

HOSPITALISATION & SURGICAL CLAIM - CLAIMANT'S STATEMENT
BORANG TUNTUTAN RAWATAN HOSPITAL & PEMBEDAHAN
KENYATAAN PIHAK YANG MENUNTUT



Certificate No. No. Sijil	<input type="text"/>	New NRIC No. No. KP Baru	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Certificate No. No. Sijil	<input type="text"/>	Old NRIC/BC/Passport No. No. KP Lama/ Sijil Kelahiran / Pasport	<input type="text"/>
Certificate No. No. Sijil	<input type="text"/>	Name of the Person Covered Nama Orang yang Dilindungi	<input type="text"/>
		Contact No. No. Telefon:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Medical claim/ H&S Tuntutan Perubatan/ H&S		<input type="checkbox"/> Hospitalisation Benefit (HB) benefit Manfaat Hospital	

1. Person Covered's Details <i>Butir Orang yang Dilindungi</i>	
a. Occupation <i>Pekerjaan:</i>	a. <input type="text"/>
b. Current correspondence address: <i>Alamat surat menyurat:</i>	b. <input type="text"/>
2. If treatment was due to accident, please furnish details of accident. <i>Jika rawatan akibat kemalangan, sila kemukakan butiran berikut.</i>	
1. Date & Time of accident: <i>Tarikh & Masa kemalangan:</i>	1. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) _____ a.m. / p.m. <i>(hh/bb/tttt) pagi / petang</i>
2. Exact location of accident: <i>Lokasi sebenar kemalangan:</i>	2. <input type="checkbox"/> House <input type="checkbox"/> Workplace <input type="checkbox"/> Road/ Others, please specify & state the address: <i>Rumah Tempat Kerja Jalan raya/ Lain-lain, sila tentukan & nyatakan alamat</i>
3. How did the accident happen?: <i>Bagaimana kemalangan tersebut berlaku?:</i>	3. <input type="checkbox"/> Fall <input type="checkbox"/> Industrial Accident <input type="checkbox"/> Road Traffic Accident <input type="checkbox"/> Others, please specify: <i>Jatuh Kemalangan Industri Kemalangan Jalan Raya Lain-lain. Sila nyatakan:</i>
4. If due to Road Traffic Accident: <i>Jika akibat Kemalangan Jalan Raya:</i>	4. i) Vehicle involved: <i>Kenderaan terlibat:</i> <input type="checkbox"/> Car <input type="checkbox"/> Motorcycle <input type="checkbox"/> Others, please specify: _____ <i>Kereta Motosikal Lain-lain, sila nyatakan:</i> ii) Are the Person Covered: <i>Adakah Orang yang Dilindungi:</i> <input type="checkbox"/> Driver/ Rider <input type="checkbox"/> Passenger/ Pillion rider <input type="checkbox"/> Others, please specify: <i>(Pemandu/ (Penumpang/ Pembonceng) Lain-lain, sila nyatakan:</i> iii) If Person Covered is driver/ rider, please state:- <i>Jika Orang yang Dilindungi adalah pemandu/ penunggang, sila nyatakan:-</i> License's Type/ License's Class _____ <i>Jenis Lesen/ Kelas Lesen</i> Validity License <i>(Tempoh Lesen)</i> Starts date: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) <i>Tarikh mula: (hh/bb/tttt)</i> End date: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) <i>Tarikh tamat: (hh/bb/tttt)</i> * Please enclose CTC License <i>* Sila lampirkan salinan lesen yang disahkan</i>
5. What are the injuries sustained?: <i>Apakah kecederaan yang dialami?:</i>	5. <input type="text"/> <input type="text"/>

CLM-HSCSF-V08-052022-TAKAFUL

Great Eastern Takaful Berhad (916257-H)

