

ACCIDENT CLAIM FORM - CLAIMANT'S STATEMENT
BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN - KENYATAAN PENUNTUT

Policy No. No. Polisi	<input type="text"/>	New NRIC No. No. KP Baru	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Policy No. No. Polisi	<input type="text"/>	Old NRIC/Birth Certificate/ Passport No.	<input type="text"/>
Policy No. No. Polisi	<input type="text"/>	No. KP Lama/Sijil Kelahiran/No. Pasport	<input type="text"/>
Policy No. No. Polisi	<input type="text"/>	Name of Life Assured Nama Hayat yang Diasuranskan	<input type="text"/>
		Handphone No. No. Telefon Bimbit	<input type="text"/> - <input type="text"/>

A. LIFE ASSURED'S PARTICULARS BUTIR-BUTIR HAYAT YANG DIASURANSKAN

1. Current correspondence address Alamat surat-menyurat terkini	1. <input type="text"/>								
2. (a) Occupation and exact duties Pekerjaan dan tugas	2(a) <input type="text"/>								
(b) Involved in manual work Adakah terlibat melakukan tugas kasar?	2(b) <input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak								
3. Employer's Name Nama majikan	3. <input type="text"/>								
4. Employer's Full Address Alamat lengkap majikan	4. <input type="text"/>								
5. Employer's telephone no. No. telefon majikan	5. <input type="text"/>								
6. Does life assured have any insurance with other insurers? Adakah hayat yang diasuranskan mempunyai polisi dengan syarikat insurans yang lain? If "Yes", please provide the details. Jika "Ya", sila nyatakan butir-butir tersebut.	6. <input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak <table border="1"> <thead> <tr> <th>Policy No. No. Polisi</th> <th>Company Syarikat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Policy No. No. Polisi	Company Syarikat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Policy No. No. Polisi	Company Syarikat								
<input type="text"/>	<input type="text"/>								
<input type="text"/>	<input type="text"/>								
<input type="text"/>	<input type="text"/>								

B. PARTICULARS OF ACCIDENT BUTIR-BUTIR TENTANG KEMALANGAN

1. When did it occur? Bila kemalangan tersebut berlaku?	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) <input type="text"/> a.m. / p.m. (hh/bb/tttt) pagi / petang
2. Where did it occur (exact location)? Di manakah kemalangan tersebut berlaku (lokasi sebenar)?	2. <input type="text"/>
3. How did it occur (please state details description of the accident). Bagaimana kemalangan tersebut berlaku (sila terangkan butiran kemalangan secara terperinci).	3. <input type="text"/>
4. Nature and extent of injury. Jenis dan tahap kecederaan dialami.	4. <input type="text"/>
5. Did the life assured previously suffer from, or received treatment for, a similar or related injury? Pernahkah hayat yang diasuranskan mengalami atau dirawat untuk kecederaan yang serupa atau berkaitan?	5. <input type="text"/>
6. Was the life assured under influence of alcohol/drugs at the time of accident? Adakah hayat yang diasuranskan di bawah pengaruh alkohol/ubat ketika kemalangan berlaku?	6. <input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak
7. Was the accident reported to Adakah kemalangan ini dilaporkan kepada	7(i) <input type="checkbox"/> Yes Ya (please enclose police report) <input type="checkbox"/> No Tidak (sila sertakan laporan polis) 7(ii) <input type="checkbox"/> Yes Ya (please enclose attendance report) <input type="checkbox"/> No Tidak (sila sertakan laporan kehadiran)
8. (i) Date first absent from work Tarikh mula-mula tidak hadir ke tempat kerja	(i) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)
(ii) Date return to work Tarikh kembali bekerja	(ii) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)

C. RECORD OF MEDICAL CONSULTATIONS REKOD RAWATAN PERUBATAN

1. Give below the details of all doctors or specialists who have been consulted in connection with your injury :-
 Berikan butir-butir doktor atau pakar yang merawat anda untuk kecederaan di atas :-

Name Nama	Address Alamat	Consultation Date Tarikh Rawatan
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. If you were admitted to a hospital or similar institution, please supply the following details:

Jika anda masuk ke hospital atau lain-lain institusi, berikan butir-butir berikut:

Name of hospital or institution <i>Nama hospital atau institusi</i>	Date of Admission <i>Tarikh Masuk</i>	Date of Discharge <i>Tarikh Keluar</i>

CONFIRMATION ON GST REGISTRATION, DECLARATION & AUTHORISATION BY THE LIFE ASSURED / ASSURED (POLICYOWNER) / CLAIMANT *PENGESAHAN PENDAFTARAN CUKAI BARANG DAN PERKHIDMATAN ("CBP"), PENGISYTIHARAN & KEBENARAN OLEH HAYAT YANG DIASURANSKAN / ASURED (PEMILIK POLISI) / PIHAK YANG MENUNTUT*

