

**CLAIM FORM FOR OUTPATIENT CLINICAL
BORANG TUNTUTAN UNTUK RAWATAN PESAKIT LUAR**



Important Notes / Nota Penting

- One form is applicable for one visit only.
Satu borang hanya terpakai untuk satu lawatan sahaja.
- Provide copy of Identity Card (NRIC) / Passport of Claimant / Person Covered.
Sertakan salinan Kad Pengenalan (KP) / Pasport Penuntut / Orang yang Dilindungi.
- Supporting documents required: Original Receipt (s) and Invoice (s), Copy of Investigation Report [Lab / Imaging / Procedure Performed (if any)].
Dokumen yang diperlukan: Salinan asal resit dan invoice, Salinan Laporan Penyiasatan [Makmal / Pengimejan / Prosedur Dilakukan (jika ada)].

SECTION A. TO BE COMPLETED BY EMPLOYEE UNTUK DIISI OLEH PEKERJA

i. Particular of Employee *Butiran Pekerja*

Company Name <i>Nama Majikan</i>		Certificate No. <i>No. Sijil</i>
Name of Employee <i>Nama Pekerja</i>	NRIC / Passport No. <i>No. KP / Pasport</i>	Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i>
Occupation <i>Pekerjaan</i>	Date of Employment <i>Tarikh Bekerja</i>	Gender <i>Jantina</i> <input type="checkbox"/> Male <i>Lelaki</i> <input type="checkbox"/> Female <i>Perempuan</i>
Address <i>Alamat</i>		Telephone No. <i>No. Telefon</i>

ii. Details of Patient *Butiran Pesakit*

Name of Patient <i>Nama Pesakit</i>	NRIC / Passport No. <i>No. KP / Pasport</i>	Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i>
Relationship <i>Hubungan</i> <input type="checkbox"/> Self <i>Sendiri</i> <input type="checkbox"/> Child <i>Anak</i> <input type="checkbox"/> Spouse <i>Pasangan</i>	Gender <i>Jantina</i> <input type="checkbox"/> Male <i>Lelaki</i> <input type="checkbox"/> Female <i>Perempuan</i>	

iii. Details of Illness / Injury *Maklumat Penyakit / Kecederaan*

Time of visit <i>Masa rawatan</i>	Treatment Date <i>Tarikh Rawatan</i>	Clinic / Hospital Name <i>Nama Klinik / Hospital</i>	
Type of claim <i>Jenis Tuntutan</i>	<input type="checkbox"/> General Practitioner (GP) <i>Pengamal Umum</i>	Follow up visit <i>Rawatan Lanjutan?</i>	
	<input type="checkbox"/> Specialist (SP) (Please attach referral) <i>Pakar (Sila sertakan surat rujukan)</i>	If Yes, is it related to: <i>Jika Ya, adakah berkaitan dengan:</i>	
		<input type="checkbox"/> Specialist Care <i>Rawatan Pakar</i>	<input type="checkbox"/> Hospitalisation <i>Kemasukan Hospital</i>
		Date of Last admission: <i>Tarikh terakhir kemasukan hospital</i> _____	
Do you sought treatment at non panel clinic/hospital? <i>Adakah anda menerima rawatan di klinik/hospital Non Panel?</i>		<input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>
Reason for seeking treatment at Non Panel Clinic/ Specialist <i>Alasan mendapatkan rawatan di klinik/ Hospital non panel</i>			
Diagnosis <i>Diagnos</i>	<input type="checkbox"/> Diarrhoea / Vomiting <i>Cirit Birit/ Muntah</i>	<input type="checkbox"/> Hypertension <i>Tekanan darah tinggi</i>	
	<input type="checkbox"/> Asthma <i>Leleh</i>	<input type="checkbox"/> Accident Injuries, Cuts <i>Luka</i>	
	<input type="checkbox"/> Backache, Joint pains <i>Sakit belakang, sakit sendi</i>	<input type="checkbox"/> Pregnancy, Obstetric <i>Kehamilan, obsterterik</i>	
	<input type="checkbox"/> Burns & Scalds <i>Terbakar & melecur</i>	<input type="checkbox"/> Antenatal, Postnatal <i>Penjagaan sebelum atau selepas bersalin</i>	
	<input type="checkbox"/> Ear, Eye infection <i>Jangkitan telinga, mata</i>	<input type="checkbox"/> URTI, Flu, Sore Throat <i>URTI, selsema, sakit kerongkong</i>	
	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <i>Kencing manis</i>	<input type="checkbox"/> Viral fever <i>Demam virus</i>	
	<input type="checkbox"/> Gynecology problems <i>Sakit puan</i>	<input type="checkbox"/> Immunization <i>Imunisasi</i>	
	<input type="checkbox"/> Gastritis <i>Gastrik</i>	<input type="checkbox"/> Tonsillitis/ Pharyngitis <i>Tonsil / radang farinks</i>	
	<input type="checkbox"/> Headache, Migraine <i>Sakit kepala, Migrain</i>	<input type="checkbox"/> Dental (Service rendered) <i>Pergajian (Rawatan yang dijalankan)</i>	
	<input type="checkbox"/> Dermatitis, Skin problems <i>Masalah kulit</i>	<input type="checkbox"/> Others (please specify) <i>Lain-lain (sila nyatakan)</i>	
	<input type="checkbox"/> Heart Disease <i>Sakit Jantung</i>		
Medication given <i>Ubatan</i>	Day(s) of medical leave <i>Cuti sakit</i>		
Procedure <i>Prosedur</i>	Amount of medical bill (Please attach original receipt) (RM) <i>Amaun yang dicajkan (Sila sertakan resit asal) (RM)</i>		

