

LIVING ASSURANCE CLAIM FORM - PERSONAL STATEMENT
BORANG TUNTUTAN PENYAKIT KRITIKAL - KENYATAAN PERIBADI



Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>	New NRIC No. <i>No. KP Baru</i>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>	Old NRIC/BC/Passport No. <i>No. KP Lama/Sijil Kelahiran/Pasport</i>	<input type="text"/>				
Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>	Name of Life Assured <i>Nama Hayat yang Diasuranskan</i>	_____				
Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>						
Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>						

Issued By <i>Dikeluarkan Oleh:</i>	Date <i>Tarikh:</i>
------------------------------------	---------------------

Note: GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD does not admit liability by the mere issue of this or any claim form.
Nota: GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BHD tidak mengakui liabiliti dengan pemberian borang ini atau mana-mana borang tuntutan.

1. Life Assured's Particulars *Butir-butir Hayat yang Diasuranskan*

Address *Alamat* _____
Occupation *Pekerjaan* _____ Date of Birth *Tarikh Lahir* _____

2. Nature of Claim and Related Details *Jenis Tuntutan dan Butir-Butir Berkenaan*

- Describe fully the symptoms for which you consulted a medical practitioner. *Nyatakan sepenuhnya tanda-tanda yang menyebabkan anda berjumpa dengan pengamal perubatan.*
- 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?*
- Date when you FIRST consulted a medical practitioner *Tarikh anda MULA-MULA berjumpa dengan pengamal perubatan*
- Describe fully the extent and nature of your illness. *Nyatakan sepenuhnya tahap dan jenis penyakit*
- Have you previously suffered from, or received treatment for, a similar or related illness? If "Yes" give full details: *Pernahkah anda mengalami atau dirawat untuk penyakit yang serupa atau berkaitan? Jika "Ya", berikan butir-butir lengkap.*

3. Record of Medical Consultations *Rekod Rawatan Perubatan*

- Give below the details of any doctors or specialist who have been consulted in connection with your illness :-
Berikan butir-butir doktor atau pakar yang merawat anda untuk penyakit di atas:-
Name *Nama* _____
Address *Alamat* _____
Dates of Consultations *Tarikh-tarikh Rawatan:* _____
- If you were treated at a hospital of similar institution, please supply the following details: *Jika anda dirawat di hospital atau lain-lain institusi, berikan butir-butir berikut:*
Name of hospital or institution: *Nama hospital atau institusi* _____
Date of Admission *Tarikh Masuk* _____ Date of Discharge *Tarikh Keluar* _____
- Please provide the name and address of your usual medical attendant if different from above :- *Sila berikan nama dan alamat pegawai perubatan anda yang biasa, jika lain daripada yang di atas:-*

CLM-LAPSF-V01-032006

Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad (93745-A)

Head Office: Menara Great Eastern 303 Jalan Ampang 50450 Kuala Lumpur
Customer Service Careline (603) 4259 8333 Agent Service Careline (603) 4259 8111 Fax (603) 4259 8198
E-mail wecare@lifeisgreat.com.my Website www.lifeisgreat.com.my

6297462635

4. General Umum

(i) Have any of your blood relatives suffered from a similar or related illness? If "Yes", state relationship of relative, nature of illness and the date when the illness was first diagnosed. *Pernahkah saudara sedarah anda mengalami penyakit yang serupa atau berkaitan? Jika "Ya", nyatakan pertalian persaudaraan, jenis penyakit dan tarikh penyakit mula-mula didiagnoskan?*

(ii) Have you or any one else claimed or intend to make a claim from any other Insurance Company in respect of this illness?. If "Yes", please give name of Insurer, the type of insurance (Hospitalisation Benefits, Health Insurance, Critical Illness, Living Assurance etc) and amount claimed or to be claimed. *Pernahkah anda atau orang lain membuat atau berniat membuat tuntutan dari mana-mana Syarikat Insurans yang lain untuk penyakit ini? Jika "Ya" berikan nama Syarikat Insurans dan jenis insurans (Manfaat Kemasukan Hospital, Insurans Kesihatan, Penyakit Kritikal, dll) dan jumlah tuntutan.*

(iii) Do you smoke cigarettes? *Adakah anda merokok?*

YES YA

NO TIDAK

If Yes, *Jika "Ya",* a) what is your daily consumption? *berapa batang anda merokok sehari?* _____

b) for how long have you been smoking? *berapa lama anda telah merokok?* _____

Declaration *Pengakuan*

I hereby declare that all answers given by me in this statement are, to the best of my knowledge and belief, true and complete. I consent to Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad seeking medical information from any doctor who, at any time, has attended me concerning anything which affects my physical or mental health or seeking information from any insurance office, organisation or person and I authorise the giving of such information. A photocopy of this authorisation shall be as valid as the original. *Saya mengaku bahawa semua jawapan yang saya berikan di dalam kenyataan ini adalah benar dan lengkap menurut pengetahuan dan kepercayaan saya. Saya mengizinkan Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad mendapatkan maklumat perubatan dari mana-mana doktor yang pada bila-bila masa telah merawat saya untuk apa-apa yang menjejaskan kesihatan fizikal atau mental saya atau mendapatkan maklumat dari mana-mana pejabat insurans, organisasi atau orang perseorangan dan saya mengizinkan pemberian maklumat tersebut. Salinan fotokopi keizinan ini adalah sah seperti yang asal.*

Signature of Life Assured *Tandatangan Hayat yang Diansuranskan*

Date *Tarikh*

This portion is to be completed by the Assured only if the Assured and the Life Assured are different persons. *Bahagian ini untuk dipenuhi oleh Pemegang Polisi, jika lain daripada Hayat yang Diansuranskan.*

I declare that all answers above given by the Life Assured are true to the best of my knowledge. *Saya mengaku bahawa semua jawapan yang diberikan oleh Hayat yang Diansuranskan adalah benar menurut pengetahuan saya.*

Signature of Assured *Tandatangan Pemegang Polisi*

Date *Tarikh*

(if Assured and Life Assured are different persons)
(Jika Pemegang Polisi lain daripada Hayat yang Diansuranskan)

Name *Nama*

Agent's / Officer's Declaration *Pengakuan Ejen / Pegawai*

I hereby declare that I have sighted the original *NRIC/Passport/Birth Certificate of the Life Assured and verified the identity of the Life Assured through the use of such *NRIC/Passport/Birth Certificate. *Saya mengesahkan identiti Hayat yang Diansuranskan setelah melihat *Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Kelahiran yang asli.*

Signature of the *Agent / Officer *Tandatangan *Ejen / Pegawai* _____ Name *Nama* _____

"Sekiranya wujud sebarang percanggahan atau pertikaian dalam penggunaan istilah dan/atau terma-terma di dalam borang ini, rujukan akan dibuat mengikut terma di dalam Bahasa Inggeris".