

TOTAL AND PERMANENT DISABILITY CLAIM FORM / *BORANG TUNTUTAN HILANG UPAYA MENYELURUH DAN KEKAL (RTT / MRTT)*

Instructions:

1. Section A, B, and E to be completed by the Bank Officer.
2. Section C, D, and E to be completed by the claimant.
3. Please attach the following documents together with this claim form:
 - a) Total & Permanent Disability Claim - Doctor's Statement
 - b) Certified true copy of identity card
 - c) Certified true copy of police report (for accident cases only)
 - d) Certified true copy of employment termination letter

Arahan:

1. Seksyen A, B dan E untuk diisi oleh Pegawai Bank.
2. Seksyen B, C, D dan E untuk diisi oleh pihak yang menuntut.
3. Sila sertakan dokumen-dokumen berikut bersama dengan borang ini:
 - a) Total Permanent Disability claim - Doctor's Statement
 - b) Salinan sah kad pengenalan
 - c) Salinan sah laporan polis (bagi kes kemalangan sahaja)
 - d) Salinan sah surat berhenti kerja dari majikan

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

1. Takaful Certificate No. / *No. Sijil Takaful* : _____
2. Name of Takaful Certificate Holder / *Nama Pemegang Sijil Takaful* : _____
3. Address / *Alamat* : _____
4. Telephone No. / *No. Telefon* : _____ 5. Fax No. / *No. Faks* : _____
6. Email Address / *Alamat Email* : _____

PARTICULARS OF FINANCING / *BUTIR-BUTIR PEMBIAYAAN*

1. Financing Reference No. / *No. Rujukan Pembiayaan* : _____
2. Amount of Financing approved / *Amaun Pembiayaan yang diluluskan* : _____
3. Date Financing was approved / *Tarikh bila Pembiayaan diluluskan* : _____
4. Amount of Financing outstanding at time of death / *Amaun Pembiayaan yang masih belum dibayar pada masa kematian* : _____

SECTION B: PARTICULARS OF PERSON DISABLED AND CERTIFICATE DETAILS / *SEKSYEN B: BUTIR-BUTIR ORANG HILANG UPAYA DAN BUTIR-BUTIR SIJIL*

1. Full name of Participant / *Nama penuh peserta* : _____
2. Date of birth / *Tarikh lahir*: / /
3. NRIC No. / *No. Kad Pengenalan*:
 New / *Baru*:
 Old / *Lama*:
4. Birth Certificate No. / *No Sijil Kelahiran*: _____
5. Telephone No. / *No. Telefon*: _____ Handphone No. / *No Telefon Bimbit*: _____
6. Fax No. / *No. Faks*: _____
7. State all Takaful Certificate numbers with GREAT EASTERN TAKAFUL BERHAD in respect of which the claim for the disability is being submitted /
Nyatakan nombor Sijil –Sijil Takaful dengan GREAT EASTERN TAKAFUL BERHAD berkenaan tuntutan hilang upaya yang diajukan

8. Policy number /Certificate number of all other policies/certificates with other Insurance Companies /Takaful Operators /
Nombor polisi / Nombor Sijil dengan lain-lain Syarikat Insuran / Pengendali Takaful yang mana memberikan perlindungan seumpamanya

9. Occupational details / <i>Butir-butir pekerjaan</i>	Nature of occupation / <i>Jenis pekerjaan</i>	Exact duties performed / <i>Tugas hakiki yang dilakukan</i>
Prior to suffering from disability / <i>Sebelum mengalami hilang upaya</i>		
Current employment status / <i>Status pekerjaan semasa</i>		

SECTION C : DETAILS OF DISABILITY / *SEKSYEN C: BUTIR-BUTIR HILANG UPAYA*

1. Is the disability due to / *Adakah hilang upaya tersebut disebabkan oleh :*

☐ Illness / *Penyakit*

Date of when symptoms first started / *Tarikh kali pertama tanda-tanda bermula :* _____

☐ Accident (state date and time) / *Kemalangan (nyatakan tarikh dan masa) :* _____