CLM-GOPRCLM-V00-012020

Great Eastern Takaful Berhad (916257-H)

Head Office: Menara Great Eastern 303 Jalan Ampang 50450 Kuala Lumpur
Telephone: +603 4259 8338 Fax: +603 4259 8808 Customer Service Careline: 1 300 13 8338
E-mail: i-greatcare@greatasterntakaful.com Website: www.greatasterntakaful.com

SECTION B. DIRECT CREDIT FACILITY KEMUDAHAN KREDIT LANGSUNG**Important Penting**

- By signing this form, you confirm that you have read, understood and agree to the authorisations and declarations printed herein.
Dengan menandatangani borang ini, anda mengesahkan bahawa anda telah membaca, memahami dan bersetuju dengan pengesahan dan pengisytiharan yang dicetak pada muka surat ini.
- This Direct Credit facility is only available for direct credit to accounts maintained in banks participating in the Interbank Giro (IBG) payment system in Malaysia. In relation to a Payee* who is a minor, payments shall only be made to accounts maintained by the parent or lawful guardian.
*Kemudahan Kredit Langsung ini hanya tersedia untuk kredit langsung kepada akaun yang dikendalikan oleh bank yang menyertai sistem pembayaran Interbank Giro (IBG) di Malaysia. Berhubung dengan *Penerima Pembayaran bawah umur, bayaran hanya akan dibuat kepada akaun yang dikendalikan oleh ibu bapa atau penjaga yang sah sahaja.*
- This direct credit facility is not allowed for any joint bank accounts unless the Certificate Owner / Payee is the primary account holder.
Kemudahan kredit langsung ini tidak dibenarkan untuk sebarang akaun bank bersama melainkan Pemilik Sijil / Penerima Pembayaran adalah pemegang akaun utama.
- We reserve the right to make payment by cheque in the event of (a) insufficient / invalid / incorrect information being provided in this Direct Credit facility form, (b) payment being made to joint Payees (e.g. joint administrators or joint executors), and / or (c) the failure of the transfer to the beneficiary bank for any reason whatsoever, (d) If the claim amount exceeds the maximum amount allowed by IBG transaction.
Kami berhak untuk membuat pembayaran dengan cek jika (a) maklumat tidak mencukupi / tidak sah / salah diberikan dalam borang kemudahan Kredit Langsung ini, (b) bayaran dibuat kepada Penerima Pembayaran bersama (contohnya pentadbir bersama atau wasi bersama), dan / atau (c) kegagalan pemindahan kepada bank benefisiari atas apa-apa sebab, (d) Jika jumlah tuntutan melebihi jumlah maksimum yang dibenarkan oleh transaksi IBG.
- All further claims benefit payable for the same event will be credited into the account below, unless otherwise notified by the certificate owner.
Semua manfaat tuntutan selanjutnya untuk kejadian yang sama akan dikreditkan ke dalam akaun di bawah, kecuali dinyatakan sebaliknya oleh pemilik sijil.

