

LETTER OF AUTHORISATION/CONSENT - To Obtain Medical Report and Related Information

SURAT PEMBERIKUASA/KEBENARAN - Untuk Mendapatkan Laporan Perubatan dan Maklumat Berkaitan



Proposal/ Policy No.		New NRIC No.		-		-	
No. Polisi/ Cadangan Proposal/ Policy No.		No. KP Baru Old NRIC/Birth Certificate/ Passport No.					
No. Polisi/ Cadangan Proposal/ Policy No.		No. KP Lama/Sijil Kelahiran/ No. Pasport					
No. Polisi/ Cadangan Proposal/ Policy No.		Name of Life Assured/Assured/Patient Nama Hayat yang Diasuranskan/Assured/Pesakit					
No. Polisi/ Cadangan Proposal/ Policy No.							
No. Polisi/ Cadangan Proposal/ Policy No.							

To Whom It May Concern
Kepada Sesiapa Yang Berkenaan

Dear Sir/Madam,
Tuan/Puan,

I, the Life Assured/Assured/Patient, hereby authorise and give my 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 my (or the 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 (198201013982) (93745-A) ("the Company"), its authorised service provider and/or its staff for the purpose of my proposal for assurance in the abovementioned proposal and/or processing of my insurance claim in the abovementioned policies (whichever applicable). The Information Provider(s) shall not be required to obtain any further consent from me (or the Life Assured), nor be required to notify or inform me (or the Life Assured) prior to the disclosure of such information.

I, the Life Assured/Assured/Patient, expressly waive on behalf or myself or any person having any claim or interest in any policy hereunder, 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 acquired in relation to me (or the Life Assured) while attending to me (or the Life Assured) in a professional or client capacity, or through statutory, financial, or institutional sources. I further irrevocably release such Information Provider(s) and its agents or staff from any liability whatsoever that may arise out of or in connection with the supply of such information to the Company, its authorized service providers and/or staff, in reliance of this authorisation. This authorisation shall be binding on my successors and assigns and shall remain valid and effective notwithstanding my death or incapacity.

This authorisation/consent and a copy of it shall have the same effect and validity as the original and shall be deemed as sufficient consent for the release of such information.

Saya, Hayat Yang Diasuranskan/Asured/Pesakit, dengan ini memberi kuasa dan 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 maklumat berkaitan kesihatan, sejarah perubatan, pekerjaan, maklumat kewangan atau kredit saya (atau Hayat Yang Diasuranskan) ("Pemberi Maklumat") untuk mendedahkan atau memberikan maklumat kepada GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (198201013982) (93745-A) ("Syarikat"), pembekal perkhidmatan yang diberi kuasa dan/atau kakitangan syarikat bagi tujuan cadangan untuk asurans saya di bawah No. Cadangan yang dinyatakan dan/atau memproses tuntutan insurans saya di bawah polisi yang dinyatakan (yang mana berkenaan). Pemberi maklumat tidak perlu mendapatkan kebenaran lanjut daripada saya (atau Hayat Yang Diasuranskan) atau memberikan notis kepada saya (atau Hayat Yang Diasuranskan) sebelum mendedahkan maklumat tersebut.

Saya, Hayat Yang Diasuranskan/Assured/Pesakit, dengan ini secara jelas melepaskan bagi pihak diri saya sendiri atau mana-mana individu yang mempunyai tuntutan atau kepentingan ke atas mana-mana polisi di bawah ini, sebarang peruntukan undang-undang dan peraturan yang terpakai, tanggungjawab kerahsiaan, atau tugas profesional atau etika yang mungkin menghalang atau mengehadkan Pemberi Maklumat daripada mendedahkan sebarang maklumat berkaitan saya (atau Hayat Yang Diasuranskan) yang diperoleh semasa memberi perkhidmatan kepada saya (atau Hayat Yang Diasuranskan) dalam kapasiti profesional atau sebagai pelanggan, atau melalui sumber statutori, kewangan, atau institusi. Saya selanjutnya, secara muktamad dan tidak boleh ditarik balik, melepaskan Pemberi Maklumat, termasuk ejen atau kakitangannya, daripada sebarang liabiliti yang mungkin timbul daripada pemberian maklumat tersebut kepada Syarikat, pembekal perkhidmatan yang diberi kuasa dan/atau kakitangannya, berdasarkan kepada surat pemberikuasa ini. Surat pemberikuasa ini akan mengikat pengganti dan penerima hak saya dan akan kekal sah dan berkesan walaupun selepas kematian atau ketidakupayaan saya.

Surat pemberikuasa/kebenaran ini dan 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

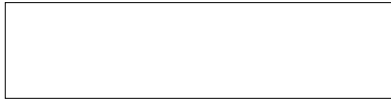
For information on how we process your personal data and your right over your personal data, kindly refer to our Personal Data Protection Notice posted at greateasternlife.com.

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-LOAC-V03-012026



Signature or Thumb Print of Life Assured/Patient
*Tandatangan atau Cap Ibu Jari Hayat yang
Diasuranskan/Pesakit*

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



Signature or Thumb Print of the Assured/Patient's
Parent/Legal Guardian
*Tandatangan atau Cap Jari Assured/Ibubapa
Pesakit/Penjaga Sah*
(If different from the Life Assured/if Patient is below
18 years old)
*(Jika lain daripada Hayat yang Diasuranskan/jika
pesakit berumur di bawah 18 tahun)*

Name *Nama* _____
NRIC No. *No. KP* _____
Contact no. *No. Tel* _____
Date *Tarikh* _____



Signature of Witness
Tandatangan Saksi

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