

TOTAL AND PERMANENT DISABILITY BENEFITS CLAIM FORM - CLAIMANT'S STATEMENT
BORANG TUNTUTAN FAEDAH HILANG UPAYA TOTAL & KEKAL - KENYATAAN PENUNTUT



SECTION A. PARTICULARS OF PERSON SUFFERING FROM THE DISABILITY BUTIR-BUTIR ORANG YANG HILANG UPAYA

Policy No. No. Polisi	<input type="text"/>	New NRIC No. No. KP Baru	<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 Nama	<input type="text"/>
		Contact No. No. Tel.	<input type="text"/>

1.	a) Residential Address Alamat Rumah	<input type="text"/>
	Postcode Poskod	<input type="text"/>
	Town Bandar	<input type="text"/>
	Country Negara	<input type="text"/>
b)	Correspondence Address Alamat Surat Menyurat	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Please tick if same as Residential Address above Sila tandakan sekiranya sama dengan Alamat Rumah	
	Postcode Poskod	<input type="text"/>
	Town Bandar	<input type="text"/>
	Country Negara	<input type="text"/>
2.	a) Nationality Warganegara	<input type="checkbox"/> Malaysian Malaysian
		<input type="checkbox"/> Non-Malaysian. Please specify: Bukan Malaysian. Sila nyatakan
	b) Occupation before disability Pekerjaan sebelum hilang upaya	<input type="text"/>
c)	Nature of work Jenis kerja	<input type="checkbox"/> Office Work Kerja Pejabat
		<input type="checkbox"/> Supervisory Penyeliaan
		<input type="checkbox"/> Sales Jualan
		<input type="checkbox"/> Operating Machine Pengendalian Mesin
		<input type="checkbox"/> Factory Kilang
		<input type="checkbox"/> Fieldwork Kerja Lapangan
		<input type="checkbox"/> Management Pengurusan
		<input type="checkbox"/> Others. Please specify : Lain-lain. Sila nyatakan :
d)	Name, Address and Contact Number of Employer / Business Nama, Alamat dan No. Tel. Majikan / Syarikat	<input type="text"/>
	Postcode Poskod	<input type="text"/>
	Town Bandar	<input type="text"/>
	Country Negara	<input type="text"/>
	Contact No. No. Tel.	<input type="text"/>
3.	Any other insurance policy with other company? Adakah anda mempunyai polisi dengan syarikat lain?	<input type="checkbox"/> Yes Ya
		<input type="checkbox"/> No Tidak
	If "Yes", please provide details. Jika "Ya", sila nyatakan butir-butir tersebut.	
	Company Syarikat	Policy Number No. Polisi
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CLM-TPDCF-V08-092023

SECTION B. GENERAL INFORMATION MAKLUMAT UMUM

1. Date of Disability <i>Tarikh Hilang Upaya</i>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	(dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)
2. Are you currently confined to: <i>Kini terlanjar:</i>	<input type="checkbox"/> Bed <i>Katil</i>	<input type="checkbox"/> Wheelchair <i>Kerusi roda</i>
	<input type="checkbox"/> Hospital <i>Hospital</i>	
3. Last date of work <i>Tarikh terakhir kerja</i>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	(dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)
4. Date expected to return to work and daily activities <i>Tarikh dijangka kembali bekerja dan menjalankan aktiviti harian</i>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	(dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)
5. Date terminated from employment, if any <i>Tarikh perkhidmatan ditamatkan, jika ada</i>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	(dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)
<small>*Please enclose letter of termination *Sila lampirkan surat penamatan pekerjaan</small>		
6. Highest level of education <i>Tahap pendidikan tertinggi</i>	<input type="checkbox"/> Primary <i>Sekolah rendah</i>	<input type="checkbox"/> Secondary <i>Sekolah menengah</i>
	<input type="checkbox"/> Tertiary <i>Pengajian tinggi</i>	

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

I. TOTAL AND PERMANENT DISABILITY BENEFITS CLAIM DUE TO ACCIDENT

TUNTUTAN FAEDAH HILANG UPAYA DISEBABKAN OLEH KEMALANGAN

1. Date & Time of accident <i>Tarikh & Masa kemalangan</i>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	(dd/mm/yyyy) _____ a.m. / p.m. <i>(hh/bb/tttt) pagi / petang</i>
2. Exact location of accident <i>Lokasi sebenar kemalangan</i>	<input type="checkbox"/> House <i>Rumah</i>	<input type="checkbox"/> Workplace <i>Tempat Kerja</i>
	<input type="checkbox"/> Road/Others, please specify & state the address : <i>Jalan raya/ Lain-lain, sila tentukan & nyatakan alamat :</i>	
3. How did the accident happen? <i>Bagaimana kemalangan berlaku?</i>	<input type="checkbox"/> Fall <i>Jatuh</i>	<input type="checkbox"/> Industrial Accident <i>Kemalangan Industri</i>
	<input type="checkbox"/> Road Traffic Accident <i>Kemalangan Jalan Raya</i>	<input type="checkbox"/> Others. Please specify : <i>Lain-lain. Sila tentukan :</i>

