : 03-2146 8000
Fax : 03-2143 0033

Kepada Sesiapa Yang Berkenaan
To whom it may concern

Tuan/Puan,
Sir/Madam,

KEBENARAN UNTUK MENGELUARKAN LAPORAN PERUBATAN / CONSENT ON RELEASE OF MEDICAL REPORT

Saya, _____, No K/P _____ yang beralamat di
I, _____ I/C No _____ of

dengan ini memberi kuasa kepada **MAA Takaful Berhad** untuk mendapatkan laporan perubatan/pembedahan mayat dari pihak hospital tuan ke atas
*hereby authorise **MAA Takaful Berhad** to obtain a medical report / post mortem report from your hospital on*

_____ No KP _____
I/C No _____

yang akan digunakan untuk tuntutan Takaful.
that is required in connection with a Takaful claim.

Dengan ini saya juga melepaskan pihak Hospital/Klinik dan kakitangannya daripada sebarang tanggungjawab dan tanggung undang-undang yang mungkin berbangkit daripada pengeluaran maklumat perubatan ini.
With this I release the said hospital/clinic and its staff from all legal responsibilities and liabilities that may arise from the act hereby authorized.

No Pendaftaran : _____
Admission No

No Wad : _____
Ward No

Tarikh Rawatan : _____
Date of Consultation

Terima kasih/*Thank you*
Yang benar/*Your truly,*

(Tandatangan / Cap ibu jari)
(*Signature / Thumb Print*)

Pertalian dengan pesakit / simati : _____
Relationship with patient / deceased

Disaksi oleh / *Witnessed by* : _____

Tandatangan / *Signature* : _____

Nama / *Name* : _____

No K/P / *IC No* : _____