

TOTAL AND PERMANENT DISABILITY BENEFITS CLAIM FORM - CLAIMANT'S STATEMENT
BORANG TUNTUTAN FAEDAH HILANG UPAYA TOTAL & KEKAL - 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/Sijil Kelahiran/No. Pasport</i>	<input type="text"/>
Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>	Name of Life Assured <i>Nama Hayat yang Diasuranskan</i>	<input type="text"/>
Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>	Handphone No. <i>No. Telefon Bimbit</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/>

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

1. Current correspondence address <i>Alamat surat-menyurat terkini</i>	1. <input type="text"/>
2. Occupation and exact duties <i>Pekerjaan dan kerja sebenar</i>	2. <input type="text"/>
3. a) Employer's/Business Name <i>Nama majikan/syarikat</i> b) Company Registration No. <i>No. Pendaftaran Syarikat</i>	3a) <input type="text"/> 3b) <input type="text"/>
4. Employer's/Business's full address <i>Alamat lengkap majikan/syarikat</i>	4. <input type="text"/>
5. Employer's / Business' Telephone No. <i>No. Telefon Majikan / Syarikat</i>	5. <input type="text"/>
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>	6. <input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>

Policy No. <i>No. Polisi</i>	Company <i>Syarikat</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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. 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 disability:-
Berikan butir-butir doktor atau pakar yang merawat anda untuk hilang upaya di bawah:-

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

(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 :-

CLM-TPDCF-V06-042015

D. GENERAL UMUM

1. What is the highest level of education do you have?
Tahap pendidikan tertinggi yang diperolehi?

2. Are you currently confined to
Adakah anda kini terlanjar di

3. When were you last able to work?
Tarikh terakhir anda boleh bekerja?

4. State the date when you are expected to resume your work and daily activities.
Nyatakan tarikh anda dijangka kembali bekerja dan menjalankan aktiviti harian anda.

5. If your service is terminated, please confirm the effective date.
Jika perkhidmatan anda ditamatkan, sila nyatakan tarikh berkuatkuasa.

1. Primary *Sekolah rendah* Degree *Ijazah*
 Secondary *Sekolah menengah* Post Graduate *Lepasan Ijazah*
 Diploma *Diploma* Others *Lain-lain* _____

2. Bed *Katil* House *Rumah* Hospital *Hospital*

3. / / (dd/mm/yyyy)
(hh/bb/tttt)

4. / / (dd/mm/yyyy)
(hh/bb/tttt)

5. / / (dd/mm/yyyy)
(hh/bb/tttt)

E. PARTICULARS OF OCCUPATION BUTIR-BUTIR PEKERJAAN

Please list the jobs held in the past 3 years. *Senaraikan pekerjaan anda untuk tempoh 3 tahun yang lepas.*

Dates (From - To) <i>Tarikh (Dari - Hingga)</i>	Job Title <i>Nama Jawatan</i>	Employer's Address <i>Alamat Majikan</i>	Exact Duties of Work <i>Jenis Kerja Sebenar</i>	Average Monthly Income (RM) <i>Pendapatan Purata Bulanan (RM)</i>

F. PARTICULARS OF LATEST EMPLOYMENT BUTIR-BUTIR PEKERJAAN TERKINI (SILA NYATAKAN DENGAN LANJUT)**WORK AREA SKOP PEKERJAAN**

1. What kind of environment do you work in?
Persekitaran tempat kerja anda?

2. Are you in management or supervisory capacity?
Adakah anda menjalankan tugas-tugas pengurusan atau penyeliaan?

3. Do you operate any machinery or special equipments?
Adakah anda mengendalikan mesin atau alat-alat khas yang lain?

1. Office *Pejabat* Factory *Kilang* Others *Lain-lain* _____

2. Yes *Ya* No *Tidak*

3. Yes *Ya* No *Tidak*

JOB SKILLS KEMAHIRAN PEKERJAAN

4. What is the qualification needed for the job?
Kelulusan yang diperlukan dalam pekerjaan anda?

5. Any special skills required?
Adakah kemahiran khas diperlukan?

6. What level of practical experience is required?
Apakah tahap pengalaman praktikal yang diperlukan?

4. _____

5. _____

6. _____

G. TRAVEL & BUSINESS HOURS PERJALANAN KE TEMPAT KERJA DAN WAKTU BEKERJA

1. What is your normal working hours and days?
Apakah waktu dan hari bekerja yang biasa?

2. Are you required to work on shift, Sunday or on-call?
Adakah anda diperlukan bekerja syif, pada hari Ahad atau bila dipanggil?