II. TOTAL AND PERMANENT DISABILITY BENEFITS CLAIM DUE TO ILLNESS

TUNTUTAN FAEDAH HILANG UPAYA DISEBABKAN OLEH PENYAKIT

1. Name of illness <i>Nama penyakit</i>	<input type="text"/>
2. What were the complaint(s)/ ailment(s) of the illness? <i>Apakah tanda-tanda penyakit?</i>	<input type="text"/>
3. When did the complaint(s)/ailment(s) first appear? <i>Bilakah tanda-tanda penyakit</i>	<input type="text"/> (dd/mm/yyyy) <i>(hh/bb/tttt)</i>
4. First visit to doctor? <i>Kali pertama berjumpa doktor?</i>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)

III. CLAIMS RELATED DETAILS BUTIR-BUTIR BERKAITAN TUNTUTAN

1. Details of all doctor(s) or specialist(s) who have been consulted due to these injury(s)/complaint(s)/ailment(s) :- <i>Butir-butir semua doktor atau pakar yang merawat anda untuk kecederaan/tanda-tanda penyakit anda :-</i>																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Name of Doctor or Specialist <i>Nama Doktor atau Pakar</i></th> <th>Name & Address of Hospital or Clinic <i>Nama dan Alamat Hospital atau Klinik</i></th> <th>Date of Visit <i>Tarikh Rawatan</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Name of Doctor or Specialist <i>Nama Doktor atau Pakar</i>	Name & Address of Hospital or Clinic <i>Nama dan Alamat Hospital atau Klinik</i>	Date of Visit <i>Tarikh Rawatan</i>														
Name of Doctor or Specialist <i>Nama Doktor atau Pakar</i>	Name & Address of Hospital or Clinic <i>Nama dan Alamat Hospital atau Klinik</i>	Date of Visit <i>Tarikh Rawatan</i>															
2. Was there any other illness before this disability? <i>Pernahkah anda mengalami penyakit lain sebelum ini?</i>																	
<input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>																	
If "Yes", please state the other illnesses or conditions. <i>Jika "Ya", sila nyatakan penyakit atau keadaan lain tersebut.</i>																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Name of Illness <i>Nama Penyakit</i></th> <th>Name of Doctor or Specialist <i>Nama Doktor atau Pakar</i></th> <th>Name & Address of Hospital or Clinic <i>Nama dan Alamat Hospital atau Klinik</i></th> <th>Date of Visit <i>Tarikh Rawatan</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Name of Illness <i>Nama Penyakit</i>	Name of Doctor or Specialist <i>Nama Doktor atau Pakar</i>	Name & Address of Hospital or Clinic <i>Nama dan Alamat Hospital atau Klinik</i>	Date of Visit <i>Tarikh Rawatan</i>													
Name of Illness <i>Nama Penyakit</i>	Name of Doctor or Specialist <i>Nama Doktor atau Pakar</i>	Name & Address of Hospital or Clinic <i>Nama dan Alamat Hospital atau Klinik</i>	Date of Visit <i>Tarikh Rawatan</i>														

SECTION D. DECLARATION & AUTHORISATION BY THE LIFE ASSURED / ASSURED (POLICY OWNER) / CLAIMANT FOR ALL APPLICABLE POLICIES

PENGISYTIHARAN & KEBENARAN OLEH HAYAT YANG DIASURANSKAN / ASURED (PEMILIK POLISI) / PIHAK YANG MENUNTUT BAGI SEMUA POLISI BERKAITAN

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 (Policy owner) / Claimant hereby authorise and give my consent to any doctor, medical practitioner, physician, hospital, laboratory, surgeon, nurse, medical staff, clinic, insurance company, credit reporting agency, 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 GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (93745-A) ("The Company") and its authorised 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 insurance claim. I authorise 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 policy with the Company or processing of claim. I, the Life Assured / Assured (Policy owner) / 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 (Policy owner) / Claimant, hereby authorise and give 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. I, the Life Assured/Assured (policy owner) / Claimant, hereby authorise and give consent to the Company to amend my addresses as provided in this claim form. This authorisation shall 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 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, syarikat insurans, agensi pelaporan kredit, organisasi, 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 GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (93745-A) ("Syarikat") dan penyedia perkhidmatan berdaftar dan/atau pkerjanya mengenai maklumat peribadi saya, pekerjaan dan maklumat kredit (seperti yang ditakrifkan dalam Akta Agensi Pelaporan Kredit 2010) bagi memproses tuntutan insurans saya. Saya memberi kebenaran kepada Syarikat dan wakilnya untuk memberi dan mengeluarkan sebarang maklumat kepada mana-mana pihak mengenai permohonan atau transaksi dengan Syarikat untuk tujuan berikutnya (tetapi tidak terhad kepada) : pengesahan maklumat yang diberikan menurut tuntutan ini, pemeriksaan latar belakang, penilaian kredit, penyelesaian skor, pentadbiran, analisis atau pemantauan polisi dengan Syarikat atau proses tuntutan. 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. Saya, Hayat yang diasuranskan / Asured (Pemilik Polisi) / 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 penerima serah hak serta kekal sah walaupun selepas saya meninggal dunia atau hilang upaya serta salinan borang ini adalah berkuat kuasa dan sah seperti asal.

Authorisation for Claim Matters and Amendment of Address

Kebenaran untuk Perkara-Perkara Tuntutan dan Pindaan Maklumat Alamat

I, the Life Assured/Assured (Policy owner)/Claimant hereby give consent to GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (93745-A) ("GELM") Agent or Authorised Person, _____, Agent Code or New NRIC No. _____ to assist in matters pertaining to this claim and cheque collection, if any. I hereby agree to release and discharge GELM 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 GELM and to keep GELM 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. For Group Policies, please refer to respective Union/Servicing Agent/ Employer in relations to cheque collection.

Saya, Hayat yang diasuranskan/Asured (Pemilik Polisi) / Pihak yang Menuntut, dengan ini memberi kebenaran kepada Ejen GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (93745-A) ("GELM") atau Pihak yang diberi kuasa _____, Kod Ejen atau No. KP Baru _____ untuk membantu dalam perkara-perkara berhubung dengan tuntutan ini dan pengambilan cek, jika ada. Saya dengan ini bersetuju untuk melepaskan GELM dari segala kerugian, tuntutan dan guaman, prosiding, permintaan, ganti rugi, kos dan perbelanjaan yang timbul dari atau berkaitan dengan penerimaan perkara tersebut. Saya selanjutnya bersetuju untuk menanggung kerugian GELM serta memelihara GELM dengan indemniti sepenuhnya dari dan terhadap sebarang dan segala kerugian, tuntutan, tuduhan, guaman, prosiding, permintaan, ganti rugi, kos dan perbelanjaan yang berbangkit dari atau berkaitan dengan penerimaan perkara tersebut. Sila rujuk kepada Kesatuan/Ejen Insurans Berkelompok/Majikan tersebut berhubung dengan pengambilan cek bagi polisi berkelompok.

I, Assured (Policy owner)/Claimant _____ NRIC No. _____ hereby give consent to amend my residential and correspondence addresses stated in this form as follows (please tick ONE box only) :-
Saya, Asured (Pemilik Polisi) / Pihak yang Menuntut _____ NRIC No. _____ dengan ini memberi kebenaran untuk membuat pindaan maklumat alamat rumah dan alamat surat-menyurat saya seperti di bawah (sila tandakan SATU kotak sahaja) :-

- I would like to amend the addresses as stated in this form throughout all applicable policies
Saya ingin membuat pindaan maklumat alamat seperti dinyatakan dalam borang ini untuk semua polisi berkaitan
- The addresses stated in this form are for this claim transaction only
Alamat-alamat yang dinyatakan hanyalah untuk transaksi tuntutan ini

SECTION F. DOCUMENTS TO BE SUBMITTED WITH THIS CLAIM DOKUMEN UNTUK DISERTAKAN BERSAMA TUNTUTAN INI**Note**

- i. **Photocopy of documents MUST be duly certified by authorised parties**, i.e. Claims Officer or Customer Service Officer or Public Notary or Advocate & Solicitor or Justice of Peace or Ketua Balai Polis or District Officer or Medical Officer or Group Sales Manager or Unit Sales Manager. In addition, for claims incurred outside Malaysia (except Singapore), the confirmation of claim event and all other related documents issued by the Foreign Authority must be certified by Malaysian Embassy or Public Notary at the incident country. If you have returned to Malaysia, the documents can be certified by relevant country's Embassy in Malaysia.

