

No Ruj. Tuntutan :

Tarikh :

KEPADA SESIAPA YANG BERKENAAN

Tuan/Puan

SURAT KEBENARAN UNTUK MENGELUARKAN LAPORAN PERUBATAN

Saya, _____ No K/P _____

beralamat di _____

dengan ini memberi kuasa kepada **MAA Takaful Bhd** untuk mendapatkan laporan atau maklumat tentang saya/ Peserta atau laporan kesihatan tentang saya/ Peserta daripada ahli perubatan, hospital, klinik, Pengendali Takaful/Syarikat Insurans, Organisasi Lain, Institusi atau Individu lain. Maklumat yang diberikan akan digunakan untuk tuntutan Takaful .

Dengan ini saya juga melepaskan pihak ahli perubatan, hospital, klinik, Pengendali Takaful/ Syarikat Insurans, Organisasi Lain, Institusi atau Individu lain dan kakitangannya daripada sebarang tanggungjawab dan tanggungan undang-undang yang mungkin berbangkit daripada pengeluaran maklumat perubatan ini.

Terima kasih

Yang benar,

(Tandatangan / Cap ibujari)

(.....)

Disaksikan oleh : -

Tandatangan :

Nama : _____

No K/P : _____

Our Claim Ref:

Date:

TO WHOM IT MAY CONCERN

Dear Sir/Madam

CONSENT ON RELEASE OF INFORMATION

I, _____ with NRIC No. _____
address at _____

hereby authorize **MAA Takaful Bhd** to obtain any records or knowledge of me/ participant or my/our health information from any physician, hospital, clinic, Takaful Operator/ Insurance Company or other organization, institution or person. The said information is required in connection with a Takaful claim.

With this I release the said physician, hospital, clinic, Takaful Operator/ Insurance Company or other organization, institution or person and its staff from all legal responsibilities and liabilities that may arise from the act hereby authorized.

Thank you.

Yours faithfully

(Signature / Thumb Print)

(.....)

Witnessed by :-

Signature :

Name : _____

NRIC No. : _____