

HOSPITALISATION & SURGICAL CLAIM - CLAIMANT'S STATEMENT
BORANG TUNTUTAN RAWATAN HOSPITAL & PEMBEDAHAN KENYATAAN
PIHAK YANG MENUNTUT



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>	<input type="text"/>				
Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>						
Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>						

Instruction - Supporting documents required / *Arahan - Dokumen sokongan yang diperlukan*
 Please attach the final original bills and original receipts covering hospitalisation / surgical expenses and completed original Attending Physician Statement / *Bil asal muktamad terperinci asal dan resit resmi yang mencatatkan perbelanjaan rawatan hospital dan pembedahan.*

1. Life Details / <i>Butir Hayat Yang Dilindungi</i>					
a. Age / <i>Umur</i>	<input type="text"/>				
b. Occupation / <i>Pekerjaan</i>	<input type="text"/>				
c. Current correspondence address / <i>Alamat surat menyurat</i>	<input type="text"/>				
d. Tel No / <i>No Tel</i>	<input type="text"/>				
2. Claimant's details (If other than life insured) / <i>Butir Pihak Menuntut (Jika berlainan daripada hayat yang dilindungi)</i>					
a. Name of Claimant / <i>Nama Pihak Menuntut</i>	<input type="text"/>				
b. NRIC No / <i>No KP</i>	<input type="text"/>				
c. Correspondence address / <i>Alamat surat menyurat</i>	<input type="text"/>				
d. Tel No / <i>No Tel</i>	<input type="text"/>				
3. If hospitalisation was due to accident, please furnish details of accident: / <i>Jika kemasukan ke hospital akibat kemalangan, sila kemukakan butiran berikut:</i>					
a. When did it occur? / <i>Bila kemalangan tersebut berlaku?</i>	DD <i>HH</i>	MM <i>BB</i>	YY <i>TT</i>	at <i>pada</i>	AM/PM <i>pagi/ptg</i>
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>	<input type="text"/>				
d. Nature and extent of injury? / <i>Jenis dan tahap kecederaan yang dialami</i>	<input type="text"/>				
4. If hospitalisation was due to other causes, please furnish: / <i>Jika kemasukan ke hospital akibat sebab lain, sila kemukakan butiran berikut:</i>					
a. Nature of illness / symptom / <i>Jenis penyakit / simtom</i>	<input type="text"/>				
b. For how long had you / the life insured been having the symptom prior to first admission? <i>Berapa lamakah anda / hayat dilindungi telah menghidap simtom yang dikemukakan sebelum dimasukkan ke hospital?</i>	<input type="text"/>				
c. What was the diagnosis? / <i>Apakah diagnosis ketika itu?</i>	<input type="text"/>				
5. Name and address of doctors who treated you / the life insured for this illness / injury / condition. <i>Nama dan alamat doktor yang merawat anda / hayat yang dilindungi untuk penyakit / kecederaan / keadaan ini.</i>	Date of Consultation <i>Tarikh Rawatan</i>	Date of Admission (if any) <i>Tarikh Kemasukan (jika ada)</i>	Date of Discharge <i>Tarikh Discaj</i>		
Doctor's Name / <i>Nama Doktor</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Address / <i>Alamat</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

