



Zurich Takaful Malaysia Berhad

Registration No. 200601012246 (731996-H)
Level 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia
Tel: 03-2109 6000 Fax: 03-2109 6888 Call Centre: 1-300-888-622

Family Claims & Medical Services
Level 23A, Mercu 3, No 3, Jalan Bangsar, KL eco City,
59200 Kuala Lumpur.

Tel: 03-6287 6666
Fax: 03-6259 0088

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, _____, NoK/P _____ yang beralamat di
I, _____ I/C _____ of _____

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

_____ No K/P _____
I/C _____

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 KIP / IC No : _____