

LETTER OF AUTHORISATION/CONSENT - To Obtain Further Information for Death

SURAT PEMBERIKUASA/KEBENARAN - Untuk Mendapatkan Maklumat Lanjut Untuk Kematian



Policy No. No. Polisi		New NRIC No. No. KP Baru		-		-	
Policy No. No. Polisi		Old NRIC/Birth Certificate/ Passport No.					
Policy No. No. Polisi		No. KP Lama/Sijil Kelahiran/ No. Pasport					
Policy No. No. Polisi		Name of Deceased Nama Si Mati					

To Whom It May Concern,
Kepada Sesiapa Yang Berkenaan,

Dear Sir/Madam,
Tuan/Puan,

I, the undersigned, being the next-of-kin and/ or legal representative of _____
(*Deceased Life Assured*), hereby authorise and consent to **ANY** doctor, medical practitioner, physician, hospital, laboratory, surgeon, nurse, medical staff, clinic or insurance company, credit reporting agency, organization, institutions or persons that may have any records or knowledge of the Deceased Life Assured's health, medical history, employment, financial or credit information ("Information Provider"), to disclose or provide such information to GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (93745-A) ("the Company"), its authorised service providers and/or its staff for the purpose of processing the death claim and/or any other insurance claim of the abovementioned policies.

I confirm that I have obtained the necessary consent or no objection from all other next-of-kin, heirs, successors, or any other person who may have an interest in the estate or affairs of the Deceased Life Assured. Such consent shall be binding on all such parties, and the Information Provider shall not be required to obtain further consent or provide notice to any other party (including me) prior to the disclosure of such information. I expressly waive on behalf of myself, in my capacity as the next-of-kin and/or legal representative of the Deceased Life Assured, and on behalf of all other next-of-kin, heirs, successors, and any person having a legal or beneficial interest in the estate of the Deceased Life Assured, any provision of law, regulation, confidentiality obligation, or professional or ethical duty that may otherwise prohibit or restrict the Information Provider(s) from disclosing any information in relation to the Deceased Life Assured. This waiver applies regardless of whether the information was acquired in a professional or client capacity, or through statutory, financial, or institutional sources. I further release the Information Provider(s), including its agents and staff, from any and all liability whatsoever that may arise from the disclosure of such information to the Company, its authorized service providers and/or employees, in reliance of this authorisation. This authorisation/consent and any copy thereof shall have the same effect and validity as the original and shall be deemed as sufficient consent for the release of such information.

Saya, yang bertandatangan di bawah, sebagai waris dan/atau wakil sah bagi _____
("Hayat Diasuranskan Si Mati"), dengan ini memberi kuasa dan mengizinkan **mana-mana** pegawai perubatan, doktor, hospital, makmal, pakar bedah, jururawat, kakitangan perubatan, klinik, syarikat insurans, agensi pelaporan kredit, organisasi, institut atau orang perorangan ("Pemberi Maklumat") yang mungkin mempunyai apa-apa rekod atau mengetahui tentang pekerjaan, kewangan, maklumat kredit, kesihatan atau sejarah perubatan Hayat Diasuranskan Si mati untuk mendedahkan atau memberi maklumat kepada Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad ("Syarikat"), pembekal perkhidmatan yang diberi kuasa dan/ atau kakitangannya untuk tujuan memproses tuntutan kematian dan/ atau sebarang tuntutan insurans lain bagi polisi yang dinyatakan di atas.

Saya mengesahkan bahawa saya telah mendapat kebenaran yang diperlukan atau tiada bantahan daripada semua waris terdekat, waris pengganti, atau mana-mana orang lain yang mungkin mempunyai kepentingan dalam harta pusaka atau hal ehwal Hayat Yang Diasuranskan Si mati. Kebenaran sedemikian hendaklah mengikat semua pihak tersebut, dan Pemberi Maklumat tidak perlu mendapatkan kebenaran selanjutnya atau memberikan notis kepada mana-mana pihak lain (termasuk saya) sebelum pendedahan maklumat tersebut.

Saya juga tidak ragu-ragu untuk mengetepikan bagi pihak saya, atas kapasiti saya sebagai waris terdekat dan/atau wakil sah Hayat Yang Diasuranskan Si mati, dan bagi pihak semua waris terdekat, waris pengganti, dan mana-mana orang yang mempunyai kepentingan undang-undang atau beneficial dalam harta pusaka Hayat Yang Diasuranskan Si mati, sebarang peruntukan undang-undang dan peraturan yang terpakai, tanggungjawab kerahsiaan atau tugas profesional atau etika yang mungkin menghalang atau mengehadkan Pemberi Maklumat daripada memberi sebarang maklumat berkenaan mengenai Hayat Diasuranskan Si mati. Penepian ini terpakai tidak kira sama ada maklumat itu diperoleh dalam bidang kuasa sebagai profesional atau pelanggan, atau melalui sumber berkanun, kewangan atau institusi. Saya juga memberi pelepasan kepada Pemberi Maklumat, termasuk ejen dan kaitangannya, daripada sebarang dan segala liabiliti yang mungkin timbul kerana memberi maklumat tersebut kepada Syarikat, pembekal perkhidmatan yang diberi kuasa dan/atau kakitangannya.

Surat pemberikuasa/kebenaran ini dan sebarang salinannya mempunyai hak dan pengesahan yang sama seperti dokumen asal dan dianggap sebagai kebenaran yang mencukupi untuk pendedahan maklumat tersebut.

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.

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 dan hak anda ke atas data peribadi anda, sila rujuk Notis Perlindungan Data Peribadi yang dipaparkan dalam laman web 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 talian 1300-1300 88 atau Pegawai Privasi kami di +603 4813 3796 atau tulis kepada Syarikat.

CLM-AUTHO-V04-012026

Signature of Claimant
Tandatangan Penuntut

Name: _____
Nama
NRIC No.: _____
No. KP
Relationship with
the Deceased: _____
Hubungan dengan
Si Mati
Address: _____
Alamat
Contact No: _____
Tel No.
Date: _____
Tarikh

Signature of Witness
Tandatangan Saksi

Name: _____
Nama
NRIC No.: _____
No. KP
Contact No: _____
No. Tel
Date: _____
Tarikh