

**CRITICAL ILLNESS CLAIM FORM - CLAIMANT'S STATEMENT**  
**BORANG TUNTUTAN PENYAKIT KRITIKAL - KENYATAAN PENUNTUT**



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/Birth Certificate/ Passport No.	<input type="text"/>
Certificate No. No. Sijil	<input type="text"/>	No. KP Lama/Sijil Kelahiran/No. Pasport	
Certificate No. No. Sijil	<input type="text"/>	Name of Person Covered Nama Orang yang Dilindungi	<input type="text"/>
		Handphone No. No. Telefon Bimbit	<input type="text"/> - <input type="text"/>

**A. PERSON COVERED'S PARTICULARS BUTIR-BUTIR ORANG YANG DILINDUNGI**

1. Current correspondence address Alamat surat-menyurat terkini	1. _____ _____								
2. Occupation and exact duties Pekerjaan dan tugas sebenar	2. _____								
3. (a) Employer's / Business Name Nama majikan / syarikat	3a) _____								
(b) Company Registration Number Nombor pendaftaran syarikat	3b) _____								
4. Employer's / Business' Full Address Alamat lengkap majikan / syarikat	4. _____ _____ Postcode Poskod: _____								
5. Employer's / Business' telephone no. No. telefon majikan / syarikat	5. _____								
6. Does person covered have any certificate with other takaful operators / insurers? Adakah orang yang dilindungi mempunyai sijil dengan pengendali takaful / syarikat insurans yang lain? If "Yes", please provide the details. Jika "Ya", sila nyatakan butir-butir tersebut.	6. <input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak <table border="1"> <thead> <tr> <th>Certificate / Policy No. No. Sijil / Polisi</th> <th>Takaful Operator / Company Pengendali Takaful / Syarikat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Certificate / Policy No. No. Sijil / Polisi	Takaful Operator / Company Pengendali Takaful / Syarikat						
Certificate / Policy No. No. Sijil / Polisi	Takaful Operator / Company Pengendali Takaful / Syarikat								

**B. PAYMENT MODE CARA PEMBAYARAN**

How do you wish to receive your claims payment? *Bagaimana anda ingin menerima pembayaran wang tuntutan anda?*

Direct Credit (please attach Direct Credit Form for Claims). *Kredit Langsung (sila sertakan Borang Kredit Langsung bagi Tuntutan)*

Mail to current correspondence address. *Mel ke alamat surat-menyurat terkini*

Through authorised personnel to collect cheque (please attach Letter of Authorisation). *Melalui nama yang diberi kuasa untuk mengutip cek bagi pihak (sila sertakan Surat Kebenaran)*

To be collected by claimant at Great Eastern Takaful's Office at \_\_\_\_\_  
*Dituntuti oleh penuntut di Pejabat Great Eastern Takaful*

\* Standing Instruction from Group Master Certificate Owner applies for Group certificate(s).  
 \* Arahan Tetap daripada Pemilik Sijil Berkelompok akan dikenakan untuk sijil Berkelompok.

**C. NATURE OF CLAIM AND RELATED DETAILS JENIS TUNTUTAN DAN BUTIR-BUTIR BERKENAAN**

1. Describe fully the symptom(s) for which you consulted a medical practitioner. Nyatakan sepenuhnya tanda-tanda yang menyebabkan anda berjumpa dengan pengamal perubatan?	1. _____ _____
2. How long did you have the symptoms before you consulted a medical practitioner? Berapa lama anda mengalami tanda-tanda tersebut sebelum berjumpa dengan pengamal perubatan?	2. _____
3. Date when you FIRST consulted a medical practitioner. Tarikh anda MULA-MULA berjumpa dengan pengamal perubatan.	3. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)
4. Describe fully the extent and nature of your illness. Nyatakan sepenuhnya tahap dan jenis penyakit.	4. _____ _____
5. Have you previously suffered from, or received treatment for, a similar or related illness? Pernakah anda mengalami atau dirawat untuk penyakit yang serupa atau berkaitan?	5. <input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak If "Yes", give full details. Jika "Ya", berikan butir-butir lengkap _____ _____

CLM-LAPSF-V04-042015-TAKAFUL

**D. RECORD OF MEDICAL CONSULTATIONS REKOD RAWATAN PERUBATAN**

1. Give below the details of all doctors or specialists who have been consulted in connection with your illness :-

*Berikan butir-butir doktor atau pakar yang merawat anda untuk kecederaan di atas :-*

Name <i>Nama</i>	Address <i>Alamat</i>	Consultation Date <i>Tarikh Rawatan</i>

2. If you were admitted to a hospital or similar institution, please supply the following details:

*Jika anda masuk ke hospital atau lain-lain institusi, berikan butir-butir berikut:*

Name of hospital or institution <i>Nama hospital atau institusi</i>	Date of Admission <i>Tarikh Masuk</i>	Date of Discharge <i>Tarikh Keluar</i>	Diagnosis <i>Diagnosis</i>

3. Please provide the name and address of your regular doctor / clinic if different from above (1) or (2) :-

*Sila berikan nama dan alamat pegawai perubatan / klinik yang anda biasa berjumpa, jika lain daripada (1) atau (2) yang di atas:-*

---

---

---

---

---

**E. GENERAL UMUM**

Have any of your blood relatives suffered from a similar or related illness?

