

DEATH CLAIM FORM - CLAIMANT'S STATEMENT
BORANG TUNTUTAN KEMATIAN - KENYATAAN PENUNTUT

Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>	New NRIC No. <i>No. KP Baru</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>	Old NRIC/Birth Certificate/ Passport No. <i>No. KP Lama/</i>	<input type="text"/>
Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>	<i>Sijil Kelahiran/Pasport</i>	
Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>	Name of Deceased <i>Nama Si Mati</i>	_____

A. DECEASED'S PARTICULARS BUTIR-BUTIR SI MATI

1. Last address <i>Alamat terakhir</i>	1. _____
2. Nature of employment/business <i>Jenis pekerjaan/perniagaan</i>	2. _____
3. Address of employer/business <i>Alamat majikan/perniagaan</i>	3. _____
4. Marriage status at point of death <i>Status perkahwinan semasa kejadian mati</i>	4. <input type="checkbox"/> Single <i>Bujang</i> <input type="checkbox"/> Married <i>Berkahwin</i> <input type="checkbox"/> Divorced <i>Berceraai</i> <input type="checkbox"/> Widow <i>Duda/Janda</i>
5. Deceased's family member <i>Ahli keluarga Si Mati</i>	5. <input type="checkbox"/> Spouse <i>Suami/Isteri</i> <input type="checkbox"/> Father <i>Bapa</i> <input type="checkbox"/> Mother <i>Ibu</i> <input type="checkbox"/> Child(ren) <i>Anak-anak</i> _____ person <i>orang</i> <input type="checkbox"/> Others. Please specify: _____ <i>Lain-lain. Sila nyatakan:</i>
6. Religion <i>Agama*</i> *Nominee of Muslim deceased shall distribute the policy moneys in accordance with Islamic laws. <i>Penama kepada pemegang polisi yang beragama Islam haruslah mengagihkan wang tuntutan menurut Undang Undang Syariah.</i>	6. <input type="checkbox"/> Muslim <i>Islam</i> <input type="checkbox"/> Non-Muslim <i>Bukan Islam</i>
7. Does the Deceased have any insurance with other insurers? <i>Adakah Si Mati mempunyai polisi dengan syarikat insurans yang lain?</i> If "Yes", please provide the details. <i>Jika "Ya", sila nyatakan butir-butir tersebut.</i>	7. <input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>

Policy No. <i>No. Polisi</i>	Insurance Company <i>Syarikat Insurans</i>

B. FOR GROUP EMPLOYEE BENEFITS ONLY UNTUK MANFAAT PEKERJA BERKELOMPOK SAHAJA

1. Name of Policyholder <i>Nama Pemegang Polisi</i>	1. _____
2. Group Policy No. <i>No. Polisi Berkumpulan</i>	2. _____
3. Occupation at Death <i>Pekerjaan semasa Kematian</i>	3. _____
4. Date Employed <i>Tarikh Mula Bekerja</i>	4. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) <i>(hh/bb/tttt)</i>
5. Date of Last Actively At Work <i>Tarikh Terakhir Aktif Bekerja</i>	5. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) <i>(hh/bb/tttt)</i>
6. Last Drawn Salary <i>Gaji Terakhir</i>	6. _____
7. Sum Assured <i>Jumlah Asurans</i>	7. _____
8. Date of Salary Last Adjusted <i>Tarikh Terakhir Penyelarasan Gaji</i>	8. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) <i>(hh/bb/tttt)</i>

C. 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.

CLM-DTHCF-V04-042015

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

<p>1. Cause of death <i>Sebab kematian</i></p> <p>2. For death due to illness / natural death: <i>Bagi kematian kerana sakit / kematian biasa:</i></p> <p>(a) When did the Deceased first complain of, or give signs and symptoms of his / her last illness? <i>Bilakah Si Mati mula mengadu atau menunjukkan sebarang petanda penyakitnya yang terakhir?</i></p> <p>(b) When did the Deceased first consult a doctor for his / her last illness? <i>Bilakah Si Mati mula-mula berjumpa doktor untuk penyakitnya yang terakhir?</i></p> <p>(c) Name and address of doctor(s) who attended the Deceased for his / her last illness. <i>Nama dan alamat doktor-doktor yang merawat Si Mati semasa sakit terakhirnya.</i></p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>(a) _____</p> <p>(b) _____</p> <p>(c) _____</p>
--	--

(d) Name and address of all doctors/hospitals who attended the Deceased for the last two years prior to death.
Nama dan alamat kesemua doktor/hospital yang merawat Si Mati dua tahun sebelum kematiannya.

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

<p>3. For death due to accident: <i>Bagi kematian kerana kemalangan:</i></p> <p>(a) Date and time of accident <i>Tarikh dan waktu kemalangan</i></p> <p>(b) Place of accident <i>Tempat kemalangan</i></p> <p>(c) How the accident happened? <i>Bagaimana kemalangan berlaku?</i></p> <p>(d) Was the accident reported to the police? <i>Adakah kemalangan dilaporkan kepada polis?</i></p> <p>(e) Was the accident reported in the newspaper? <i>Adakah kemalangan dilaporkan kepada di akhbar?</i></p> <p>(f) Was the post-mortem carried out? <i>Adakah bedah siasat dilakukan?</i></p>	<p>3.</p> <p>(a) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) _____ a.m. / p.m. <i>(hh/bb/tttt) pagi / petang</i></p> <p>(b) _____</p> <p>(c) _____</p> <p>(d) <input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i></p> <p>(e) <input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i></p> <p>(f) <input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i></p>
--	---

This section is intentionally left blank

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 pekerjaannya 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.

Are you the beneficiary of the policy(ies)?

Adakah anda benefisiari kepada polisi ini?

Yes Ya No Tidak

Name *Nama* _____

NRIC No. *No. KP* _____

Relationship with the Deceased _____

Hubungan dengan Si Mati

Tel. No. *No. Tel.* _____

Address _____

Alamat

Date *Tarikh* _____

Name *Nama* _____

NRIC No. *No. KP* _____

Tel. No. *No. Tel.* _____

Address _____

Alamat

Date *Tarikh* _____

Signature of Claimant

Tandatangan Penuntut

Signature of Witness

Tandatangan Saksi