Head Office: Menara Great Eastern 303 Jalan Ampang 50450 Kuala Lumpur

Customer Service Careline: 1 300 13 8338 Fax: +603 4259 8808

E-mail: i-greatcare@greastertakaful.com Website: www.greastertakaful.com

3. If hospitalisation was due to illness, please furnish details. <i>Jika kemasukan ke hospital akibat penyakit, sila kemukakan butiran berikut.</i>			
a. Nature of illness/ symptom <i>Jenis penyakit/ simptom:</i>			
b. How long had the Person Covered been having the symptom prior to this admission? <i>Berapa lamakah Orang yang Dilindungi telah menghidap simptom yang dikemukakan sebelum dimasukkan ke hospital?:</i>			
c. What was the diagnosis? <i>Apakah diagnosis ketika itu?:</i>			
4. Name and address of all doctors who treated the Person Covered for this condition. <i>Nama dan alamat semua doktor yang merawat Orang yang Dilindungi untuk keadaan ini.</i>			
Date of Consultation <i>Tarikh Rawatan</i>	Date of Admission and Date of Discharge (if any) <i>Tarikh Kemasukan dan Tarikh Discaj (jika ada)</i>	Name of Doctor(s) <i>Nama Doktor</i>	Address <i>Alamat</i>
5. Name(s) of all medical practitioner(s) and clinic(s)/ hospital(s) which the Person Covered has, sought or received medical treatment, advice, consultation and/ or medical check-up within the previous five (5) years. <i>Nama semua doktor dan klinik/ hospital dimana Orang yang Dilindungi pernah dapatkan atau terima sebarang rawatan, nasihat, rundingan dan/ atau pemeriksaan perubatan dalam lima (5) tahun lepas.</i>			
Date of Consultation/ Treatment etc. <i>Tarikh rundingan/ rawatan dll.</i>	Name of Doctor(s) <i>Nama Doktor</i>	Name, Address and Telephone No. of Clinic/ Hospital <i>Nama, Alamat dan No Telefon Klinik/ Hospital</i>	
6. Is the Person Covered presently insured for Hospitalisation & Surgical benefits under any government law/ programme, employee benefit, any health benefit scheme or any other insurance policies? If yes, please furnish details. <i>Adakah Orang yang Dilindungi ketika ini di bawah perlindungan insurans faedah Hospital & Pembedahan, di bawah sebarang program/ undang-undang kerajaan, kemudahan pekerja, sebarang skim faedah kesihatan atau sebarang polisi insurans lain? Jika ada, sila kemukakan butiran berikut.</i>			
(a) Name of Company/ Programme/ Scheme <i>Nama Syarikat/ Program/ Skim</i>		(b) Certificate/ Membership No. <i>No. Sijil/ Keahlian</i>	

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 pekerjanya 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 permakluman, 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 and Amendment of Address

Kebenaran untuk Perkara-Perkara Tuntutan dan Pindaan Maklumat Alamat

I, the Person Covered/ Certificate Owner/ Claimant hereby give consent to, GREAT EASTERN TAKAFUL BERHAD (916257-H) ("GETB") 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.

Saya, Orang yang Dilindungi/ Pemilik Sijil/ Pihak yang Menuntut, dengan ini memberi kebenaran kepada Ejen GREAT EASTERN TAKAFUL BERHAD (916257-H) ("GETB") 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.

I, the Person Covered/ Certificate 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, Orang yang Dilindungi/ Pemilik Sijil/ Pihak yang Menuntut _____
No. K.P. _____ 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 certificates
Saya ingin membuat pindaan alamat seperti dinyatakan dalam borang ini untuk semua sijil berkaitan
- The addresses stated in this form are for this claim transaction only
Alamat-alamat yang dinyatakan hanyalah untuk transaksi tuntutan ini sahaja

Data Protection Notice
Notis Perlindungan Data

If you have any inquiry such as limiting the processing of certain information, including the withdrawal of consent to the processing of personal information, you may contact our Customer Careline at 1300-13-8338, or write to the Takaful Operator at i-greatcare@greateastertakaful.com.
Sekiranya anda mempunyai sebarang pertanyaan seperti menghadkan pemprosesan maklumat tertentu, termasuk membatalkan persetujuan untuk pemprosesan maklumat peribadi, anda boleh menghubungi talian Careline kami di 1300-13-8338, atau menulis kepada Pengendali Takaful di i-greatcare@greateastertakaful.com.

If you have any complaints in respect of your personal information, you may contact our Privacy Officer at 603-4259 8381.
Sekiranya anda mempunyai sebarang aduan berhubung dengan maklumat peribadi anda, anda boleh menghubungi Pegawai Privasi kami di 603-4259 8381.

For more information on how the Takaful Operator processes your personal information, please log on to our website greateastertakaful.com and read the Client Charter and Privacy Policy.

Untuk keterangan lanjut mengenai cara Pengendali Takaful memproses maklumat peribadi anda, sila layari laman sesawang kami greateastertakaful.com dan baca Piagam Pelanggan dan Dasar Privasi.

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.

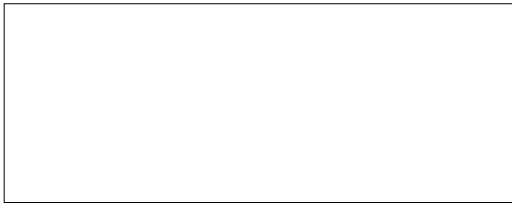
Saya bersetuju bahawa salinan dokumen dikemukakan adalah sah seperti salinan asal dan saya mengesahkan bahawa maklumat yang diberi melalui penyerahan borang di atas talian adalah yang terbaik dari pengetahuan dan kepercayaan saya, benar dari segala aspek. Saya faham bahawa Pengendali Takaful berhak untuk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

NOTE: If Person Covered/ Certificate Owner/ Claimant is unable to sign due to disability, the thumbprint has to be witnessed by the attending doctor or our authorised officers at any nearest office.

NOTA: Sekiranya Orang yang Dilindungi/ Pemilik Sijil/ Pihak yang Menuntut tidak dapat menandatangani disebabkan oleh hilang upaya, cap ibu jari perlu disaksikan oleh doktor atau pihak yang diberi kuasa di mana-mana cawangan berdekatan.