Payee* refers to any person / company who is the person entitled to the Certificate monies, e.g. Certificate Owner, Person Covered, beneficiary, assignee, trustee, Public Trustee / Amanah Raya Berhad, executor / executrix, administrator / administratrix.

Penerima* Pembayaran merujuk kepada mana-mana orang / syarikat yang merupakan orang yang berhak kepada wang Sijil, cth. Pemilik Sijil, Orang yang Dilindungi, benefisiari, pemegang serah hak, pemegang amanah, Pemegang Amanah Awam / Amanah Raya Berhad, wasi, pentadbir.

We further confirm and authorize Great Eastern Takaful Berhad as follows:- [please tick on one (1) box only]

Dengan ini kami mengesahkan dan memberi kebenaran kepada Great Eastern Takaful Berhad seperti berikut:- [sila tanda pada satu (1) kotak sahaja]

- The bills are paid by the Employer and please reimburse eligible expenses incurred to the Employer.
[Please complete the Direct Credit Facility Form separately and submit it along this form if not submitted before]
*Bil yang dibayar oleh Majikan, sila bayar balik perbelanjaan layak yang ditanggung kepada Majikan.
[Sila lengkapkan borang and hantar bersama-sama dengan borang ini jika belum dilengkapkan sebelum ini]*
- The bills are paid by the Employee and / or the Patient, and please reimburse eligible expenses incurred to the Employee.
[Please fill out the form below]
*Bil yang dibayar oleh Pekerja dan / atau Pesakit, sila bayar balik perbelanjaan layak yang ditanggung kepada Pekerja.
[Sila isikan borang dibawah]*

BANK ACCOUNT HOLDER NAME/PAYEE

NAMA PENUH PEMEGANG AKAUN BANK/PENERIMA PEMBAYARAN

NRIC (AS PER BANK ACCOUNT):

NO. KP (SEPERTI DALAM AKAUN BANK)

EMAIL ADDRESS:

ALAMAT EMEL

BANK ACCOUNT NO.

NO. AKAUN BANK

NAME OF BANK

NAMA BANK

Declaration & Authorisation Pengisytiharan & Kebenaran

I / We hereby: Saya / Kami dengan ini:

