

**TOTAL AND PERMANENT DISABILITY BENEFITS CLAIM FORM - CLAIMANT'S STATEMENT**  
**BORANG TUNTUTAN FAEDAH HILANG UPAYA PENUH & KEKAL - 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 No. KP Lama/ Sijil Kelahiran	<input type="text"/>
Certificate No. No. Sijil	<input type="text"/>	Name of the Person Covered Nama Orang yang Dilindungi	<input type="text"/>
Certificate No. No. Sijil	<input type="text"/>	Contact No. No. Telefon:	<input type="text"/>

**SECTION A. PARTICULARS OF THE PERSON COVERED BUTIR-BUTIR ORANG YANG DILINDUNGI**

1. Current correspondence address: <i>Alamat surat-menyurat terkini</i>	1. _____	
2. E-mail Address <i>Alamat E-mel:</i>	2. _____	
3. Nationality <i>Warganegara:</i>	3. <input type="checkbox"/> Malaysian <i>Malaysia</i> <input type="checkbox"/> Non-Malaysian. Please specify: <i>Bukan Malaysia. Sila nyatakan</i>	
	Passport No. <i>No. Pasport:</i> _____	
	Passport Expiry Date <i>Tarikh Luput Pasport:</i> _____ (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)	
4. Occupation Details <i>Butir-Butir Pekerjaan</i>	Prior to suffering from disability <i>Sebelum hilang upaya keseluruhan kekal</i>	Current employment status <i>Pekerjaan Sekarang</i>
(a) Occupation <i>Pekerjaan:</i>	(a) _____	(a) _____
(b) The Details of the Employer/ Institute/ School (if student) <i>Butir-butir Majikan/ Institusi/ Sekolah (jika pelajar)</i>	(b) _____	(b) _____
i) Contact No. <i>No. Telefon:</i>	(i) _____	(i) _____
(c) Nature of Work <i>Jenis Kerja:</i>	(c) <input type="checkbox"/> Administrative/ Management/ Executive <i>Pentadbiran/ Pengurusan/ Eksekutif</i>	(c) <input type="checkbox"/> Administrative/ Management/ Executive <i>Pentadbiran/ Pengurusan/ Eksekutif</i>
	<input type="checkbox"/> Supervisory to the field or Sales (Without engaging in manual work) <i>Penyeliaan Lapangan atau Penjualan (Tidak melibatkan kerja manual)</i>	<input type="checkbox"/> Supervisory to the field or Sales (Without engaging in manual work) <i>Penyeliaan Lapangan atau Penjualan (Tidak melibatkan kerja manual)</i>
	<input type="checkbox"/> Non-heavy manual work but with the use of tools or machinery in course of work <i>Kerja manual tidak berat tetapi melibatkan penggunaan peralatan atau mesin semasa menjalankan tugas</i>	<input type="checkbox"/> Non-heavy manual work but with the use of tools or machinery in course of work <i>Kerja manual tidak berat tetapi melibatkan penggunaan peralatan atau mesin semasa menjalankan tugas</i>
	<input type="checkbox"/> Heavy manual work and the use of tools/ equipment or machinery in course of duties <i>Kerja manual berat dan melibatkan penggunaan peralatan/ perkakasan atau mesin semasa menjalankan tugas</i>	<input type="checkbox"/> Heavy manual work and the use of tools/ equipment or machinery in course of duties <i>Kerja manual berat dan melibatkan penggunaan peralatan/ perkakasan atau mesin semasa menjalankan tugas</i>
(d) Please describe in detail the exact duties performed: <i>Sila nyatakan tugas sebenar</i>	(d) _____	(d) _____
e) Does Person Covered work require to: <i>Adakah pekerjaan Orang yang Dilindungi memerlukan:</i>	(e) <input type="checkbox"/> Driving a car <i>Memandu Kereta</i>	(e) <input type="checkbox"/> Driving a car <i>Memandu Kereta</i>
	<input type="checkbox"/> Driving other vehicles <i>Memandu kenderaan lain</i>	<input type="checkbox"/> Driving other vehicles <i>Memandu kenderaan lain</i>
	<input type="checkbox"/> Climbing ladders or heights <i>Memanjat tangga atau tempat tinggi</i>	<input type="checkbox"/> Climbing ladders or heights <i>Memanjat tangga atau tempat tinggi</i>
	<input type="checkbox"/> Travelling away from your normal work <i>Keluar dari tempat kerja yang biasa</i>	<input type="checkbox"/> Travelling away from your normal work <i>Keluar dari tempat kerja yang biasa</i>
	<input type="checkbox"/> Carrying heavy load <i>Membawa barangan berat</i>	<input type="checkbox"/> Carrying heavy load <i>Membawa barangan berat</i>
	<input type="checkbox"/> Lifting heavy loads <i>Mengangkut barangan berat</i>	<input type="checkbox"/> Lifting heavy loads <i>Mengangkut barangan berat</i>
	<input type="checkbox"/> Crawling or kneeling <i>Merangkak atau melutut</i>	<input type="checkbox"/> Crawling or kneeling <i>Merangkak atau melutut</i>
	<input type="checkbox"/> Other physical exertions. Please specify: <i>Lain-lain penggunaan tenaga fizikal. Sila nyatakan:</i>	<input type="checkbox"/> Other physical exertions. Please specify: <i>Lain-lain penggunaan tenaga fizikal. Sila nyatakan:</i>

