

**GROUP HOSPITALISATION BENEFIT (HB) CLAIM FORM- CLAIMANT'S STATEMENT**

**BORANG TUNTUTAN FAEDAH HOSPITAL BERKELOMPOK- KENYATAAN PENUNTUT**



**SECTION A. PARTICULARS OF LIFE ASSURED BUTIR-BUTIR HAYAT YANG DIASURANSKAN**

Scheme No. No. Skim	G S	New NRIC No. No. KP Baru	
Policy No. No. Polisi		Old NRIC/Birth Certificate/ Passport No. No. KP Lama/Sijil Kelahiran/ No. Pasport	
Scheme No. No. Skim	G S	Name of Life Assured Nama Hayat yang Diasuranskan	
Policy No. No. Polisi		Contact No. No. Tel.	

1. a) Residential Address <i>Alamat Rumah</i>	
Postcode <i>Poskod</i>	Town <i>Bandar</i>
Country <i>Negara</i>	
b) Correspondence Address <i>Alamat Surat Menyurat</i>	<input type="checkbox"/> Please tick if same as Residential Address above <i>Sila tandakan sekiranya sama dengan Alamat Rumah</i>
Postcode <i>Poskod</i>	Town <i>Bandar</i>
Country <i>Negara</i>	
2. a) Nationality <i>Warganegara</i>	<input type="checkbox"/> Malaysian <i>Malaysian</i> <input type="checkbox"/> Non-Malaysian. Please specify: <i>Bukan Malaysian. Sila nyatakan:</i>

**SECTION B. PARTICULARS OF HOSPITALISATION BUTIR-BUTIR RAWATAN HOSPITAL**

1. Please provide the details of the hospitalisation. *Sila nyatakan butiran rawatan hospital.*

Date of Admission <i>Tarikh Kemasukan</i>	Date of Discharge <i>Tarikh Discaj</i>	Name of Hospital <i>Nama Hospital</i>	Reason of Admission/Diagnosis <i>Sebab Kemasukan/Diagnosis</i>

**SECTION C. 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 pekerjaannya 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 pemantapan 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 berhubungan 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 C. 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**

**Note :** If Life Assured/Assured is unable to sign due to disability, the thumbprint has to be witnessed by the attending doctor or our authorised officers at the nearest office.

**Nota :** Sekiranya Hayat yang Diasuranskan/Asured tidak dapat menandatangani disebabkan oleh hilang upaya, cap jari perlu disaksikan oleh doktor atau pihak yang diberi kuasa di mana-mana cawangan berdekatan.

Signature of Life Assured  
*Tandatangan Hayat yang Diasuranskan*

Name :

*Nama*

NRIC No :

*No. KP Baru*

Tax Identification Number (TIN) :

*Nombor Cukai Pendapatan*

Sales and Service Tax (SST) Number :

*Nombor Cukai Jualan dan Perkhidmatan Malaysia*

Date *Tarikh* :  /  /  (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)

Signature of Assured(Policy owner)/ Claimant  
*Tandatangan Asured (Pemilik Polisi)/ Pihak yang Menuntut*

(\*if different from the Life Assured)  
*(Jika lain daripada Hayat yang Diasuranskan)*

Name :

*Nama*

NRIC No :

*No. KP Baru*

Tax Identification Number (TIN) :

*Nombor Cukai Pendapatan*

Sales and Service Tax (SST) Number :

*Nombor Cukai Jualan dan Perkhidmatan Malaysia*

Date *Tarikh* :  /  /  (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)

Contact No. :

*No. Tel.*

Address *Alamat* : \_\_\_\_\_

Signature of Witness/Stamp of Authorised Union Official  
*Tandatangan Saksi/Cop Kesatuan Berkuasa*

Name :

*Nama*

NRIC No :

*No. KP Baru*

Date *Tarikh* :  /  /  (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)

Contact No. :

*No. Tel.*

Address *Alamat* : \_\_\_\_\_

**SECTION D. DATA PROTECTION NOTICE NOTIS PERLINDUNGAN DATA**

For information on how we process your personal data and your right over your personal data, kindly refer to our Personal Data Protection Notice posted at [greateasternlife.com](http://greateasternlife.com).

If you have any inquiry or complaint (such as limiting the processing of certain information, including the withdrawal of consent to receive marketing information), you may contact our **Customer Service Careline** at 1300-1300 88 or Privacy Officer at +603 4813 3796 or write to the Company.