3. How do you go to work?
Bagaimanakah anda pergi ke tempat kerja?

4. What is the distance of travel to go to your normal place of work?
Jarak perjalanan ke tempat kerja anda?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. Does your work require you to: *Adakah pekerjaan anda memerlukan anda untuk:*

Driving a car *Memandu kereta* Carrying heavy loads *Membawa barangan berat*
 Driving other vehicles *Memandu kenderaan lain* Lifting heavy loads *Mengangkat barangan berat*
 Climbing ladders or heights *Memanjat tangga atau tempat tinggi* Crawling or kneeling *Merangkak atau melutut*
 Travelling away from your normal place of work *Keluar dari tempat kerja yang biasa*
 Other physical exertions. Please specify. *Lain-lain penggunaan tenaga fizikal. Sila nyatakan.*

H. TO BE COMPLETED BY A SELF-EMPLOYED PERSON ONLY
UNTUK DIISI OLEH ORANG YANG BEKERJA SENDIRI SAHAJA

1. Please name your business/Company <i>Berikan nama perniagaan/Syarikat anda</i>	1. _____
2. What is the nature of your business? <i>Jenis perniagaan anda?</i>	2. _____
3. Are there any other proprietors or directors of the business? How many? <i>Adakah terdapat pemilik atau pengarah yang lain di dalam perniagaan ini? Berapa orang?</i>	3. _____
4. Please provide your business registration number and your Company registration number, if incorporated. <i>Sila berikan no. pendaftaran perniagaan atau Syarikat, jika didaftarkan.</i>	4. _____

I. TO BE COMPLETED IF DISABILITY CAUSED BY AN ACCIDENT
UNTUK DIISIKAN JIKA HILANG UPAYA DISEBABKAN OLEH KEMALANGAN

1. When did the accident happen? <i>Bila kemalangan berikut berlaku?</i>	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) _____ a.m. / p.m. <i>(hh/bb/tttt) pagi / petang</i>
2. Where did the accident happen? <i>Di mana kemalangan tersebut berlaku?</i>	2. _____
3. Describe in detail how the accident happened. <i>Nyatakan secara terperinci bagaimana kemalangan berlaku</i>	3. _____
4. Describe the extent of the injuries sustained in the accident. <i>Nyatakan tahap kecederaan yang dialami akibat kemalangan.</i>	4. _____

J. TO BE COMPLETED IF DISABILITY CAUSED BY AN ILLNESS
UNTUK DIISIKAN JIKA HILANG UPAYA DISEBABKAN OLEH PENYAKIT

1. Please fully describe the condition or the symptoms. <i>Nyatakan dengan terperinci keadaan atau tanda-tanda penyakit anda.</i>	1. _____
2. When did the symptoms/condition first appear? <i>Bilakah tanda-tanda/keadaan itu mula-mula timbul?</i>	2. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) <i>(hh/bb/tttt)</i>
3. When did you first consult doctor for the symptoms? <i>Bilakah anda berjumpa doktor buat pertama kali mengenai tanda-tanda penyakit anda?</i>	3. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) <i>(hh/bb/tttt)</i>
4. What is the exact diagnosis? <i>Apakah keputusan diagnosis?</i>	4. _____
5. When was the diagnosis first made known to you? <i>Bilakah anda diberitahu mengenai diagnosis anda?</i>	5. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) <i>(hh/bb/tttt)</i>
6. Provide the name and address of the doctor who had made the diagnosis? <i>Berikan nama dan alamat doktor yang telah membuat diagnosis tersebut?</i>	6. _____
7. What tests or investigations were done to confirm the diagnosis? <i>Apakah ujian atau penyiasatan yang telah dibuat untuk mengesahkan diagnosis itu?</i>	7. _____
8. What are the treatments you undergoing currently? <i>Apakah rawatan yang diterima sekarang?</i>	8. _____
9. Were you suffering from any other illness or related conditions prior to the onset of the disability? Please state the illness or condition and the details of treatment (by whom, address and when). <i>Adakah anda menghidap apa-apa penyakit lain atau keadaan yang berkaitan sebelum hilang upaya bermula? Sila nyatakan penyakit atau keadaan dan butir-butir rawatan (oleh siapa, alamat dan bila).</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.

Signature of Life Assured
Tandatangan Hayat yang Diasuranskan

Name *Nama* _____
NRIC No. *No. KP* _____
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

Name *Nama* _____
NRIC No. *No. KP* _____
Tel. No. _____
No. Telefon
Address _____
Alamat
Date *Tarikh* _____