

HOSPITALISATION & SURGICAL CLAIM - CLAIMANT'S STATEMENT

BORANG TUNTUTAN RAWATAN HOSPITAL & PEMBEDAHAN

KENYATAAN PIHAK YANG MENUNTUT

Policy No. <i>No. Polisi</i>		New NRIC No. <i>No. KP Baru</i>	
Policy No. <i>No. Polisi</i>		Old NRIC/BC/Passport No. <i>No. KP Lama/Sijil Kelahiran/ Paspot</i>	
Policy No. <i>No. Polisi</i>		Name of Life Assured <i>Nama Hayat yang Diasuranskan</i>	

☐ HealthCare Services (plan with medical card/H&S/HB)
 ☐ Life Claims (Great Ladies)

1. Life Assured's Details <i>Butir Hayat Yang Diasuranskan</i>			
a. Occupation <i>Pekerjaan</i>			
b. Current correspondence address <i>Alamat surat menyurat</i>			
2. If treatment was due to accident, please furnish details of accident. <i>Jika rawatan akibat kemalangan, sila kemukakan butiran berikut.</i>			
a. When did it occur? <i>Bila kemalangan tersebut berlaku?</i>	DD HH	MM BB	YY TT
b. Where did it occur? <i>Di mana kemalangan tersebut berlaku?</i>	at pada		
c. How did it occur? <i>Bagaimana kemalangan tersebut berlaku?</i> (Please state details description of the accident). <i>(Sila terangkan butiran kemalangan secara terperinci).</i>	AM/PM pagi/ptg		
d. Nature and extent of injury(ies) sustained. <i>Jenis dan tahap kecederaan yang dialami.</i>			
3. If hospitalisation was due to illness, please furnish details. <i>Jika kemasukan ke hospital akibat penyakit, sila kemukakan butiran berikut.</i>			
a. Nature of illness / symptom <i>Jenis penyakit / simptom</i>			
b. How long had the Life Assured been having the symptom prior to this admission? <i>Berapa lamakah Hayat Yang Diasuranskan telah menghidap simptom yang dikemukakan sebelum dimasukkan ke hospital?</i>			
c. What was the diagnosis? <i>Apakah diagnosis ketika itu?</i>			
4. Name and address of all doctors who treated the Life Assured for this condition. <i>Nama dan alamat semua doktor yang merawat Hayat yang Diasuranskan untuk keadaan ini.</i>			
Date of Consultation <i>Tarikh Rawatan</i>	Date of Admission and Date of Discharge (if any) <i>Tarikh Kemasukan dan Tarikh Discaj (jika ada)</i>	Name of Doctor(s) <i>Nama Doktor</i>	Address <i>Alamat</i>
5. Name(s) of all medical practitioner(s) and clinic(s)/hospital(s) which the Life Assured has, sought or received medical treatment, advice, consultation and/or medical check-up within the previous five (5) years. <i>Nama semua doktor dan klinik/hospital dimana Hayat Yang Diasuranskan pernah dapatkan atau terima sebarang rawatan, nasihat, rundingan dan/atau pemeriksaan perubatan dalam lima (5) tahun lepas.</i>			
Date of Consultation / Treatment etc. <i>Tarikh rundingan / rawatan dll.</i>	Name of Doctor(s) <i>Nama Doktor</i>	Name, Address and Telephone No. of Clinic / Hospital <i>Nama, Alamat dan No Telefon Klinik / Hospital</i>	
6. Is the Life Assured presently insured for Hospitalisation & Surgical benefits under any government law/programme, employee benefit, any health benefit scheme or any other insurance policies? If yes, please furnish details. <i>Adakah Hayat Yang Diasuranskan ketika ini di bawah perlindungan insurans faedah Hospital & Pembedahan, di bawah sebarang program/undang-undang kerajaan, kemudahan pekerja, sebarang skim faedah kesihatan atau sebarang polisi insurans lain? Jika ada, sila kemukakan butiran berikut.</i>			
(a) Name of Company / Programme / Scheme <i>Nama Syarikat / Program / Skim</i>		(b) Policy / Membership No. <i>No. Polisi / Keahlian</i>	

HSD-HSCSF-V00-082025a

7. Confirmation On GST Registration, Declaration & Authorisation By The Assured / Life Assured / Claimant

Pengesahan Pendaftaran Cukai Barang Dan Perkhidmatan ("CBP"), Pengisytiharan & Kebenaran Oleh Asured / Hayat Yang Diasuranskan / 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 / 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 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, 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 / 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 / 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 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 pekerjaanya bagi memproses tuntutan insurans saya. Saya, Hayat yang Diasuranskan / Asured, 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 / 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. Kad Pengenalan : _____

