OUTPATIENT CLAIM - CLAIMANT'S STATEMENT

BORANG TUNTUTAN RAWATAN PESAKIT LUAR - KENYATAAN PIHAK YANG MENUNTUT

Great Eastern TAKAFUL

Certificate No. *No. Sijil*

Certificate No. *No. Sijil*

Certificate No. *No. Sijil*

New NRIC No. *No. KP Baru* ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Old NRIC/ BC/ Passport No. *No. KP Lama/ Sijil Kelahiran / Pasport*

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

Contact No. *No. Telefon:*

☐ Pre/ Post Hospitalisation *Rawatan Sebelum/ Selepas Kemasukan Hospital*

☐ Emergency Accidental Outpatient Treatment *Rawatan Kemalangan Kecemasan Pesakit Luar*

☐ Outpatient Cancer/ Dialysis *Rawatan Kanser/ Dialisis*

1. For Pre/Post Hospitalisation or Outpatient Cancer/Dialysis Claim *Rawatan Sebelum/Selepas Kemasukan Hospital atau Rawatan Kanser/Dialisis*

a. Admission & Discharge Date: *Tarikh Kemasukan & Tarikh Discaj*

a. _____

b. Name of Doctor(s) & Address: *Nama Doktor & Alamat*

b.

2. If treatment was due to accident, please furnish details of accident. *Jika rawatan akibat kemalangan, sila kemukakan butiran berikut.*

1. Date & Time of accident: *Tarikh & Masa kemalangan:*

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

2. Exact location of accident: *Lokasi sebenar kemalangan:*

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

3. How did the accident happen?: *Bagaimana kemalangan tersebut berlaku?:*

3. ☐ Fall *Jatuh* ☐ Industrial Accident *Kemalangan Industri* ☐ Road Traffic Accident *Kemalangan Jalan Raya* ☐ Others, please specify: *Lain-lain. Sila nyatakan:* _____

4. If due to Road Traffic Accident: *Jika akibat Kemalangan Jalan Raya:*

4. i) Vehicle involved: *Kenderaan terlibat:*

☐ Car *Kereta* ☐ Motorcycle *Motosikal* ☐ Others, please specify: *Lain-lain, sila nyatakan:* _____

ii) Are the Person Covered: *Adakah Orang yang Dilindungi:*

☐ Driver/ Rider *(Pemandu/ Penunggang)* ☐ Passenger/ Pillion rider *(Penumpang/ Pembonceng)* ☐ Others, please specify: *Lain-lain, sila nyatakan:* _____

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)*

Starts date: *Tarikh mula:* ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ (dd/mm/yyyy) *(hh/bb/tttt)*

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

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

5. What are the injuries sustained?: *Apakah kecederaan yang dialami?:*

5. _____

3. Do you provide Direct Credit info before?
Adakah anda mengemukakan maklumat Kredit Langsung sebelum ini?

☐ Yes *Ya* ☐ No (If No, please attach the Complete Direct Credit Form) *Tidak (Jika Tidak, sila lampirkan borang Kemudahan Kredit Langsung)*

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@greateasterntakaful.com Website: www.greateasterntakaful.com

1452377931

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 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.

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.

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@greateasterntakaful.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@greateasterntakaful.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 **greateasterntakaful.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 ***greateasterntakaful.com*** dan baca Piagam Pelanggan dan Dasar Privasi.

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.*

Signature of Person Covered
Tandatangan Orang yang Dilindungi

Name *Nama:* _____

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

Date *Tarikh:* _____

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

Name *Nama:* _____

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

Contact No. *No. Telefon:* _____

Address *Alamat:* _____

_____

Email *Emel:* _____

Date *Tarikh:* _____

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

Signature of Witness
Tandatangan Saksi

Name *Nama:* _____

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

Contact No. *No. Telefon:* _____

Address *Alamat:* _____

_____

Email *Emel:* _____

Date *Tarikh:* _____