CLM-TPDCF-V08-052022-TAKAFUL

<p>5. Does Person Covered have any certificate with other Takaful Operator/ Insurers?  <i>Adakah Orang yang Dilindungi mempunyai sijil dengan Pengendali Takaful/ Syarikat Insurans yang lain?</i>            If "Yes", please provide the details.  <i>Jika "Ya", sila nyatakan butir-butir tersebut.</i></p>	<p>5. <input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i></p>						
	<table border="1"> <tr> <td>Certificate No./ Polisi No. <i>No. Sijil/ No. Polisi</i></td> <td>Takaful Operator/ Company <i>Pengendali Takaful/ Syarikat</i></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Certificate No./ Polisi No. <i>No. Sijil/ No. Polisi</i>	Takaful Operator/ Company <i>Pengendali Takaful/ Syarikat</i>				
	Certificate No./ Polisi No. <i>No. Sijil/ No. Polisi</i>	Takaful Operator/ Company <i>Pengendali Takaful/ Syarikat</i>					

**SECTION B. RECORD OF MEDICAL CONSULTATIONS *REKOD RAWATAN PERUBATAN***

1. Details of all doctor(s) or specialist(s) who have been consulted due to these injury(s)/ complaint(s)/ ailment(s) :-  
*Butir-butir semua doktor atau pakar yang merawat kecederaan/ tanda-tanda penyakit:-*

Name of Doctor or Specialist <i>Nama Doktor atau Pakar</i>	Name & Address of Hospital or Clinic <i>Nama dan Alamat Hospital atau Klinik</i>	Date of Visit <i>Tarikh Rawatan</i>

2. Was there any other illness before this disability?  
*Pernahkah mengalami penyakit lain sebelum ini?*  
 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 <i>Nama Penyakit</i>	Name of Doctor or Specialist <i>Nama Doktor atau Pakar</i>	Name and Address of Hospital or Clinic <i>Nama dan Alamat Hospital atau Klinik</i>	Date of Visit <i>Tarikh Rawatan</i>

**SECTION C. GENERAL INFORMATION *MAKLUMAT UMUM***

1. Date of Disability  
*Tarikh Hilang Upaya* 1.  /  /  (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)

2. Are Person Covered currently confined to:  
*Adakah Orang yang Dilindungi kini terlarat:*  
 Bed *Katil*  Wheelchair *Kerusi roda*  Hospital *Hospital*  
 Able to walk with aids *Boleh berjalan dengan bantuan*  Able to walk without aids *Boleh berjalan tanpa bantuan*  House *Rumah*

3. Last date of work  
*Tarikh terakhir kerja* 3.  /  /  (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)

4. Date expected to return to work and daily activities  
*Tarikh dijangka kembali bekerja dan menjalankan aktiviti harian* 4.  /  /  (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)

5. Date terminated from employment, if any  
*Tarikh perkhidmatan ditamatkan, jika ada* 5.  /  /  (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)  
 \*Please enclose letter of termination  
*\*Sila lampirkan surat penamatan pekerjaan*

6. Highest level of education  
*Tahap pendidikan tertinggi* 6.  Primary *Sekolah rendah*  Secondary *Sekolah menengah*  Tertiary *Pengajian tinggi*

7. Are Person Covered medically boarded out (MBO)?  
*Adakah Orang yang Dilindungi diberhentikan kerja atas alasan kesihatan?* 7.  Yes, please submit the following:-  
*Ya, sila berikan:-*  No *Tidak*  
 i) Letter from Employer / SOCSO *Surat daripada Majikan/ Perkeso*  
 ii) Medical report for MBO *Laporan perubatan untuk pemberhentian kerja atas alasan kesihatan.*

**SECTION D. IF DISABILITY DUE TO ACCIDENT**

**JIKA HILANG UPAYA AKIBAT KEMALANGAN**

<p>1. Date &amp; Time of accident <i>Tarikh &amp; Masa kemalangan</i></p>	<p>1. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) _____ a.m. / p.m. <i>(hh/bb/tttt) pagi / petang</i></p>
<p>2. Exact location of accident <i>Lokasi sebenar kemalangan</i></p>	<p>2. <input type="checkbox"/> House <input type="checkbox"/> Workplace <input type="checkbox"/> Road/ Others, please specify &amp; state the address : <i>Rumah Tempat Kerja Jalan raya/ Lain-lain, sila tentukan &amp; nyatakan alamat :</i></p>
<p>3. How did the accident happen? <i>Bagaimana kemalangan tersebut berlaku?</i></p>	<p>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 tentukan :</i></p>
<p>4. If due to Road Traffic Accident <i>Jika akibat Kemalangan Jalan Raya</i></p>	<p>4. i) Vehicle involved: <i>Kenderaan terlibat:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Car <input type="checkbox"/> Motorcycle <input type="checkbox"/> Others, please specify: _____ <i>Kereta Motosikal Lain-lain, sila nyatakan:</i></p> <p>ii) Are the Person Covered: <i>Adakah Orang yang Dilindungi:</i></p> <p><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></p> <p>iii) If Person Covered is driver/ rider, please state:- <i>Jika Orang yang Dilindungi adalah pemandu/ penunggang, sila nyatakan:-</i></p> <p>License's Type/ License's Class _____ <i>Jenis Lesen/ Kelas Lesen</i></p> <p>Validity License (<i>Tempoh Lesen</i>)</p> <p>Starts date: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) <i>Tarikh mula: (hh/bb/tttt)</i></p> <p>End date: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) <i>Tarikh tamat: (hh/bb/tttt)</i></p> <p>* Please enclose CTC License <i>* Sila lampirkan salinan lesen yang disahkan</i></p>
<p>5. Please advice which part of the body was injured and describe the extent of the injuries sustained by the accident <i>Sila nyatakan bahagian badan yang tercedera dan tahap kecederaan yang dialami akibat kemalangan</i></p>	<p>5. _____</p>

**SECTION E. IF DISABILITY DUE TO ILLNESS**

**JIKA HILANG UPAYA AKIBAT PENYAKIT**

<p>1. Name of illness <i>Nama penyakit</i></p>	<p>1. _____</p>
<p>2. Brief description of symptom(s)/ complaint(s) <i>Nyatakan secara ringkas tanda-tanda penyakit</i></p>	<p>2. _____</p>
<p>3. Date of the symptom(s) first onset <i>Tarikh tanda-tanda itu mula timbul</i></p>	<p>3. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)</p>
<p>4. First visit to doctor <i>Kali pertama berjumpa doctor</i></p>	<p>4. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)</p>
<p>5. Date of diagnosis <i>Tarikh diagnosis</i></p>	<p>5. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)</p>
<p>6. Name and address of the doctor who had made the diagnosis <i>Nama dan alamat doktor yang membuat diagnosis tersebut</i></p>	<p>6. _____</p>



**SECTION G. 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 pkerjanya 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 pemrosesan 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](mailto: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](mailto: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](http://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](http://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.*

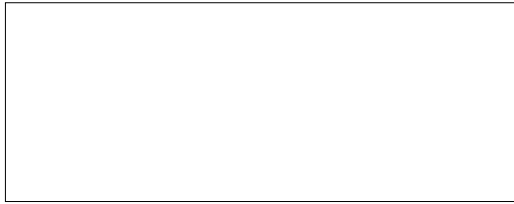
I understand that the making of a fraudulent claim by providing untrue or false information is a criminal offence likely to lead to prosecution. Further, I understand and agree that the Takaful Operator shall have the absolute right to recover the claim amount in full from me if there is any untrue or 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.




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:* \_\_\_\_\_

This page is intentionally left blank