Please tick if Policyowner / Policyholder is GST registered (leave blank if not GST registered)

Sila tandakan jika Pemilik Polisi / Pemegang Polisi telah mendaftar CBP (kosongkan jika tidak mendaftar CBP)

GST No. *No. CBP* : _____

I, the Life Assured / Assured (Policyowner) / Claimant understand and agree that, GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (93745-A) ("The Company") shall rely on my confirmation in respect of the Policyowner / Policyholder GST registration provided above for GST tax credit purposes. I further agree, that in the event any action, claim or proceeding is taken against the Company and/or any fine, charge, penalty or any other GST liability is imposed on the Company as a result of relying on my incorrect confirmation on the Policyowner / Policyholder GST registration, I undertake to hold the Company harmless and keep the Company indemnified to the fullest extent permitted by law.

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/the Life Assured's right to be compensated shall be absolutely forfeited. I, the Life Assured / Assured (Policyowner) / Claimant hereby authorize and give my consent to any doctor, medical practitioner, physician, hospital, laboratory, surgeon, nurse, medical staff, clinic or insurance company or other organization, institutions or persons that may have any records or knowledge of my / Life Assured's health or medical history ("Information Provider"), to provide such information to The Company and its authorized service provider and/or its employees in order to process my insurance claim. I, the Life Assured / Assured (Policyowner) / Claimant, expressly waive on behalf of myself or any other person who shall have any claim or interest in any policy 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.

I, the Life Assured / Assured (Policyowner) / Claimant, hereby authorize and give my consent, to the deduction of monies due to the Company from the claim proceeds payable pursuant to any policy hereunder, including but not limited to any Automatic Premium Loan, Cash Loan, overdue interests, premium due, advance benefit paid, erroneous and /or payment made in excess of any claim amount. 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, Hayat yang Diasuranskan / Asured (Pemilik Polisi) / Pihak yang Menuntut, memahami dan bersetuju bahawa GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (93745-A) ("Syarikat") akan bergantung terhadap pengesahan daripada saya berhubung dengan pendaftaran CBP Pemilik Polisi / Pemegang Polisi seperti dinyatakan di atas untuk tujuan kredit cukai CBP. Saya bersetuju selanjutnya bahawa jika sebarang tindakan, tuntutan atau prosiding diambil terhadap Syarikat dan/atau sebarang denda, caj, penalti atau sebarang tanggungjawab CBP dikenakan kepada Syarikat disebabkan bergantung kepada maklumat tidak benar daripada saya terhadap pendaftaran CBP Pemilik Polisi / Pemegang Polisi, saya berjanji untuk tidak menyalahkan Syarikat dan memastikan Syarikat dilindungi sepenuhnya seperti dibenarkan undang-undang.

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/Hayat yang Diasuranskan untuk menerima pampasan akan dilucutkan dengan mutlak. Saya, Hayat yang Diasuranskan / Asured (Pemilik Polisi) / 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 atau syarikat insurans atau organisasi lain, institusi atau individu yang mungkin mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan berkenaan kesihatan atau sejarah kesihatan saya / Hayat yang Diasuranskan ("Pemberi Maklumat") bagi menyediakan maklumat tersebut kepada Syarikat dan penyedia perkhidmatan berdaftar dan/atau pkerjanya bagi memproses tuntutan insurans saya. Saya, Hayat yang Diasuranskan / Asured (Pemilik Polisi) / Pihak yang Menuntut, bagi pihak saya atau mana-mana individu yang mempunyai sebarang tuntutan atau kepentingan dalam mana-mana polisi di bawah ini, mengetepikan 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.

Saya, Hayat yang Diasuranskan / Asured (Pemilik Polisi) / 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 polisi di bawah ini, termasuk tetapi tidak terhad kepada sebarang Pinjaman Premium Automatik, Pinjaman Tunai, tunggakan faedah, premium yang perlu dibayar, manfaat yang telah didahulukan dan/atau pembayaran salah yang dibuat melebihi sebarang amaun tuntutan. Kebenaran ini akan terikat kepada pengganti hak milik dan penerima 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 asal.

Name *Nama* _____

NRIC No. *No. KP* _____

Date *Tarikh* _____

Signature of Life Assured *Tandatangan Hayat yang Diasuranskan*

Name *Nama* _____

NRIC No. *No. KP* _____

Tel. No. *No. Telefon* _____

Signature of the Assured (Policyowner)

Tandatangan Asured (Pemilik Polisi)

(If different from the Life Assured)

(Jika lain daripada Hayat yang Diasuranskan)

Address *Alamat* _____

Date *Tarikh* _____

Name *Nama* _____

NRIC No. *No. KP* _____

Tel. No. *No. Telefon* _____

Signature of Witness

Tandatangan Saksi

Address *Alamat* _____

Date *Tarikh* _____