If disability due to Accident / *Jika hilang upaya akibat kemalangan :*

a) Date & Time of accident / *Tarikh dan waktu kemalangan*

_____ / _____ / _____ (dd/mm/yyyy) _____ a.m. / p.m.
 (hh/bb/tttt) pagi / petang

b) Exact location of accident / *Lokasi sebenar kemalangan*

☐ House / *Rumah* ☐ Workplace / *Tempat Kerja* ☐ Road/ Others, please specify & state the address: *Jalan raya/ Lain-lain, sila tentukan & nyatakan alamat:*

c) How did the accident happen? / *Bagaimana kemalangan berlaku?*

☐ Fall / *Jatuh* ☐ Industrial Accident / *Kemalangan Industri* ☐ Road Traffic Accident / *Kemalangan Jalan Raya* ☐ Others. Please specify: *Lain-lain. Sila tentukan:*

d) If due to Road Traffic Accident / *Jika akibat Kemalangan Jalan Raya*

I) Vehicle Involved: / *Kenderaan Terlibat:*

☐ Car / *Kereta* ☐ Motorcycle / *Motosikal* ☐ Others. Please specify: _____
Lain-lain. Sila tentukan:

II) Are the Person Covered: / *Adakah Orang yang Dilindungi:*

☐ Driver/ Rider / *Pemandu / Penunggang* ☐ Passenger/ Pillion rider / *Penumpang / Pembonceng* ☐ Others, please specify _____
Lain-lain. Sila tentukan:

III) If Person Covered is driver/rider, please state:- / *Jika Orang yang Dilindungi adalah pemandu/ penunggang, sila nyatakan:-*

License's Type/ License's Class _____
Jenis Lesen/ Kelas Lesen

Validity License (*Tempoh Lesen*)

Start date: _____ (dd/mm/yyyy)
Tarikh mula: (hh/bb/tttt)

End date: _____ (dd/mm/yyyy)
Tarikh tamat: (hh/bb/tttt)

* Please enclose CTC License
 * *Sila lampirkan salinan lesen yang disahkan*

2. Describe in detail all the symptoms and / or the nature of injuries / disability suffered /
Huraikan dengan terperinci semua tanda-tanda dan / atau jenis kecederaan / hilang upaya yang dialami

3. Have you undergone any test or investigations to confirm the diagnosis? If so, please give detail /

Pernahkah anda menjalani apa-apa ujian atau pemeriksaan untuk mengesahkan diagnosis tersebut? Jika pernah, sila berikan butiran

4. What treatment are you currently receiving? / *Apakah rawatan yang sedang anda jalani?*

5. Are you currently confined to a hospital? If confined, please state admission and discharge dates. /

Adakah anda kini terlantar di hospital? Jika sedang terlantar di hospital, sila nyatakan tarikh masuk dan tarikh keluar dari hospital

6. Details of ALL Physicians consulted or hospital(s) admitted for current disability and other illness /

Butiran tentang SEMUA Pakar perubatan yang ditemui atau hospital yang dimasuki untuk hilang upaya ini atau penyakit lain

Date Tarikh	Nature of illness Jenis Penyakit	Name of doctor Nama doktor	Address of doctor/ Hospital Alamat doktor / Hospital

7. Are you currently covered for disability benefit with other insurance company/ takaful operator? If yes, please provide the following information. /

Adakah anda sekarang dilindungi untuk manfaat hilang upaya dengan syarikat insurans / syarikat takaful yang lain? Jika ya, sila nyatakan maklumat-maklumat berikut.

Name of Insurance Company/Takaful Operator / Nama Syarikat Insurans / Pengendali Takaful	Policy No./Certificate No. / No. Polisi/ No Sijil	Benefit Amount / Jumlah Manfaat

8. On what date were you first absent from work? / *Bilakah tarikh kali pertama anda tidak hadir bekerja?*

9. Do you anticipate returning to work? If yes, when? / *Adakah anda menjangkakan kembali bekerja semula? Jika ya, bila?*

10. Do you intend to seek alternative employment? / *Adakah anda bercadang untuk mencari pekerjaan lain?*

11. Is there any aspect of your disability that will prevent you from working in any occupation? If so, please give details. /

Adakah terdapat sebarang aspek hilang upaya anda yang akan menghalang anda daripada melakukan apa-apa pekerjaan? Jika ada, sila berikan butiran lengkap.

12. Was there any other illness before the disability? *Adakah mengalami penyakit lain sebelum hilang upaya?*

☐ 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 Nama Penyakit	Name of Doctor or Specialist Nama Doktor atau Pakar	Name and Address of Hospital or Clinic Nama dan Alamat Hospital atau Klinik	Date of Visit Tarikh Rawatan

SECTION D: 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) 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.

*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) 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.*

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*: _____