Name *Nama:* _____

NRIC No./ Passport No.: _____
No. KP Baru/ No. Passport

Date *Tarikh:* _____

Signature of Person Covered
Tandatangan Orang yang Dilindungi



Name *Nama:* _____

NRIC No./ Passport No.: _____
No. KP Baru/ No. Passport

Contact No. *No. Telefon:* _____

Address *Alamat:* _____

Signature of Certificate Owner/ Claimant
Tandatangan Pemilik Sijil/ Pihak yang Menuntut
If different from the Person Covered
(Jika lain daripada Orang yang Dilindungi)

Email *Emel:* _____

Date *Tarikh:* _____

Relationship with the
Person Covered: _____
*Hubungan dengan Orang
yang Dilindungi*



Name *Nama:* _____

NRIC No./ Passport No.: _____
No. KP Baru/ No. Passport

Contact No. *No. Telefon:* _____

Address *Alamat:* _____

Signature of Witness
Tandatangan Saksi

Email *Emel:* _____

Date *Tarikh:* _____

LETTER OF AUTHORIZATION / CONSENT
SURAT PEMBERIKUASA / KEBENARAN

To Obtain Further Medical Information
Untuk Mendapatkan Maklumat Perubatan Lanjut

TO WHOM IT MAY CONCERN **KEPADA SESIAPA YANG BERKENAAN**

Name of Person Covered *Nama Orang yang Dilindungi:* _____

NRIC No. *No Kad Pengenalan:* _____ New *Baru* _____ Old *Lama* _____

Certificate No. *No. Sijil:* _____

I, _____, NRIC No. _____ hereby authorize and give my consent to any medical practitioner, physician, surgeon, nurse, medical staff, clinic, hospital, medical centre, takaful operator, insurance company or organization or individual concerned ("The Information Provider") that may have any record or knowledge of the health or medical history of the above stated ("Person Covered") and to provide such information to **GREAT EASTERN TAKAFUL BERHAD** and its authorized service provider and/or its employees in order to process my takaful claim.

*Saya _____, No. Kad Pengenalan _____ dengan ini memberi kuasa dan mengizinkan mana-mana pegawai perubatan, doktor, pakar bedah, klinik, hospital, pusat perubatan, pengendali takaful, syarikat insurans atau organisasi, institusi atau perseorangan ("Pemberi Maklumat") yang mungkin mempunyai apa-apa rekod atau mengetahui tentang kesihatan atau sejarah perubatan saya yang disebut di atas untuk memberi maklumat kepada **GREAT EASTERN TAKAFUL BERHAD** ("Pengendali Takaful") atau pihak pembekal perkhidmatan yang diberi kuasa dan/atau kakitangannya.*

I expressly waived all provisions of law or professional ethics forbidding the Information Provider(s) from disclosing any such information acquired on myself in a professional and/or client capacity and I further release the Information Provider(s) and its agent/staff from any liability whatsoever that may rise, in supplying such information requested by the Takaful Operator.

Saya juga tidak ragu-ragu mengeneikan segala peruntukan undang-undang atau etika profesional yang menghalang Pemberi Maklumat daripada memberi maklumat berkenaan mengenai saya dalam bidang kuasa sebagai profesional dan/atau pelanggan dan saya juga memberi pelepasan kepada Pemberi Maklumat, ejen dan/atau kakitangannya daripada apa-apa liabiliti kerana memberi maklumat tersebut kepada Pengendali Takaful.

This authorization/consent is irrevocable and a copy of it will have the same effect and validity as the original.

Surat pemberikuasa/kebenaran ini adalah muktamad dan salinannya juga memberi hak pengesahan yang sama sepertimana asal.

Signature of Certificate Owner

Tandatangan Pemilik Sijil

Name: _____

Nama

Relationship with Patient: _____

Hubungan dengan Pesakit

Date: _____

Tarikh

Supporting document to be required with this claimant's statement (where applicable)

Dokumen sokongan yang diperlukan dengan Borang Tuntutan Rawatan ini (yang bersesuaian)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Attending Physician Statement (Except Pre & Post Claim)
<i>Kenyataan Doktor yang Merawat</i> | <input type="checkbox"/> Laboratory Test Result, X-ray, MRI/CT Scan, Ultrasound, HPE/Biopsy Report (if any)
<i>Laporan Ujian Makmal, Sinar-X, MRI/CT, Ultrasound, HPE/Biopsi (jika ada)</i> |
| <input type="checkbox"/> Original itemized Bill and Receipt
<i>Bil Terperinci dan Resit Asal</i> | <input type="checkbox"/> Certified True Copy of Life Assured and Claimant NRIC/Passport
<i>Salinan yang Diakui Benar Kad Pengenalan/Passport Hayat Yang Diasuranskan dan Pihak Menuntut</i> |
| <input type="checkbox"/> Direct Credit Facility Form
<i>Borang Kemudahan Kredit Terus</i> | |