



LETTER OF AUTHORISATION/CONSENT

To obtain further information (for Total & Permanent Disability Benefits claim)

To Whom It May Concern

Dear Sir/Madam

I hereby authorize and give my consent to any medical practitioner, physician, surgeon, clinic, hospital, medical center, insurance company or other organisation or individual concerned ("the Information Provider") that may have any records or knowledge of the employment, financial, health or medical history of myself ("the Assured/Life Assured") and to provide such information to GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD ("The Company") or its authorised agents and/or employees.

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 Company.

This authorisation/consent is irrevocable and a copy of it will have the same effect and validity as the original.

Signature/Thumb print of Assured/Life Assured

Our ref:

Name:

NRIC (Old) :

(New):

Date:

Registration or Admission No : *(if hospitalised)*

SURAT PEMBERIKUASAAN / KEBENARAN

Untuk Mendapatkan Maklumat Lanjut (Faedah Hilang Upaya Total & Kekal)

Kepada Sesiapa Yang Berkenaan

Tuan / Puan,

Saya dengan ini memberi kuasa dan mengizinkan mana-mana pegawai perubatan, doktor, pakar bedah, klinik, hospital, pusat perubatan, syarikat insurans atau organisasi, institut atau orang perseorangan ("Pemberi Maklumat") yang mungkin mempunyai apa-apa rekod atau mengetahui tentang pekerjaan, kewangan, kesihatan atau sejarah perubatan saya untuk memberi maklumat kepada GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (Malaysia) BERHAD ("Syarikat") atau mana-mana ejen dan/atau kakitangannya yang diberi kuasa.

Saya juga tidak ragu-ragu untuk menyetujui 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 Syarikat.

Surat pemberikuasaan / kebenaran ini adalah muktamad dan salinannya juga memberi hak dan pengesahan yang sama dengan yang asal.

Tandatangan / Cap Ibu Jari

Rujukan Kami:

Nama:

No. K/P (lama) :

(baru):

Tarikh:

No. Pendaftaran/Kemasukan Hospital: