

**DEATH CLAIM FORM / BORANG TUNTUTAN KEMATIAN (RTT / MRTT)****Instructions:**

- Section A, B, and E to be completed by the Bank Officer.
- Section C, D, and E to be completed by the claimant.
- Please attach the following documents together with death claim form:
  - Certified true copy of death certificates
  - Certified true copy of deceased's identity card
  - Certified true copy of the post mortem & police report (accident cases)
  - Medical report (for death due to illness)
  - Original copy of the deceased's individual Takaful Certificate

**Arahan:**

- Seksyen A, B dan E untuk diisi oleh Pegawai Bank.
- Seksyen B, C, D dan E untuk diisi oleh pihak yang menuntut.
- Sila sertakan dokumen-dokumen berikut bersama dengan borang tuntutan kematian:
  - Sijil Kematian yang disahkan
  - Salinan sah kad pengenalan si mati
  - Salinan sah laporan bedah siasat & laporan polis (bagi kes kemalangan)
  - Laporan perubatan (bagi kematian akibat penyakit)
  - Sijil asal Takaful individu si matii

**SECTION A: BANK PARTICULARS / SEKSYEN A: BUTIRAN BANK**

- Certificate Owner No. / No. Pemegang Sijil : \_\_\_\_\_
- Name of Certificate Owner / Nama Pemegang Sijil : \_\_\_\_\_
- Correspondence Address / Alamat Surat Menyurat : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Telephone No. / No. Telefon : \_\_\_\_\_
- Fax No. / No. Faks : \_\_\_\_\_
- Email Address / Alamat Email : \_\_\_\_\_

**PARTICULARS OF FINANCING / BUTIR-BUTIR PEMBIAYAAN**

- Amount of Financing Approved / Amaun Pembiayaan yang diluluskan \_\_\_\_\_
- Date Financing Approved / Tarikh Pembiayaan di luluskan \_\_\_\_\_
- Date financing / part of financing was first disbursed / Tarikh pembiayaan atau sebahagian pembiayaan mula dilepaskan \_\_\_\_\_
- Amount of financing outstanding at time of death / Amaun pembiayaan yang masih tertunggak pada masa kematian \_\_\_\_\_
- Financing Ref. No. / No. Ruj. Pembiayaan \_\_\_\_\_

**SECTION B: PARTICULARS OF THE DECEASED / SEKSYEN B: BUTIR-BUTIR SI MATI**

- Name of Participant / Nama Peserta : \_\_\_\_\_
- Certificate No. / No. Sijil : \_\_\_\_\_
- Date of birth / Tarikh lahir:  /  /
- Gender / Jantina ☐ Male / Lelaki ☐ Female / Perempuan
- Age / Umur:
- New NRIC No. / No. Kad Pengenalan Baru:
- Old IC / KP Lama:
- Birth Certificate No. / No Sijil Kelahiran: \_\_\_\_\_
- Name and Address of the Employer / Nama dan Alamat Majikan: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Employer's Telephone No / No. Telefon Majikan: \_\_\_\_\_

**SECTION C : PARTICULARS OF DEATH AND RECORD OF MEDICAL CONSULTATIONS /**  
**SEKSYEN C: BUTIR-BUTIR MENGENAI KEMATIAN DAN REKOD RAWATAN PERUBATAN**

|                                                        |                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1a. Date of Death:<br><i>Tarikh Kematian:</i>          | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy)<br>(hh/bb/tttt)                                                                                 |
| 1b. Cause of Death:<br><i>Sebab Kematian:</i>          | <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Illness <input type="checkbox"/> Others, please specify _____<br><i>Kemalangan Penyakit Lain-lain, sila nyatakan</i> |
| 1c. Place of Death:<br><i>Tempat Kematian:</i>         | <input type="text"/>                                                                                                                                                            |
| 1d. Post mortem done?:<br><i>Bedah siasat dibuat?:</i> | <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak                                                                                                           |

1e. Records of Medical Consultation  
*Rekod Rawatan Perubatan*

Was there any other illness before the death event?  
*Adakah Si Mati mengalami penyakit lain sebelum kematian?*

☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak

If "Yes", please state the other illnesses or conditions.  
*Jika "Ya", sila nyatakan penyakit atau keadaan lain tersebut.*

| Name of Illness<br><i>Nama Penyakit</i> | Name of Doctor or Specialist<br><i>Nama Doktor atau Pakar</i> | Name and Address of Hospital or Clinic<br><i>Nama dan Alamat Hospital atau Klinik</i> | Date of Visit<br><i>Tarikh Rawatan</i> |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
|                                         |                                                               |                                                                                       |                                        |
|                                         |                                                               |                                                                                       |                                        |
|                                         |                                                               |                                                                                       |                                        |
|                                         |                                                               |                                                                                       |                                        |

**Death Due To Illness / Kematian Akibat Penyakit**

|                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2a. What complaint(s)/ailment(s) did the Deceased have before death?:<br><i>Apakah tanda-tanda penyakit Si Mati sebelum kematian?:</i>                                               | <input type="text"/>                                                                            |
| 2b. When did the complaint(s)/ailment(s) first appear?:<br><i>Bilakah tanda-tanda penyakit bermula?:</i>                                                                             | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy)<br>(hh/bb/tttt) |
| 2c. First visit to doctor for the complaint(s)/ailment(s):<br><i>Lawatan pertama ke doktor untuk tanda-tanda penyakit tersebut:</i>                                                  | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy)<br>(hh/bb/tttt) |
| 2d. Was the deceased hospitalized or has he/she consulted a doctor prior to death?<br><i>Pernahkah si mati dimasukkan ke hospital atau mendapat nasihat doktor sebelum kematian?</i> | <input type="text"/>                                                                            |

3. Name(s) and address(es) of doctor(s) consulted during the last 5 years

Nama dan alamat doktor yang dirujuk dalam tempoh 5 tahun yang lalu.

| Doctor's Name & Address / Nama & Alamat Doktor | Nature of Complaint / Jenis Aduan |
|------------------------------------------------|-----------------------------------|
|                                                |                                   |

**Death Due To Accident / Kematian Akibat Kemalangan**

|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4a. Date & Time of accident<br><i>Tarikh dan waktu kemalangan</i>               | <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (dd/mm/yyyy)<br><input type="text"/> <input type="text"/> (hh/bb/tttt) <input type="text"/> a.m. / p.m.<br><input type="text"/> pagi / petang                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 4b. Exact location of accident<br><i>Lokasi sebenar kemalangan</i>              | <input type="checkbox"/> House<br><i>Rumah</i> <input type="checkbox"/> Workplace<br><i>Tempat Kerja</i> <input type="checkbox"/> Road/ Others, please specify & state the address:<br><i>Jalan raya/ Lain-lain, sila tentukan &amp; nyatakan alamat:</i><br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 4c. How did the accident happen?<br><i>Bagaimana kemalangan berlaku?</i>        | <input type="checkbox"/> Fall<br><i>Jatuh</i> <input type="checkbox"/> Industrial Accident<br><i>Kemalangan Industri</i> <input type="checkbox"/> Road Traffic Accident<br><i>Kemalangan Jalan Raya</i> <input type="checkbox"/> Others. Please specify:<br><i>Lain-lain. Sila tentukan:</i><br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 4d. Accident reported to :<br><i>Kemalangan dilaporkan kepada :</i>             | <input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i><br>(i) the police<br><i>polis</i><br><input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i><br>(ii) newspaper<br><i>surat khabar</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 4c. If due to Road Traffic Accident<br><i>Jika akibat Kemalangan Jalan Raya</i> | I) Vehicle Involved:<br><i>Kenderaan Terlibat:</i><br><input type="checkbox"/> Car<br><i>Kereta</i> <input type="checkbox"/> Motorcycle<br><i>Motosikal</i> <input type="checkbox"/> Others. Please specify: _____<br><i>Lain-lain. Sila tentukan:</i><br>II) Are the Person Covered:<br><i>Adakah Orang yang Dilindungi:</i><br><input type="checkbox"/> Driver/ Rider<br><i>Pemandu / Penunggang</i> <input type="checkbox"/> Passenger/ Pillion rider<br><i>Penumpang / Pembonceng</i> <input type="checkbox"/> Others, please specify _____<br><i>Lain-lain. Sila tentukan:</i><br>III) If Person Covered is driver/rider, please state:-<br><i>Jika Orang yang Dilindungi adalah pemandu/ penunggang, sila nyatakan:-</i><br><br>License's Type/ License's Class _____<br><i>Jenis Lesen/ Kelas Lesen</i><br><br>Validity License ( <i>Tempoh Lesen</i> )<br>Start date: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (dd/mm/yyyy)<br><i>Tarikh mula: (hh/bb/tttt)</i><br>End date: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (dd/mm/yyyy)<br><i>Tarikh tamat: (hh/bb/tttt)</i><br><br>* Please enclose CTC License<br>* Sila lampirkan salinan lesen yang disahkan |