*Untuk maklumat berkenaan pemprosesan data peribadi dan hak anda ke atas data peribadi anda, sila rujuk Notis Perlindungan Data Peribadi yang dipaparkan dalam laman web [greateasternlife.com](http://greateasternlife.com).*

*Jika anda mempunyai sebarang pertanyaan atau aduan (seperti mengehadkan pemprosesan maklumat tertentu, termasuk membatalkan persetujuan untuk menerima maklumat pemasaran), anda boleh menghubungi **Customer Service Careline** di 1300-1300 88 atau Pegawai Privasi kami ditalian +603 4813 3796 atau tulis kepada Syarikat.*

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

- i. **Photocopies of documents MUST be duly certified by authorised parties**, i.e. Claims Officer, Customer Service Officer, Public Notary, Advocate & Solicitor, Justice of Peace, Ketua Balai Polis, District Officer, Medical Officer, Group Manager, or Unit Manager. In addition, for claims incurred outside Malaysia (except Singapore), the confirmation of the claim event and all related documents issued by the Foreign Authority must be certified by the Malaysian Embassy or a Public Notary in the incident country. If you have returned to Malaysia, the documents can be certified by relevant country's Embassy in Malaysia.  
*Salinan Dokumen mesti disahkan oleh pihak yang diberi kuasa, iaitu Pegawai Tuntutan, Pegawai Khidmat Pelanggan, Notari Awam, Peguambela dan Peguamcara, Jaksa Pendamai, Ketua Balai Polis, Pegawai Daerah, Pegawai Perubatan, Pengurus Kumpulan (Group Manager) atau Pengurus Unit (Unit Manager). Bagi tuntutan yang berlaku di luar Malaysia (kecuali Singapura), pengesahan kejadian tuntutan dan semua dokumen berkaitan yang dikeluarkan oleh Pihak Berkuasa Asing mesti disahkan oleh Kedutaan Malaysia atau Notari Awam di negara kejadian. Jika anda telah kembali ke Malaysia, dokumen tersebut boleh disahkan oleh Kedutaan Negara berkenaan di Malaysia.*
- ii. Group Servicing Agent/Union officers/Human Resource Officers may certify all claims documents with the exception of claims incurred outside of Malaysia where the confirmation of the claim event and all other related and relevant documents issued by the Foreign Authority must be certified by the Malaysian Embassy or a Public Notary. Full passport book is required for all foreign claims. Please ensure that at all times, all certified true copies of the claim documents are duly signed and stamped with the name and rank of the Group Servicing Agents/Union officers/Human Resource Officers.  
*Semua dokumen tuntutan berkenaan dengan tuntutan anda boleh disahkan oleh Ejen Insurans Berkelompok/Pegawai Kesatuan/Pegawai Sumber Manusia kecuali bagi tuntutan yang berlaku di luar negara di mana semua dokumen yang berkenaan perlu disahkan oleh Kedutaan Malaysia atau Notari Awam. Salinan buku pasport lengkap adalah diperlukan untuk semua tuntutan yang berlaku di luar negara. Sila pastikan semua dokumen yang berkenaan dengan tuntutan telah disahkan dan ditandatangani oleh Ejen Insurans Berkelompok/Pegawai Sumber Manusia dan dicop dengan nama serta jawatan.*
- iii. 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 sah**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Direct Credit Facility Form (if not submitted before)<br><i>Borang Kemudahan Kredit Terus (jika tidak pernah disertakan)</i>   | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hospitalisation Benefit Claim<br><i>Tuntutan Faedah Hospital</i>   |                          |
| a) Group Hospitalisation Benefit (HB) Claim Form- Claimant's Statement<br><i>Borang Tuntutan Faedah Hospital Berkelompok- Kenyataan Penuntut</i>  | <input type="checkbox"/> |
| b) CTC of Life Assured's NRIC<br><i>Salinan sah Kad Pengenalan Hayat yang Diasuranskan</i>  | <input type="checkbox"/> |
| c) CTC of Claimant's NRIC (if different from Life Assured)<br><i>Salinan sah Kad Pengenalan Pihak yang Menuntut (Jika lain daripada Hayat yang Diasuranskan)</i>  | <input type="checkbox"/> |
| d) CTC of relevant Hospital/Admission bill(s)<br><i>Salinan sah Bil Hospital/Kemasukan Hospital berkenaan</i>   | <input type="checkbox"/> |
| e) Original bill(s)/Tax Invoice(s) and Original Receipt(s) including deposit and refund receipt(s), if any (applicable to reimbursement claims)<br><i>Bil/Invois Cukai asal dan Resit asal termasuk resit deposit dan refund, jika ada (bagi tuntutan Pembayaran Balik)</i> | <input type="checkbox"/> |
| f) CTC of Claim Settlement Advice by other Insurance Company, if any<br><i>Salinan sah "Claim Settlement Advice" dari Syarikat Insurans, jika ada</i>   | <input type="checkbox"/> |
| g) CTC of Discharge note/Discharge summary/Medical Report (if claims > RM500)<br><i>Salinan sah Nota Discaj/Rumusan Discaj/Laporan Perubatan (jika tuntutan &gt; RM 500)</i>  | <input type="checkbox"/> |
| h) CTC of Full Passport Book if the hospitalisation was outside Malaysia (except Singapore)<br><i>Salinan sah Buku Pasport Lengkap jika kemasukan hospital berlaku di luar Malaysia (kecuali Singapura)</i>   | <input type="checkbox"/> |