

TOTAL AND PERMANENT DISABILITY BENEFITS CLAIM FORM - CLAIMANT'S STATEMENT
BORANG TUNTUTAN FAEDAH HILANG UPAYA TOTAL & 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/ Passport No.	<input type="text"/>
Certificate No. No. Sijil	<input type="text"/>	No. KP Lama/Sijil Kelahiran/No. Pasport	<input type="text"/>
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 <i>Alamat surat-menyurat terkini</i>	1. _____ _____
2. Occupation and exact duties <i>Pekerjaan dan kerja sebenar</i>	2. _____
3. a) Employer's/Business Name <i>Nama majikan/syarikat</i> b) Company Registration No. <i>No. Pendaftaran Syarikat</i>	3a) _____ 3b) _____
4. Employer's/Business's full address <i>Alamat lengkap majikan/syarikat</i>	4. _____ _____ _____ Postcode <i>Poskod</i> : _____
5. Employer's / Business' Telephone No. <i>No. Telefon Majikan / Syarikat</i>	5. _____
6. Does person covered have any certificate with other takaful operators / 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>	6. <input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>

Certificate / Polisi 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. 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 disability:-
Berikan butir-butir doktor atau pakar yang merawat anda untuk hilang upaya di bawah:-

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 dimasukkan 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 :-

CLM-TPDCF-V04-042015-TAKAFUL

D. GENERAL UMUM

<p>1. What is the highest level of education do you have? <i>Tahap pendidikan tertinggi yang diperolehi?</i></p> <p>2. Are you currently confined to <i>Adakah anda kini terlanjar di</i></p> <p>3. When were you last able to work? <i>Tarikh terakhir anda boleh bekerja?</i></p> <p>4. State the date when you are expected to resume your work and daily activities. <i>Nyatakan tarikh anda dijangka kembali bekerja dan menjalankan aktiviti harian anda.</i></p> <p>5. If your service is terminated, please confirm the effective date. <i>Jika perkhidmatan anda ditamatkan, sila nyatakan tarikh berkuatkuasa.</i></p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Primary <i>Sekolah rendah</i> <input type="checkbox"/> Degree <i>Ijazah</i> <input type="checkbox"/> Secondary <i>Sekolah menengah</i> <input type="checkbox"/> Post Graduate <i>Lepasan Ijazah</i> <input type="checkbox"/> Diploma <i>Diploma</i> <input type="checkbox"/> Others <i>Lain-lain</i> _____</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Bed <i>Katil</i> <input type="checkbox"/> House <i>Rumah</i> <input type="checkbox"/> Hospital <i>Hospital</i></p> <p>3. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)</p> <p>4. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)</p> <p>5. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)</p>
--	---

E. PARTICULARS OF OCCUPATION BUTIR-BUTIR PEKERJAAN

Please list the jobs held in the past 3 years. *Senaraikan pekerjaan anda untuk tempoh 3 tahun yang lepas.*

Dates (From - To) <i>Tarikh (Dari - Hingga)</i>	Job Title <i>Nama Jawatan</i>	Employer's Address <i>Alamat Majikan</i>	Exact Duties of Work <i>Jenis Kerja Sebenar</i>	Average Monthly Income (RM) <i>Pendapatan Purata Bulanan (RM)</i>

F. PARTICULARS OF LATEST EMPLOYMENT BUTIR-BUTIR PEKERJAAN TERKINI (SILA NYATAKAN DENGAN LANJUT)**WORK AREA SKOP PEKERJAAN**

<p>1. What kind of environment do you work in? <i>Persekitaran tempat kerja anda?</i></p> <p>2. Are you in management or supervisory capacity? <i>Adakah anda menjalankan tugas-tugas pengurusan atau penyeliaan?</i></p> <p>3. Do you operate any machinery or special equipments? <i>Adakah anda mengendalikan mesin atau alat-alat khas yang lain?</i></p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Office <i>Pejabat</i> <input type="checkbox"/> Factory <i>Kilang</i> <input type="checkbox"/> Others <i>Lain-lain</i> _____</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i></p> <p>3. <input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i></p>
---	--

JOB SKILLS KEMAHIRAN PEKERJAAN

<p>4. What is the qualification needed for the job? <i>Kelulusan yang diperlukan dalam pekerjaan anda?</i></p> <p>5. Any special skills required? <i>Adakah kemahiran khas diperlukan?</i></p> <p>6. What level of practical experience is required? <i>Apakah tahap pengalaman praktikal yang diperlukan?</i></p>	<p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p>
--	---

