

**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"/>
Certificate No. No. Sijil	<input type="text"/>	Old NRIC/BC/Passport No. No. KP Lama/Sijil Kelahiran/ Paspot	<input type="text"/>
Certificate No. No. Sijil	<input type="text"/>	Name of Person Covered Nama Orang yang Dilindungi	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> HealthCare Services (plan with medical card)		<input type="checkbox"/> Takaful Claims (H&S/HB)	

1. Person Covered's Details <i>Butir Orang yang Dilindungi</i>			
a. Occupation <i>Pekerjaan</i>		<input type="text"/>	
b. Current correspondence address <i>Alamat surat menyurat</i>		<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>			
a. When did it occur? <i>Bila kemalangan tersebut berlaku?</i>		DD _____ MM _____ YY _____ HH _____ BB _____ TT _____	at _____ AM/PM pada _____ pagi/ptg
b. Where did it occur? <i>Di mana kemalangan tersebut berlaku?</i>		<input type="text"/>	
c. How did it occur? <i>Bagaimana kemalangan tersebut berlaku?</i> (Please state details description of the accident). <i>(Sila terangkan butiran kemalangan secara terperinci).</i>		<input type="text"/>	
d. Nature and extent of injury(ies) sustained. <i>Jenis dan tahap kecederaan yang dialami.</i>		<input type="text"/>	
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>		<input type="text"/>	
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>		<input type="text"/>	
c. What was the diagnosis? <i>Apakah diagnosis ketika itu?</i>		<input type="text"/>	
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>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
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 &amp; 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>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

CLM-HSCSF-V04-042015-TAKAFUL

**Great Eastern Takaful Berhad (916257-H)**

Head Office: Menara Great Eastern 303 Jalan Ampang 50450 Kuala Lumpur  
 Telephone: +603 4259 8338 Fax: +603 4259 8808 Customer Service Careline: 1 300 13 8338  
 E-mail: i-greatcare@i-great.com.my Website: www.i-great.com

7. 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 menyalahkan 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 pekerjanya 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. Kad Pengenalan* : \_\_\_\_\_

Contact No. *Tel. No.* : \_\_\_\_\_

Date *Tarikh* : \_\_\_\_\_

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

Name *Nama* : \_\_\_\_\_

NRIC No. *No. Kad Pengenalan* : \_\_\_\_\_

Contact No. *Tel. No.* : \_\_\_\_\_

Address *Alamat* : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date *Tarikh* : \_\_\_\_\_

Signature of Witness  
*Tandatangan Saksi*

Name *Nama* : \_\_\_\_\_

NRIC No. *No. Kad Pengenalan* : \_\_\_\_\_

Contact No. *Tel. No.* : \_\_\_\_\_

Address *Alamat* : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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