|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|
| 4f.                                                                                     | Please advise which part of the body was injured and describe the extent of the injuries sustained by the accident<br><i>Sila nyatakan bahagian badan yang tercedera dan tahap kecederaan yang dialami akibat kemalangan</i>                                                         |                                       |                                            |
| 5.                                                                                      | Did the deceased own any other coverage from other Insurance or Takaful Operators? If yes, please state the details below<br><i>Adakah si mati mempunyai perlindungan dari Syarikat Insurance atau Pengendali Takaful yang lain? Jika ya, sila nyatakan butir-butirnya di bawah.</i> |                                       |                                            |
| Name of Insurer/ Takaful Operator/<br><i>Nama Syarikat Insurans/ Pengendali Takaful</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Certificate No. /<br><i>No. Sijil</i> | Benefit Amount /<br><i>Jumlah Manafaat</i> |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |                                            |

**SECTION D: PARTICULARS OF CLAIMANT / SEKSYEN D: BUTIR-BUTIR PIHAK YANG MENUNTUT**

1. Full Name / *Nama Penuh*: \_\_\_\_\_

2. Correspondence Address / *Alamat Surat Menyurat*: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. Email Address. / *Alamat Email*: \_\_\_\_\_

4. Telephone No. / *No. Telefon*: \_\_\_\_\_

House / *Rumah*: \_\_\_\_\_ Office / *Pejabat*: \_\_\_\_\_ Handphone No. / *No. Telefon Bimbit*: \_\_\_\_\_

5. Age / *Umur*:

6. New NRIC No. / *No. Kad Pengenalan Baru*:

Old / *Lama*:

7. Relationship to Deceased / *Hubungan dengan Si Mati*: \_\_\_\_\_

Please note that the Great Eastern Takaful Berhad may require clarification or further answers before the Claim may be considered.  
*Sila ambil perhatian bahawa Great Eastern Takaful Berhad mungkin memerlukan penjelasan atau jawapan selanjutnya sebelum tuntutan dapat dipertimbangkan.*

**SECTION E. DECLARATION & AUTHORISATION, AUTHORISATION FOR CLAIM MATTERS AND AMENDMENT OF ADDRESS, DATA PROTECTION NOTICE AND DECLARATION & AUTHORISATION FOR ONLINE SUBMISSION FORM**  
**PENGISYTIHARAN & KEBENARAN, KEBENARAN UNTUK PERKARA-PERKARA TUNTUTAN DAN PINDAAN MAKLUMAT ALAMAT, NOTIS PERLINDUNGAN DATA DAN PENGISYTIHARAN & KEBENARAN UNTUK PENYERAHAN BORANG DI ATAS TALIAN**

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/ Person Covered's right to be compensated shall be absolutely forfeited. I, the Person Covered/ Certificate Owner/ Claimant hereby authorize and give my consent to any doctor, medical practitioner, physician, hospital, laboratory, surgeon, nurse, medical staff, clinic, takaful operator or insurance company, credit reporting agency, organization, institutions or persons that may have any records or knowledge of my / Person Covered's health or medical history ("Information Provider"), to provide such information to GETB and its authorized 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 takaful 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 certificate with the Company or processing of claim. I, the Person Covered/ Certificate Owner/ Claimant, expressly waive on behalf of myself or any other person who shall have any claim or interest in any certificate 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.