*Pernahkah saudara sedarah anda mengalami penyakit yang serupa atau berkaitan?*

Yes *Ya*       No *Tidak*

If "Yes", state the relationship of relatives, nature of illness and the date when the illness was first diagnosed. *Jika "Ya", nyatakan pertalian persaudaraan, jenis penyakit dan tarikh penyakit mula-mula didiagnoskan.*

---

---

---

**Confirmation On GST Registration, Declaration & Authorisation By The Certificate Owner / Person Covered / Claimant**  
**Pengesahan Pendaftaran Cukai Barang dan Perkhidmatan ("CBP"), Pengisytiharan & Kebenaran Oleh Pemilik Sijil /**  
**Orang Yang Dilindungi / Pihak yang Menuntut**

Please tick if Certificate Owner is GST registered (leave blank if not GST registered)  
*Sila tandakan jika Pemilik Sijil telah mendaftar CBP (kosongkan jika tidak mendaftar CBP)*

GST No. : \_\_\_\_\_  
*No. CBP*

I, the Person Covered / Certificate Owner / Claimant understand and agree that, GREAT EASTERN TAKAFUL BERHAD (916257-H) ("GETB") shall rely on my confirmation in respect of the Certificate Owner GST registration provided above for GST tax credit purposes. I further agree, that in the event any action, claim or proceeding is taken against GETB and / or any fine, charge, penalty or any other GST liability is imposed on GETB as a result of relying on my incorrect confirmation on the Certificate Owner GST registration, I undertake to hold GETB harmless and keep GETB indemnified to the fullest extent permitted by law.

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 or insurance company, takaful operator or other 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 employees in order to process my Takaful 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.

I, the Person Covered / Certificate Owner / Claimant, hereby authorize and give my consent, to the deduction of monies due to GETB from the claim proceeds payable pursuant to any certificate hereunder, including but not limited to any contribution due, advance benefit paid, erroneous and / or payment made in excess of any claim amount. 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.

*Saya, Orang yang Dilindungi / Pemilik Sijil / Pihak yang Menuntut, memahami dan bersetuju bahawa GREAT EASTERN TAKAFUL BERHAD (916257-H) ("GETB") akan bergantung terhadap pengesahan daripada saya berhubung dengan pendaftaran CBP Pemilik Sijil seperti dinyatakan di atas untuk tujuan kredit cukai CBP. Saya bersetuju selanjutnya bahawa jika sebarang tindakan, tuntutan atau prosiding diambil terhadap GETB dan / atau sebarang denda, caj, penalti atau sebarang tanggungjawab CBP dikenakan kepada GETB disebabkan bergantung kepada maklumat tidak benar daripada saya terhadap pendaftaran CBP Pemilik Sijil, saya berjanji untuk tidak menyalahkkan GETB dan memastikan GETB dilindungi sepenuhnya seperti dibenarkan undang-undang.*

*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 atau syarikat insurans, pengendali takaful atau organisasi lain, 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 pekerjaanya bagi memproses tuntutan Takaful saya. 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.*

*Saya, Orang yang Dilindungi / Pemilik Sijil / Pihak yang Menuntut, dengan ini memberi kebenaran dan keizinan untuk menolak wang yang perlu dibayar kepada GETB daripada jumlah tuntutan yang boleh dibayar menurut sebarang Sijil di bawah ini, termasuk tetapi tidak terhad kepada sebarang Caruman yang perlu dibayar, manfaat yang telah didahulukan dan/atau pembayaran salah yang dibuat melebihi sebarang amaun tuntutan. Kebenaran ini akan terikat kepada pengganti hak milik dan penerima 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 asal.*

Signature of Person Covered  
*Tandatangan Orang yang Dilindungi*

Name *Nama* \_\_\_\_\_  
NRIC No. *No. KP* \_\_\_\_\_  
Date *Tarikh* \_\_\_\_\_

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

Name *Nama* \_\_\_\_\_  
NRIC No. *No. KP* \_\_\_\_\_  
Tel. No. *No. Telefon* \_\_\_\_\_  
Address *Alamat* \_\_\_\_\_  
Date *Tarikh* \_\_\_\_\_

Signature of Witness  
*Tandatangan Saksi*

Name *Nama* \_\_\_\_\_  
NRIC No. *No. KP* \_\_\_\_\_  
Tel. No. *No. Telefon* \_\_\_\_\_  
Address *Alamat* \_\_\_\_\_  
Date *Tarikh* \_\_\_\_\_