- Authorise Takaful Operator to credit the amount payable to me under the above certificate into this account. I further confirm that I am the Account holder and have full power and authority to operate the Account [in respect of a partnership or a body corporate].
Membenarkan Pengendali Takaful untuk mengkreditkan jumlah yang perlu dibayar kepada saya di bawah sijil ini ke dalam bank akaun tersebut. Saya selanjutnya mengesahkan bahawa saya adalah pemegang Akaun ini dan mempunyai kuasa penuh dan kuasa untuk mengendalikan Akaun ini [berkenaan perkongsian atau pertubuhan perbadanan].
- Understand that this standing instruction shall not take effect on any existing transactions that have already been executed and that the Takaful Operator has the right to reject this standing instruction in the event that it is found to be payable to a third party account.
Memahami bahawa arahan tetap ini tidak akan berkuatkuasa pada mana-mana urusan yang telah dilaksanakan dan bahawa Pengendali Takaful mempunyai hak untuk menolak arahan tetap ini sekiranya ia didapati dibayar kepada akaun pihak ketiga.
- Agree that the Takaful Operator shall not be liable in the event that any payment transaction into my / our Account is delayed or cannot be effected due to incorrect or incomplete information being provided in this form, and / or for any other reason beyond the reasonable control of the Takaful Operator.
Setuju bahawa Pengendali Takaful tidak akan bertanggungjawab sekiranya sebarang transaksi pembayaran ke dalam Akaun saya / kami ditangguhkan atau tidak dapat dilaksanakan disebabkan oleh maklumat yang tidak betul atau tidak lengkap yang disediakan dalam borang ini, dan / atau atas sebab lain yang berada di luar kawalan munasabah Pengendali Takaful.
- Acknowledge and agree that the payment made into the Account shall be a valid discharge of the Takaful Operator's liability under the Certificate. I / We further agree that the Takaful Operator shall not be held liable for any damages, losses, claims cost and / or expenses which I / We may incur as a result of such payments made into the Account in accordance with my/ our instructions herein, including but not limited to the subsequent withdrawal of the Certificate monies from the Account by persons other than myself / ourselves, and agree to indemnify and to keep the Takaful Operator indemnified of any damages, losses, claims, cost and / or expenses incurred by the Takaful Operator in defending any claim arising from and / or in connection with payments made by the Takaful Operator into the Account in accordance with my / our instructions herein.
Mengakui dan bersetuju bahawa pembayaran yang dibuat ke dalam Akaun adalah pelepasan sah liabiliti Pengendali Takaful di bawah Sijil tersebut. Saya / kami selanjutnya bersetuju bahawa Pengendali Takaful tidak bertanggungjawab terhadap sebarang kerosakan, kerugian, kos tuntutan dan / atau perbelanjaan yang saya/ kami mungkin tanggung akibat pembayaran yang dibuat ke dalam Akaun mengikut arahan saya / kami di sini, termasuk tetapi tidak terhad kepada penarikan balik wang Sijil berikutnya dari Akaun oleh orang selain daripada diri saya / kami dan bersetuju untuk menanggung rugi dan untuk melindungi Pengendali Takaful daripada apa-apa ganti rugi, kerugian, tuntutan, kos dan / atau perbelanjaan yang ditanggung oleh Pengendali Takaful dalam mempertahankan sebarang tuntutan yang timbul dan / atau berkaitan dengan pembayaran yang dibuat oleh Pengendali Takaful ke dalam Akaun mengikut arahan saya / kami di sini.
- Agree to immediately refund to the Takaful Operator in full any monies paid into the Account which is paid in error or which I am/ We are otherwise not entitled to receive.
Setuju untuk segera membayar balik kepada Pengendali Takaful dengan sepenuhnya apa-apa wang yang dikreditkan ke dalam Akaun yang dibayar secara tidak sengaja atau yang saya/ kami sebaliknya tidak berhak untuk menerima.
- Agree that this instruction shall continue to be in force until I / We expressly revoke the same by executing a new Direct Credit Facility form to replace this Account with a new bank account. However, the Takaful Operator may in its absolute discretion terminate the Direct Credit service at anytime and without assigning any reason(s) therefor.
Setuju bahawa arahan ini akan terus berkuat kuasa sehingga saya/ kami dengan jelas membatalkannya dengan melaksanakan Borang Kemudahan Kredit Langsung baru untuk menggantikan Akaun ini dengan akaun bank baru. Walau bagaimanapun, Pengendali Takaful boleh mengikut budi bicara mutlaknya menamatkan perkhidmatan Kredit Langsung pada bila-bila masa dan tanpa memberikan apa-apa sebab untuknya.

SECTION C. CONFIRMATION ON DECLARATION & AUTHORISATION, AUTHORISATION FOR CLAIM MATTERS AND DATA PROTECTION NOTICE

PENGISYTIHARAN & KEBENARAN, KEBENARAN UNTUK PERKARA-PERKARA TUNTUTAN DAN NOTIS PERLINDUNGAN DATA

I declare the above answers are true and correct and I agree that if I have made, or shall make any untrue statement, or suppressed or concealed any material fact; my / Person Covered's right to be compensated shall be absolutely forfeited. I, the Person Covered / Certificate Owner / Claimant hereby authorize and give my consent to any doctor, medical practitioner, physician, hospital, laboratory, surgeon, nurse, medical staff, clinic, takaful operator or insurance company, credit reporting agency, organization, institutions or persons that may have any records or knowledge of my / Person Covered's health or medical history ("Information Provider"), to provide such information to GETB and its authorized service provider and / or its employee about my personal data, employment and credit information (as defined in Credit Reporting Agencies Act 2010) in order to process my takaful claim. I authorize the Company and its representative to give and release any such information to any party in relation to my application or transaction with the Company for the following purposes (but not limited to): verifying information given pursuant to this claim, background screening, credit evaluation, scoring solutions, administration, analysis or monitoring of certificate with the Company or processing of claim. I, the Person Covered / Certificate Owner / Claimant, expressly waive on behalf of myself or any other person who shall have any claim or interest in any certificate hereunder, all provision of law or professional ethics forbidding any Information Provider from disclosing any information acquired while attending to me in a professional capacity.