*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/ Orang yang Dilindungi untuk menerima pampasan akan dilucutkan dengan mutlak. Saya, Orang yang Dilindungi/ Pemilik Sijil/ 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, Pengendali Takaful atau syarikat insurans, agensi pelaporan kredit, organisasi, institusi atau individu yang mungkin mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan berkenaan kesihatan atau sejarah kesihatan saya/ Orang yang Dilindungi ("Pemberi Maklumat") bagi menyediakan maklumat tersebut kepada GETB dan penyedia perkhidmatan berdaftar dan/ atau pekerjaannya bagi memproses maklumat data peribadi, pekerjaan, dan maklumat kredit saya (seperti yang ditakrifkan dalam Akta 2010 Agensi Pelaporan Kredit (APK) bagi memproses tuntutan Takaful saya. Saya memberi kuasa kepada Pengendali Takaful dan wakilnya untuk memberi dan mengeluarkan sebarang maklumat kepada mana-mana pihak yang berkaitan dengan permohonan saya atau transaksi dengan Syarikat untuk tujuan berikut (tetapi tidak terhad kepada): mengesahkan maklumat yang diberikan berdasarkan tuntutan ini, pemeriksaan latar belakang, penilaian kredit, penyelesaian pemarkahan, pentadbiran, analisis atau pemantauan sijil dengan Syarikat atau pemprosesan tuntutan. Saya, Orang yang Dilindungi/ Pemilik Sijil/ Pihak yang Menuntut, bagi pihak saya atau mana-mana individu yang mempunyai sebarang tuntutan atau kepentingan dalam mana-mana sijil 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.*

I, the Person Covered/ Certificate Owner/ Claimant, hereby authorise and give my consent, to the deduction of monies due to the Company from the claim proceeds payable pursuant to any certificate hereunder, including but not limited to any Advance Contribution Account (ACA), contribution due, advance benefit paid, and/ or erroneous or payment made in excess of any claim amount. I, the Person Covered/ Certificate Owner/ Claimant, hereby authorised and give consent to the Company to amend my addresses as provided in this claim form. 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. I, the Person Covered/ Certificate Owner/ Claimant agree that the personal data provided in this form may be used, recorded, stored, archived, disclosed or otherwise processed by the Takaful Operator for the purposes relating to the payment of funds in accordance with my/ our instruction herein, and for the purposes of compliance with any legal or regulatory requirements. I consent that my personal information may be used, recorded, stored, archived, disclosed or otherwise processed by or on behalf of the Takaful Operator (and its successors in title) for the provision of takaful services.

*Saya, Orang yang Dilindungi/ Pemilik Sijil/ 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 Sijil di bawah ini, termasuk tetapi tidak terhad kepada sebarang Akaun Sumbangan Pendahuluan, caruman yang perlu dibayar, manfaat yang telah didahulukan dan/ atau pembayaran salah yang dibuat melebihi sebarang amaun tuntutan. Saya, Orang yang Dilindungi/ Pemilik Sijil/ 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 pemegang 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 salinan asal. Saya, Orang yang Dilindungi/ Pemilik Sijil/ Pihak yang Menuntut setuju bahawa data peribadi yang diberi di dalam borang ini mungkin digunakan, direkodkan, disimpan, diarkibkan, dizahirkan atau diproses oleh Pengendali Takaful untuk tujuan berkaitan pembayaran dana sesuai dengan arahan saya/ kami di sini dan untuk tujuan pematuhan sebarang keperluan undang-undang atau peraturan. Saya setuju bahawa maklumat peribadi saya mungkin digunakan, direkodkan, disimpan, diarkibkan, dizahirkan atau diproses oleh atau bagi pihak Pengendali Takaful (dan pengganti hak miliknya) untuk penyediaan perkhidmatan takaful.*

**Authorisation for Claim Matters**

**Kebenaran untuk Perkara-Perkara Tuntutan**

I, the Person Covered/ Certificate Owner/ Claimant hereby give consent to, GREAT EASTERN TAKAFUL BERHAD (916257-H) ("GETB") ("The Company") 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 GETB 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 GETB and to keep GETB 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, Orang yang Dilindungi/ Pemilik Sijil/ Pihak yang Menuntut, dengan ini memberi kebenaran kepada Ejen GREAT EASTERN TAKAFUL BERHAD (916257-H) ("GETB") ("Syarikat") 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 GETB dari segala kerugian, tuntutan, tuduhan, guaman, prosiding, permintaan, ganti rugi, kos dan perbelanjaan yang berbangkit dari atau berkaitan dengan pengambilan perkara tersebut. Saya selanjutnya bersetuju untuk menanggung kerugian GETB serta memelihara GETB dengan indemniti sepenuhnya dari atau berkaitan sebarang dan segala kerugian, tuntutan, tuduhan, guaman, prosiding, permintaan, ganti rugi, kos dan perbelanjaan yang berbangkit dari atau berkaitan dengan pengambilan perkara tersebut. Sila rujuk kepada Kesatuan/ Ejen Insurans Berkelompok/ Majikan tersebut berhubung dengan pengambilan cek bagi Polisi Berkelompok.*

