CLAIM FORM FOR GROUP HOSPITALISATION & SURGICAL BENEFIT

BORANG TUNTUTAN RAWATAN HOSPITAL & PEMBEDAHAN POLISI BERKELOMPOK

Great Eastern

Policy No. *No. Polisi*

Policy No. *No. Polisi*

Policy No. *No. Polisi*

Policy No. *No. Polisi*

Policy No. *No. Polisi*

New NRIC No. *No. KP Baru* - -

Old NRIC/BC/Passport No. *No. KP Lama/Sijil Kelahiran/Pasport*

Name of Life Assured *Nama Hayat yang Diinsuranskan*

Instruction - Supporting documents required. Please attach the final original bills and original receipts covering hospitalisation / surgical expenses and completed original Attending Physician Statement.

Arahan - Dokumen sokongan yang diperlukan. Bil asal muktamad terperinci asal dan resit rasmi yang mencetakkan perbelanjaan rawatan hospital dan pembedahan.

1. Name of Employer *Nama Majikan*

   Group Policy No. *No. Polisi Berkelompok*

2. Employee's Details *Butir-Butir Pekerja*

   a. Name of Employee *Nama Pekerja*

   b. NRIC No. *No. Kad Pengenalan*

   c. Employee Plan Type *Jenis Pelan Pekerja*

   d. Staff No. *No. Pekerja*

   e. Date Joined Company *Tarikh Kemasukan Syarikat*

   f. Current Correspondence Address *Alamat Surat Menyurat*

   g. Telephone No. *No. Telefon*

   h. If The Patient Is A Dependant *Jika Pesakit Adalah Tanggungan Pekerja*

      i) Name of Dependent *Nama Tanggungan*

      ii) Relationship to Employee *Hubungan Dengan Pekerja*

      iii) Name of Dependent's Employer *Nama Majikan Kepada Tanggungan*

3. Statement of Patient *Butir-Butir Pesakit*

   a. NRIC No. *No. Kad Pengenalan*

   b. Occupation *Pekerjaan*

   c. Date of Birth *Tarikh Lahir*

   d. Name of Hospital *Nama Hospital*

   e. Date Admitted *Tarikh Kemasukan*

   f. Date Discharged *Tarikh Keluar*

   g. Date(s) of Surgery *Tarikh Pembedahan*

   h. Have you claimed before under this Group Policy? *Pernahkah anda membuat tuntutan di bawah polisi berkelompok sebelum ini?* ☐ Yes *Ya* ☐ No *Tidak*

      i) If "Yes", please state date: *Jika "Ya", sila nyatakan tarikh*

4. a. Nature of injury or illness *Kecederaan atau penyakit yang dialami*

   b. How did the disability arise? *Bagaimanakah ketidakupayaan ini berlaku?* ☐ Accident *Kemalangan* ☐ Sickness *Penyakit* ☐ Pregnancy *Mengandung*

5. If hospitalisation was due to accident, please furnish details of accident *Jika kemasukan ke hospital akibat kemalangan, sila kemukakan butiran berikut:*

   a. When did it occur? *Bila kemalangan tersebut berlaku?* dd *hb* ____ mm *bb* ____ yy *tt* ____ at *pada* ____ am / pm *pagi / petang*

   b. Where did it occur? *Di mana kemalangan tersebut berlaku?*

   c. How did it occur? *Bagaimana kemalangan tersebut berlaku?*

   d. Nature and extent of injury *Jenis dan tahap kecederaan yang dialami*

CLM-GHSBF-V00-112002

6. If hospitalisation was due to other causes, please furnish details *Jika kemasukan ke hospital akibat sebab lain, sila kemukakan butiran berikut:*

a. Nature of illness / symptom *Jenis penyakit / simtom*	
b. For how long had you / the life insured been having the symptom prior to first admission? *Berapa lamakah anda / hayat dilindungi telah mengidap simtom yang dikemukan sebelum dimasukan ke hospital?*	
c. What was the diagnosis? *Apakah diagnosis ketika itu?*	

7. Name and address of doctors who treated you / the life insured for this illness / injury / condition. *Nama dan alamat doktor yang merawat anda / hayat yang dilindungi untuk penyakit/ kecederaan/ keadaan ini.*	Date of Consultation *Tarikh Rawatan*	Date of Admission (if any) *Tarikh Kemasukan (jika ada)*
Doctor's Name *Nama doktor*		
Address *Alamat*		

8. Please furnish name and address of your / the life insured's usual attending doctor other than above. *Sila nyatakan nama dan alamat doktor yang selalu merawat anda / hayat yang dilindungi, selain daripada yang atas.*	Doctor's Name *Nama doktor*	Address *Alamat*

9. 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. *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:*

a. Name of Company / Program / Scheme *Nama Syarikat / Program / Skim*			
b. Policy / Membership No. *No. Polisi / Keahlian*			

10. **Authorization** *Kebenaran / Pemberian Hak*

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 _____ 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.

Saya _____ No. Kad Pengenalan _____ 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 _____ atau wakilnya 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 wans 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.

Signature of Employee *Tandatangan Pekerja*	Signature of Employer & Company Stamp *Tandatangan Majikan & Cop Syarikat*	Signature of Patient* *Tandatangan Pesakit**
Date: _____ *Tarikh:*	Date: _____ *Tarikh:*	Date: _____ *Tarikh:*

* The employee should sign if the patient is a dependent child

** Pekerja dikehendaki menandatangani sekiranya pesakit adalah kanak-kanak*

MEDICAL REPORT IS NOT REQUIRED FOR TOTAL BILLS NOT EXCEEDING RM500 UNLESS SPECIALLY REQUESTED

LAPORAN PERUBATAN TIDAK DIPERLUKAN SEKIRANYA BIL TIDAK MELEBIHI RM500 KECUALI DIMINTA

"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"