

LIVING ASSURANCE CLAIM FORM - CLAIMANT'S STATEMENT
BORANG TUNTUTAN PENYAKIT KRITIKAL - 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	
Policy No. No. Polisi	<input type="text"/>	Name of Life Assured Nama Hayat yang Diasuranskan	
		Handphone No. No. Telefon Bimbit	<input type="text"/> - <input type="text"/>

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

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

B. PAYMENT MODE CARA PEMBAYARAN

How do you wish to receive your claims payment? *Bagaimana anda ingin menerima pembayaran wang tuntutan anda?*

Direct Credit (please attach Direct Credit Form for Claims). *Kredit Langsung (sila sertakan Borang Kredit Langsung bagi Tuntutan)*

Mail to current correspondence address. *Mel ke alamat surat-menyurat terkini*

Through authorised personnel to collect cheque (please attach Letter of Authorisation). *Melalui nama yang diberi kuasa untuk mengutip cek bagi pihak (sila sertakan Surat Kebenaran)*

To be collected by assured at Great Eastern's Office at _____
Dituntuti oleh asured di Pejabat Great Eastern

* Standing Instruction from Group Master Policyholder applies for Group policy(s).
* *Arahan Tetap daripada Pemegang Polisi Berkelompok akan dikenakan untuk polisi Berkelompok.*

C. NATURE OF CLAIM AND RELATED DETAILS JENIS TUNTUTAN DAN BUTIR-BUTIR BERKENAAN

<p>1. Describe fully the symptom(s) for which you consulted a medical practitioner. <i>Nyatakan sepenuhnya tanda-tanda yang menyebabkan anda berjumpa dengan pengamal perubatan?</i></p>	1. _____ _____
<p>2. How long did you have the symptoms before you consulted a medical practitioner? <i>Berapa lama anda mengalami tanda-tanda tersebut sebelum berjumpa dengan pengamal perubatan?</i></p>	2. _____
<p>3. Date when you FIRST consulted a medical practitioner. <i>Tarikh anda MULA-MULA berjumpa dengan pengamal perubatan.</i></p>	3. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)
<p>4. Describe fully the extent and nature of your illness. <i>Nyatakan sepenuhnya tahap dan jenis penyakit.</i></p>	4. _____ _____
<p>5. Have you previously suffered from, or received treatment for, a similar or related illness? <i>Pernahkah anda mengalami atau dirawat untuk penyakit yang serupa atau berkaitan?</i></p>	<p>5. <input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i></p> <p>If "Yes", give full details. <i>Jika "Ya", berikan butir-butir lengkap</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p>

CLM-LAPSF-V06-042015

D. 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 illness :-

Berikan butir-butir doktor atau pakar yang merawat anda untuk kecederaan di atas :-

Name <i>Nama</i>	Address <i>Alamat</i>	Consultation Date <i>Tarikh Rawatan</i>

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>	Diagnosis <i>Diagnosis</i>

3. Please provide the name and address of your regular doctor / clinic if different from above (1) or (2) :-

Sila berikan nama dan alamat pegawai perubatan / klinik yang anda biasa berjumpa, jika lain daripada (1) atau (2) yang di atas:-

E. GENERAL UMUM

Have any of your blood relatives suffered from a similar or related illness?

Pernahkah saudara sedarah anda mengalami penyakit yang serupa atau berkaitan?

Yes *Ya* No *Tidak*

If "Yes", state the relationship of relatives, nature of illness and the date when the illness was first diagnosed. *Jika "Ya", nyatakan pertalian persaudaraan, jenis penyakit dan tarikh penyakit mula-mula didiagnoskan.*

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

Address _____

Alamat

Date *Tarikh* _____

Signature of the Assured (Policyowner)

Tandatangan Asured (Pemilik Polisi)

(If different from the Life Assured)

(Jika lain daripada Hayat yang Diasuranskan)

Name *Nama* _____

NRIC No. *No. KP* _____

Tel. No. _____

No. Telefon

Address _____

Alamat

Date *Tarikh* _____

Signature of Witness

Tandatangan Saksi