CLM-HSCSF-V01-102005

6.	<p>Please furnish name and address of your / the life insured's usual attending doctor other than above. <i>Sila nyatakan nama dan alamat doktor yang selalu merawat anda / hayat yang dilindungi selain daripada yang atas.</i></p> <p>Doctor's Name / <i>Nama Doktor</i> Address / <i>Alamat</i></p>									
7.	<p>Are you / Is life insured presently insured for Hospitalisation & Surgical benefits under any government law / program, employee benefit, any health benefit scheme or any other insurance policy? If so, please furnish details. <i>Adakah anda / hayat yang dilindungi ketika ini dibawah perlindungan insurans faedah Hospital & 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></p> <table border="1" data-bbox="119 414 699 616"> <tr> <td data-bbox="119 414 699 504">a. Name of Company / Program / Scheme <i>Nama Syarikat / Program / Skim</i></td> <td data-bbox="699 414 1519 504"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="119 504 699 616">b. Policy / Membership No. / No. Polisi / Keahlian</td> <td data-bbox="699 504 1519 616"></td> </tr> </table>	a. Name of Company / Program / Scheme <i>Nama Syarikat / Program / Skim</i>		b. Policy / Membership No. / No. Polisi / Keahlian						
a. Name of Company / Program / Scheme <i>Nama Syarikat / Program / Skim</i>										
b. Policy / Membership No. / No. Polisi / Keahlian										
8.	<p>Declaration / <i>Pengisytiharan</i></p> <p>I/ We hereby declare that the information given in this claim form are true and that I/ the life insured did not suffer from any of the pre-existing conditions at the time of this policy was taken up. I agree that in the event that I make, or have in the past made, any false or untrue statement and / or suppressed and/or concealed any materials facts in respect of my/the life insured's health and condition, the Company shall absolutely forfeit my/the life insured's right to compensation and further reserves the right to recover any amounts paid earlier as a result thereof. <i>Saya / Kami, dengan ini mengisytiharkan bahawa maklumat yang diberi dalam borang tuntutan ini adalah benar dan bahawasanya saya / hayat yang dilindungi tidak menghidap sebarang penyakit ketika polisi ini dikuatkuasakan. Saya seterusnya mengisytiharkan bahawa kemasukan ke hospital kali ini bukan disebabkan keadaan yang dinyatakan dalam Fasal Pengecualian polisi. Saya bersetuju bahawasanya jika saya membuat atau pernah membuat sebarang kenyataan palsu atau tidak benar dan/ atau menghalang dan/atau menyembunyikan sebarang fakta matan berkaitan dengan kesihatan dan keadaan saya/ hayat dilindungi, Syarikat akan secara mutlak berhak menarik balik hak saya / hayat yang dilindungi untuk mendapat pampasan dan seterusnya mendapat hak untuk menuntut semula sebarang amaun yang telah dibayar sebelum ini.</i></p> <table border="1" data-bbox="119 1019 1519 1198"> <tr> <td data-bbox="119 1019 534 1086">Signature of Claimant <i>Tandatangan Pihak Menuntut</i></td> <td data-bbox="534 1019 1045 1086">Signature of Life Assured <i>Tandatangan Hayat Dilindungi</i></td> <td data-bbox="1045 1019 1519 1086">Signature of Witness <i>Tandatangan Saksi</i></td> </tr> <tr> <td data-bbox="119 1086 534 1153">Date / <i>Tarikh</i> _____</td> <td data-bbox="534 1086 1045 1153">Date / <i>Tarikh</i> _____</td> <td data-bbox="1045 1086 1519 1153">Name / <i>Nama</i> _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" data-bbox="119 1153 1519 1198">NRIC No / <i>No KP</i> _____</td> </tr> </table>	Signature of Claimant <i>Tandatangan Pihak Menuntut</i>	Signature of Life Assured <i>Tandatangan Hayat Dilindungi</i>	Signature of Witness <i>Tandatangan Saksi</i>	Date / <i>Tarikh</i> _____	Date / <i>Tarikh</i> _____	Name / <i>Nama</i> _____	NRIC No / <i>No KP</i> _____		
Signature of Claimant <i>Tandatangan Pihak Menuntut</i>	Signature of Life Assured <i>Tandatangan Hayat Dilindungi</i>	Signature of Witness <i>Tandatangan Saksi</i>								
Date / <i>Tarikh</i> _____	Date / <i>Tarikh</i> _____	Name / <i>Nama</i> _____								
NRIC No / <i>No KP</i> _____										
9.	<p>Authorization / <i>Kebenaran/Pemberian Hak</i></p> <p>I, _____ NRIC No _____ hereby authorize any physician, hospital, clinic or insurance company or other organization, institutions or persons, that have any records or knowledge of me / the life insured or my / life insured's health, to disclose to Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad or its representatives any and all such information and expressly waive on behalf of me / the life insured or any person who has any claim or interest in any policy issued hereunder, all provisions of law forbidding any physician or surgeon from disclosing any information acquired while attending me / the life insured in a professional capacity. This authorization shall irrevocably bind my successors and assigns and remain valid, notwithstanding my / life insured's death or incapacity and a copy of this authorization shall be as effective and valid as the original.</p> <p><i>Saya, _____ No. KP _____ dengan ini memberi kuasa kepada sebarang doktor, pihak hospital, klinik atau syarikat insurans atau lain-lain organisasi, institusi atau orang perseorangan yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang saya atau kesihatan saya, untuk mendedahkan kepada Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad atau wakil nya tentang sebarang dan keseluruhan maklumat tersebut dan secara nyata menyisihkan hak bagi pihak diri saya/hayat yang dilindungi atau sesiapa yang mempunyai sebarang tuntutan atau kepentingan dalam sebarang polisi yang dikeluarkan, ke atas semua peruntukan undang-undang yang melarang doktor atau pakar bedah daripada memberi sebarang maklumat yang diperoleh semasa merawat saya/hayat yang dilindungi ketika mereka menjalankan tugas sebagai seorang profesional. Kebenaran ini mengikat dan tidak boleh di batal oleh waris dan penerima serah hak dan akan kekal sah, tanpa mengira kematian atau ketidakupayaan saya/hayat yang dilindungi dan salinan kebenaran ini dianggap sah dan berkesan seperti dokumen asal.</i></p> <table border="1" data-bbox="119 1758 1519 1892"> <tr> <td data-bbox="119 1758 1045 1825">Signature / <i>Tandatangan</i></td> <td data-bbox="1045 1758 1519 1825">Signature of Witness / <i>Tandatangan Saksi</i></td> </tr> <tr> <td data-bbox="119 1825 1045 1892">Relationship with Patient _____ <i>Hubungan dengan Pesakit</i></td> <td data-bbox="1045 1825 1519 1892">Name / <i>Nama</i> _____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="119 1892 1045 1892">Date / <i>Tarikh</i> _____</td> <td data-bbox="1045 1892 1519 1892">NRIC No / <i>No KP</i> _____</td> </tr> </table>	Signature / <i>Tandatangan</i>	Signature of Witness / <i>Tandatangan Saksi</i>	Relationship with Patient _____ <i>Hubungan dengan Pesakit</i>	Name / <i>Nama</i> _____	Date / <i>Tarikh</i> _____	NRIC No / <i>No KP</i> _____			
Signature / <i>Tandatangan</i>	Signature of Witness / <i>Tandatangan Saksi</i>									
Relationship with Patient _____ <i>Hubungan dengan Pesakit</i>	Name / <i>Nama</i> _____									
Date / <i>Tarikh</i> _____	NRIC No / <i>No KP</i> _____									
<p>Agent's / Officer's Declaration <i>Pengakuan Ejen / Pegawai</i></p> <p>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. <i>Saya mengesahkan identiti Hayat yang Diasuranskan setelah melihat *Kad Pengenal/Pasport/Sijil Kelahiran yang asli.</i></p> <p>Signature of the *Agent / Officer <i>Tandatangan *Ejen / Pegawai</i> _____ Name <i>Nama</i> _____</p> <p><i>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*.</i></p>										