Saya mengisytiharkan bahawa jawapan di atas adalah betul dan benar serta saya bersetuju jika saya membuat atau akan membuat sebarang kenyataan yang tidak tepat atau menahan atau menyembunyikan sebarang fakta material; hak saya / Orang yang Dilindungi untuk menerima pampasan akan dilucutkan dengan mutlak. Saya, Orang yang Dilindungi / Pemilik Sijil / Pihak yang Menuntut dengan ini membenarkan dan memberi kebenaran kepada mana-mana doktor, pengamal perubatan, pakar perubatan, hospital, makmal, pakar bedah, jururawat, kakitangan perubatan, klinik, Pengendali Takaful atau syarikat insurans, agensi pelaporan kredit, organisasi, institusi atau individu yang mungkin mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan berkenaan kesihatan atau sejarah kesihatan saya / Orang yang Dilindungi ("Pemberi Maklumat") bagi menyediakan maklumat tersebut kepada GETB dan penyedia perkhidmatan berdaftar dan / atau pkerjanya bagi memproses maklumat data peribadi, pekerjaan, dan maklumat kredit saya (seperti yang ditakrifkan dalam Akta 2010 Agensi Pelaporan Kredit (APK) bagi memproses tuntutan Takaful saya. Saya memberi kuasa kepada Pengendali Takaful dan wakilnya untuk memberi dan mengeluarkan sebarang maklumat kepada mana-mana pihak yang berkaitan dengan permohonan saya atau transaksi dengan Syarikat untuk tujuan berikut (tetapi tidak terhad kepada): mengesahkan maklumat yang diberikan berdasarkan tuntutan ini, pemeriksaan latar belakang, penilaian kredit, penyelesaian pemarkahan, pentadbiran, analisis atau pemantauan sijil dengan Syarikat atau pemrosesan tuntutan. Saya, Orang yang Dilindungi / Pemilik Sijil / Pihak yang Menuntut, bagi pihak saya atau mana-mana individu yang mempunyai sebarang tuntutan atau kepentingan dalam mana-mana sijil di bawah ini, menyetepikan semua peruntukan undang-undang atau etika profesional yang melarang mana-mana Pemberi Maklumat daripada mendedahkan sebarang maklumat yang diperlukan semasa memberi perkhidmatan kepada saya dalam kapasiti sebagai seorang profesional.

I, the Person Covered / Certificate Owner / Claimant, hereby authorise and give my consent, to the deduction of monies due to the Company from the claim proceeds payable pursuant to any certificate hereunder, including but not limited to any Advance Contribution Account (ACA), contribution due, advance benefit paid, and / or erroneous or payment made in excess of any claim amount. I, the Person Covered / Certificate Owner / Claimant, hereby authorised and give consent to the Company to amend my addresses as provided in this claim form. This authorisation shall irrevocably bind my successors and assignees and shall remain valid notwithstanding my death or incapacity, and a copy of this form shall be effective and valid as the original.

Saya, Orang yang Dilindungi / Pemilik Sijil / Pihak yang Menuntut, dengan ini memberi kebenaran dan keizinan untuk menolak wang yang perlu dibayar kepada Syarikat daripada jumlah tuntutan yang boleh dibayar menurut sebarang Sijil di bawah ini, termasuk tetapi tidak terhad kepada sebarang Akaun Sumbangan Pendahuluan, caruman yang perlu dibayar, manfaat yang telah didahulukan dan / atau pembayaran salah yang dibuat melebihi sebarang amaun tuntutan. Saya, Orang yang Dilindungi / Pemilik Sijil / Pihak yang Menuntut, memberi kebenaran dan keizinan kepada Syarikat untuk membuat pindaan maklumat terhadap alamat-alamat saya yang dinyatakan dalam borang tuntutan ini. Kebenaran ini akan terikat kepada pengganti hak milik dan pemegang serah hak tanpa boleh ditarik balik serta kekal sah walaupun selepas saya meninggal dunia atau hilang upaya serta salinan borang ini adalah berkuat kuasa dan sah seperti salinan asal.