G. TRAVEL & BUSINESS HOURS PERJALANAN KE TEMPAT KERJA DAN WAKTU BEKERJA

<p>1. What is your normal working hours and days? <i>Apakah waktu dan hari bekerja yang biasa?</i></p> <p>2. Are you required to work on shift, Sunday or on-call? <i>Adakah anda diperlukan bekerja syif, pada hari Ahad atau bila dipanggil?</i></p> <p>3. How do you go to work? <i>Bagaimanakah anda pergi ke tempat kerja?</i></p> <p>4. What is the distance of travel to go to your normal place of work? <i>Jarak perjalanan ke tempat kerja anda?</i></p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p>
--	---

5. Does your work require you to: *Adakah pekerjaan anda memerlukan anda untuk:*

<input type="checkbox"/> Driving a car <i>Memandu kereta</i>	<input type="checkbox"/> Carrying heavy loads <i>Membawa barangan berat</i>
<input type="checkbox"/> Driving other vehicles <i>Memandu kenderaan lain</i>	<input type="checkbox"/> Lifting heavy loads <i>Mengangkat barangan berat</i>
<input type="checkbox"/> Climbing ladders or heights <i>Memanjat tangga atau tempat tinggi</i>	<input type="checkbox"/> Crawling or kneeling <i>Merangkak atau melutut</i>
<input type="checkbox"/> Travelling away from your normal place of work <i>Keluar dari tempat kerja yang biasa</i>	
<input type="checkbox"/> Other physical exertions. Please specify. <i>Lain-lain penggunaan tenaga fizikal. Sila nyatakan.</i>	

H. TO BE COMPLETED BY A SELF-EMPLOYED PERSON ONLY**UNTUK DIISI OLEH ORANG YANG BEKERJA SENDIRI SAHAJA**

1. Please name your business/Company <i>Berikan nama perniagaan/Syarikat anda</i>	1. _____
2. What is the nature of your business? <i>Jenis perniagaan anda?</i>	2. _____
3. Are there any other proprietors or directors of the business? How many? <i>Adakah terdapat pemilik atau pengarah yang lain di dalam perniagaan ini? Berapa orang?</i>	3. _____
4. Please provide your business registration number and your Company registration number, if incorporated. <i>Sila berikan no. pendaftaran perniagaan atau Syarikat, jika didaftarkan.</i>	4. _____

I. TO BE COMPLETED IF DISABILITY CAUSED BY AN ACCIDENT**UNTUK DIISIKAN JIKA HILANG UPAYA DISEBABKAN OLEH KEMALANGAN**

1. When did the accident happen? <i>Bila kemalangan berikut berlaku?</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. Where did the accident happen? <i>Di mana kemalangan tersebut berlaku?</i>	2. _____
3. Describe in detail how the accident happened. <i>Nyatakan secara terperinci bagaimana kemalangan berlaku</i>	3. _____
4. Describe the extent of the injuries sustained in the accident. <i>Nyatakan tahap kecederaan yang dialami akibat kemalangan.</i>	4. _____

J. TO BE COMPLETED IF DISABILITY CAUSED BY AN ILLNESS**UNTUK DIISIKAN JIKA HILANG UPAYA DISEBABKAN OLEH PENYAKIT**

1. Please fully describe the condition or the symptoms. <i>Nyatakan dengan terperinci keadaan atau tanda-tanda penyakit anda.</i>	1. _____
2. When did the symptoms/condition first appear? <i>Bilakah tanda-tanda/keadaan itu mula-mula timbul?</i>	2. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) <i>(hh/bb/tttt)</i>
3. When did you first consult doctor for the symptoms? <i>Bilakah anda berjumpa doktor buat pertama kali mengenai tanda-tanda penyakit anda?</i>	3. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) <i>(hh/bb/tttt)</i>
4. What is the exact diagnosis? <i>Apakah keputusan diagnosis?</i>	4. _____
5. When was the diagnosis first made known to you? <i>Bilakah anda diberitahu mengenai diagnosis anda?</i>	5. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) <i>(hh/bb/tttt)</i>
6. Provide the name and address of the doctor who had made the diagnosis? <i>Berikan nama dan alamat doktor yang telah membuat diagnosis tersebut?</i>	6. _____
7. What tests or investigations were done to confirm the diagnosis? <i>Apakah ujian atau penyiasatan yang telah dibuat untuk mengesahkan diagnosis itu?</i>	7. _____
8. What are the treatments you undergoing currently? <i>Apakah rawatan yang diterima sekarang?</i>	8. _____
9. Were you suffering from any other illness or related conditions prior to the onset of the disability? Please state the illness or condition and the details of treatment (by whom, address and when). <i>Adakah anda menghidap apa-apa penyakit lain atau keadaan yang berkaitan sebelum hilang upaya bermula? Sila nyatakan penyakit atau keadaan dan butir-butir rawatan (oleh siapa, alamat dan bila).</i>	_____

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 pkerjanya 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* _____