**Data Protection Notice**  
**Notis Perlindungan Data**

Your privacy is of utmost importance to us. For full details on how your data is collected, used, transferred, your rights over your personal data, and how to manage your marketing preferences, please refer to the Personal Data Protection Notice on Great Eastern Takaful Berhad's Website([www.greateastertakaful.com](http://www.greateastertakaful.com)) or obtain a copy from our Customer Service Officer. 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 **1 300 13 8338** or Data Protection Officer at [GETBDPO@greateastertakaful.com](mailto:GETBDPO@greateastertakaful.com).

*Privasi anda adalah sangat penting bagi kami. Untuk maklumat penuh mengenai bagaimana data anda dikumpul, digunakan, dizahirkan, hak anda ke atas data peribadi anda, dan cara-cara untuk mengurus pilihan pemasaran anda, sila rujuk kepada Notis Perlindungan Data Peribadi di laman web Great Eastern Takaful Berhad ([www.greateastertakaful.com](http://www.greateastertakaful.com)) atau dapatkan salinan daripada Pegawai Perkhidmatan kami. Sekiranya anda mempunyai sebarang pertanyaan atau aduan (seperti menghadkan pemprosesan maklumat tertentu, termasuk membatalkan persetujuan untuk menerima maklumat pemasaran), anda boleh menghubungi Pusat Perkhidmatan Pelanggan di **1 300 13 8338** atau Pegawai Perlindungan Data di [GETBDPO@greateastertakaful.com](mailto:GETBDPO@greateastertakaful.com).*

**Declaration & Authorisation for Online Submission Form**  
**Pengisytiharan & Kebenaran untuk Penyerahan Borang di atas talian**

I agree that a copy of documents submitted shall be valid as the original documents and I confirm that the information given on this online submission form is to the best of my knowledge and belief, true in every aspect. I understand that the Takaful Operator reserve the rights to verify the documents submitted for the purpose of processing my claims and agree to provide the original and fair copy of the documents to the Takaful Operator whenever requested.

*Saya bersetuju bahawa salinan dokumen dikemukakan adalah sah seperti salinan asal dan saya mengesahkan bahawa maklumat yang diberi melalui penyerahan borang di atas talian adalah yang terbaik dari pengetahuan dan kepercayaan saya, benar dari segala aspek. Saya faham bahawa Pengendali Takaful berhak untuk mengesahkan dokumen untuk tujuan pemprosesan tuntutan saya dan bersetuju untuk memberi salinan asal dan salinan yang adil kepada Pengendali Takaful apabila diminta.*

I understand that the making of a fraudulent claim by providing untrue or false information is a criminal offence likely to lead to prosecution. Further, I understand and agree that the Takaful Operator shall have the absolute right to recover the claim amount in full from me if there is any untrue or inaccurate representation on the information provided or submission of tampered or false or untrue information had been submitted for the claim.

*Saya faham bahawa membuat penipuan tuntutan dengan mengemukakan maklumat tidak benar atau salah adalah kesalahan jenayah berkemungkinan membawa kepada pendakwaan. Selanjutnya, saya faham dan bersetuju bahawa Pengendali Takaful mempunyai hak mutlak meminta jumlah tuntutan sepenuhnya daripada saya jika terdapat sebarang maklumat yang diberikan adalah tidak benar atau tidak tepat atau penyerahan maklumat yang diusik atau maklumat yang dikemukakan adalah salah atau tidak benar untuk tuntutan.*

\_\_\_\_\_  
Signature Bank Officer / Tandatangan Pegawai Bank

\_\_\_\_\_  
Signature of Claimant / Tandatangan Pihak yang Menuntut

Name / Nama: \_\_\_\_\_

Name / Nama: \_\_\_\_\_

Date / Tarikh: \_\_\_\_\_

Date / Tarikh: \_\_\_\_\_

Designation / Jawatan: \_\_\_\_\_

Tel. No. / No. Tel.: \_\_\_\_\_

Bank's Chop / Cop Bank: \_\_\_\_\_