Authorisation for Claim Matters Kebenaran untuk Perkara-Perkara Tuntutan

I, the Person Covered / Certificate Owner / Claimant hereby give consent to, GREAT EASTERN TAKAFUL BERHAD (916257-H) ("GETB") ("The Company") Agent or Authorised Person _____, Agent Code or New NRIC No. _____ to assist in matters pertaining to this claim, if any. I hereby agree to release and discharge GETB from

all losses, claims, allegations, suits, proceedings, demands, damages, costs and expenses arising from or in connection to the said collection. I further agree to indemnify GETB and to keep GETB fully indemnified from and against any and all such losses, claims, allegations, suits, proceedings, demands, damages, costs and expenses arising from or in connection to the said collection.

Saya, Orang yang Dilindungi / Pemilik Sijil / Pihak yang Menuntut, dengan ini memberi kebenaran kepada Ejen GREAT EASTERN TAKAFUL BERHAD (916257-H) ("GETB") ("Syarikat") atau Pihak yang diberi kuasa, _____

Kod Ejen atau No. KP Baru _____ untuk membantu dalam perkara-perkara berhubungan dengan tuntutan ini, jika ada. Saya dengan ini bersetuju untuk melepaskan GETB dari segala kerugian, tuntutan, tuduhan, guaman, prosiding, permintaan, ganti rugi, kos dan perbelanjaan yang berbangkit dari atau berkaitan dengan pengambilan perkara tersebut. Saya selanjutnya bersetuju untuk menanggung kerugian GETB serta memelihara GETB dengan indemniti sepenuhnya dari atau berkaitan sebarang dan segala kerugian, tuntutan, tuduhan, guaman, prosiding, permintaan, ganti rugi, kos dan perbelanjaan yang berbangkit dari atau berkaitan dengan pengambilan perkara tersebut.

Data Protection Notice Notis Perlindungan Data

If you have any inquiry such as limiting the processing of certain information, including the withdrawal of consent to the processing of personal information, you may contact our Customer Careline at **1300-13-8338**, or write to the Takaful Operator at i-greatcare@greateastertakaful.com. Sekiranya anda mempunyai sebarang pertanyaan seperti mengehadkan pemprosesan maklumat tertentu, termasuk penarikan balik kebenaran untuk pemprosesan maklumat peribadi, anda boleh menghubungi Talian Khidmat Pelanggan kami di **1300-13-8338**, atau menulis kepada Pengendali Takaful di i-greatcare@greateastertakaful.com.

If you have any complaints in respect of your personal information, you may contact our Privacy Officer at **603- 4259 8381**.

*Sekiranya anda mempunyai aduan mengenai maklumat peribadi anda, anda boleh menghubungi Pegawai Privasi kami di **603- 4259 8381**.*

For more information on how the Takaful Operator processes your personal information, please log on to our website greateastertakaful.com and read the Client Charter and Privacy Policy.

Untuk keterangan lanjut mengenai cara Pengendali Takaful memproses maklumat peribadi anda, sila layari laman sesawang kami greateastertakaful.com untuk membaca Piagam Pelanggan dan Dasar Privasi.

SECTION C. CONFIRMATION ON DECLARATION & AUTHORISATION, AUTHORISATION FOR CLAIM MATTERS AND DATA PROTECTION NOTICE
PENGISYTIHARAN & KEBENARAN, KEBENARAN UNTUK PERKARA-PERKARA TUNTUTAN DAN NOTIS PERLINDUNGAN DATA

NOTE: If Person Covered / Certificate Owner / Claimant is unable to sign due to disability, the thumbprint has to be witnessed by the attending doctor or our authorised officers at any nearest office.

NOTA: Sekiranya Orang yang Dilindungi / Pemilik Sijil / Pihak Yang Menuntut tidak dapat menandatangani disebabkan oleh hilang upaya, cap ibu jari perlu disaksikan oleh doktor atau pihak yang diberi kuasa di mana-mana cawangan berdekatan.



Signature of Employee
Tandatangan Pekerja

Date *Tarikh:* _____



Signature of Employer & Company Stamp
Tandatangan Majikan & Cop Syarikat

Date *Tarikh:* _____



Signature of Patient*
*Tandatangan Pesakit**

Date *Tarikh:* _____

* The employee should sign if the patient is a dependent child.

* *Pekerja dikehendaki menandatangani sekiranya pesakit adalah kanak-kanak.*