Contact No. Tel. No. : _____

Date Tarikh : _____



Signature of Assured/Claimant
(If other from the Life Assured)
Tandatangan Asured/Pihak Menuntut
(Jika lain daripada Hayat yang Diasuranskan)

Name Nama : _____

NRIC No. No. Kad Pengenalan : _____

Contact No. Tel. No. : _____

Address Alamat : _____

Date Tarikh : _____



Signature of Witness
Tandatangan Saksi

Name Nama : _____

NRIC No. No. Kad Pengenalan : _____

Contact No. Tel. No. : _____

Address Alamat : _____

Date Tarikh : _____

LETTER OF AUTHORIZATION / CONSENT
SURAT PEMBERIKUASA / KEBENARAN

To Obtain Further Medical Information
Untuk Mendapatkan Maklumat Perubatan Lanjut

TO WHOM IT MAY CONCERN KEPADA SESIAPA YANG BERKENAAN

Name of Life Assured *Nama Hayat Yang Diasuranskan:* _____

NRIC No. *No Kad Pengenalan:* _____ New *Baru* _____ Old *Lama* _____

Policy No. *No Polisi:* _____

I, _____, NRIC No. _____ hereby authorize and give my consent to any medical practitioner, physician, surgeon, nurse, medical staff, clinic, hospital, medical centre, insurance company or organization or individual concerned ("the information provider") that may have any record or knowledge of the health or medical history of the above stated ("Life Assured") and to provide such information to **Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad** and its authorized service provider and/or its employees in order to process my insurance claim.

*Saya _____, No Kad Pengenalan _____ dengan ini memberi kuasa dan mengizinkan mana-mana pegawai perubatan, doktor, pakar bedah, klinik, hospital, pusat perubatan, syarikat insurans atau organisasi, institusi atau perseorangan ("Pemberi Maklumat") yang mungkin mempunyai apa-apa rekod atau mengetahui tentang kesihatan atau sejarah perubatan saya yang disebut di atas untuk memberi maklumat kepada **GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD** ("Syarikat") atau pihak pembekal perkhidmatan yang diberi kuasa dan/atau kakitangannya.*

I expressly waived all provisions of law or professional ethics forbidding the Information Provider(s) from disclosing any such information acquired on myself in a professional and/or client capacity and I further release the Information Provider(s) and its agent/staff from any liability whatsoever that may rise, in supplying such information requested by the Company.

Saya juga tidak ragu-ragu mengenyahkan segala peruntukan undang-undang atau etika profesional yang menghalang Pemberi Maklumat daripada memberi maklumat berkenaan mengenai saya dalam bidang kuasa sebagai profesional dan/atau pelanggan dan saya juga memberi pelepasan kepada Pemberi Maklumat, ejen dan/atau kakitangannya daripada apa-apa liabiliti kerana memberi maklumat tersebut kepada Syarikat.

This authorization/consent is irrevocable and a copy of it will have the same effect and validity as the original.

Surat pemberikuasa/kebenaran ini adalah muktamad dan salinannya juga memberi hak pengesahan yang sama sepertimana asal.

Signature of Policyholder
Tandatangan Pemegang Polisi

Name: _____
Nama

Relationship with Patient: _____
Hubungan dengan Pesakit

Date: _____
Tarikh

Supporting document to be required with this claimant's statement (where applicable)
Dokumen sokongan yang diperlukan dengan Borang Tuntutan Rawatan ini (yang bersesuaian)

- | | |
|--|--|
| ☐ Attending Physician Statement (Except Pre & Post Claim)
<i>Kenyataan Doktor yang Merawat</i> | ☐ Laboratory Test Result, X-ray, MRI/CT Scan, Ultrasound, HPE/Biopsy Report (if any)
<i>Laporan Ujian Makmal, Sinar-X, MRI/CT, Ultrasound, HPE/Biopsi (jika ada)</i> |
| ☐ Original itemized Bill and Receipt
<i>Bil Terperinci dan Resit Asal</i> | ☐ Certified True Copy of Life Assured and Claimant NRIC/Passport
<i>Salinan yang Diakui Benar Kad Pengenalan/Passport Hayat Yang Diasuranskan dan Pihak Menuntut</i> |
| ☐ Direct Credit Facility Form
<i>Borang Kemudahan Kredit Terus</i> | |