Dokumen Salinan perlu diakui sah oleh pihak yang diberi kuasa, iaitu, Pegawai Tuntutan atau Pegawai Khidmat Pelanggan di cawangan atau Ibu Pejabat atau Notari Awam atau Peguambela dan Peguamcara atau Jaksa Pendamai atau Ketua Balai Polis atau Pegawai Daerah atau Pegawai Perubatan atau Group Sales Manager atau Unit Sales Manager. Bagi tuntutan yang berlaku di luar Malaysia (kecuali Singapura), pengesahan peristiwa tuntutan dan segala dokumen berkaitan yang dikeluarkan oleh Pihak Berkuasa Di Luar Negara perlu diakui sah oleh Kedutaan Besar Malaysia atau Notari Awam di negara kejadian tersebut. Jika anda telah pulang ke Malaysia, dokumen-dokumen tersebut perlu diakui sah oleh Kedutaan Negara berkenaan di Malaysia.

- ii. This list is not exhaustive. The Company may request further document(s) for the purpose of this claim.
Senarai ini tidak muktamad. Pihak Syarikat berkemungkinan meminta dokumen lain bagi tujuan tuntutan ini.

Please tick (✓) the documents submitted.
Sila tandakan dokumen yang disertakan.

***CTC = Certified true copy Salinan diakui sah**

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Direct Credit Facility Form (if not submitted before)
<i>Borang Kemudahan Kredit Terus (jika tidak pernah disertakan)</i> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Total and Permanent Disability Benefits Claim
<i>Tuntutan Faedah Hilang Upaya Total dan Kekal</i> | |
| a) Total and Permanent Disability Benefits Claim Form- Claimant's Statement
<i>Borang Tuntutan Faedah Hilang Upaya Total dan Kekal- Kenyataan Penuntut</i> | <input type="checkbox"/> |
| b) Total and Permanent Disability Claim- Doctor's Statement
<i>Tuntutan Faedah Hilang Upaya Total dan Kekal- Kenyataan Doktor</i> | <input type="checkbox"/> |
| c) Letter of Authorisation/Consent
<i>Surat Pemberikuasa/Kebenaran</i> | <input type="checkbox"/> |
| d) CTC of Life Assured's NRIC
<i>Salinan diakui sah Kad Pengenalan Hayat yang Diasuranskan</i> | <input type="checkbox"/> |
| e) CTC of Claimant's NRIC (if different from Life Assured)
<i>Salinan diakui sah Kad Pengenalan Pihak yang Menuntut (Jika lain daripada Hayat yang Diasuranskan)</i> | <input type="checkbox"/> |
| f) CTC of Employment Termination Letter
<i>Salinan diakui sah Surat Penamatan Pekerjaan</i> | <input type="checkbox"/> |
| g) CTC of Employment Letter
<i>Salinan diakui sah Surat Pekerjaan</i> | <input type="checkbox"/> |
| h) CTC of PERKESO offer Letter and PERKESO 'Keputusan Jemaah Doktor'
<i>Salinan diakui sah Surat Tawaran PERKESO dan Keputusan Jemaah Doktor PERKESO</i> | <input type="checkbox"/> |
| i) CTC of Medical Report for application of PERKESO Keilatan
<i>Salinan diakui sah Laporan Perubatan untuk permohonan PERKESO Keilatan</i> | <input type="checkbox"/> |
| j) CTC of EPF Withdrawal Letter
<i>Salinan diakui sah Surat Pengeluaran KWSP</i> | <input type="checkbox"/> |
| k) CTC of Medically Boarded Out Letter from Employer with Medical Report
<i>Salinan diakui sah Surat Penamatan Khidmat Bekerja dari Majikan serta Laporan Perubatan</i> | <input type="checkbox"/> |
| l) CTC of all relevant investigation Test Reports
<i>Salinan diakui sah semua Laporan Ujian Siasatan berkenaan</i> | <input type="checkbox"/> |
| m) CTC of Police Report(s) if disability due to an accident, if applicable
<i>Salinan diakui sah Laporan Polis jika hilang upaya disebabkan oleh kemalangan, jika berkenaan</i> | <input type="checkbox"/> |
| n) Copy of Newspaper Cutting(s) if disability due to an accident, if applicable
<i>Salinan Keratan Akhbar jika hilang upaya disebabkan oleh kemalangan, jika berkenaan</i> | <input type="checkbox"/> |

If Life Assured/Assured is Non-Malaysian or if the incident occurred outside Malaysia (except Singapore), please attach
Sekiranya Hayat yang Diasuranskan/Asured bukan warganegara Malaysia atau peristiwa berlaku di luar Malaysia(kecuali Singapura), sila lampirkan

CTC of Full Passport Book
Salinan diakui sah Buku Pasport Lengkap

This page is intentionally left blank