

ACCIDENT CLAIM FORM - CLAIMANT'S STATEMENT
BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN - KENYATAAN PENUNTUT



7

SECTION A. PARTICULARS OF ACCIDENT VICTIM BUTIR-BUTIR MANGSA KEMALANGAN

Policy No. <i>No. Polisi</i>		New NRIC No. <i>No. KP Baru</i>	
Policy No. <i>No. Polisi</i>		Old NRIC/Birth Certificate/ Passport No. <i>No. KP Lama/Sijil Kelahiran/ No. Pasport</i>	
Policy No. <i>No. Polisi</i>		Name <i>Nama</i>	
Policy No. <i>No. Polisi</i>		Contact No. <i>No. Tel.</i>	

1. a) Residential Address
Alamat Rumah

Postcode
Poskod Town
Bandar

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Country
Negara

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

b) Correspondence Address
Alamat Surat Menyurat

Please tick if same as Residential Address above
Sila tandakan sekiranya sama dengan Alamat Rumah

Postcode
Poskod Town
Bandar

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Country
Negara

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. a) Nationality
Warganegara

Malaysian
Malaysian Non-Malaysian. Please specify:
Bukan Malaysian. Sila nyatakan

b) Occupation
Pekerjaan

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

c) Nature of work
Jenis kerja

Office Work
Kerja Pejabat Supervisory
Penyeliaan Sales
Jualan Operating Machine
Pengendalian Mesin Factory
Kilang

Fieldwork
Kerja Lapangan Management
Pengurusan Others. Please specify :
Lain-lain. Sila nyatakan :

d) Name, Address and Contact Number of Employer / Business
Nama, Alamat dan No. Tel. Majikan / Syarikat

Postcode
Poskod Town
Bandar

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Country
Negara

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Contact No.
No. Tel.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Any other insurance policy with other company?
Adakah anda mempunyai polisi dengan syarikat lain?

Yes *Ya* No *Tidak*

If "Yes", please provide details. *Jika "Ya", sila nyatakan butir-butir tersebut.*

Company <i>Syarikat</i>	Policy Number <i>No. Polisi</i>

CLM-ACFAC-V08-052017

SECTION C. DECLARATION & AUTHORISATION BY THE LIFE ASSURED / ASSURED (POLICY OWNER) / CLAIMANT FOR ALL APPLICABLE POLICIES

PENGISYTIHARAN & KEBENARAN OLEH HAYAT YANG DIASURANSKAN / ASURED (PEMILIK POLISI) / PIHAK YANG MENUNTUT BAGI SEMUA POLISI BERKAITAN

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/the Life Assured's right to be compensated shall be absolutely forfeited. I, the Life Assured / Assured (Policy owner) / Claimant hereby authorise and give my consent to any doctor, medical practitioner, physician, hospital, laboratory, surgeon, nurse, medical staff, clinic, insurance company, credit reporting agency, organization, institutions or persons that may have any records or knowledge of my/Life Assured's health or medical history ("Information Provider"), to provide such information to GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (93745-A) ("The Company") and its authorised service provider and/or its employee about my personal data, employment and credit information (as defined in Credit Reporting Agencies Act 2010) in order to process my insurance claim. I authorise the Company and its representative to give and release any such information to any party in relation to my application or transaction with the Company for the following purposes (but not limited to): verifying information given pursuant to this claim, background screening, credit evaluation, scoring solutions, administration, analysis or monitoring of policy with the Company or processing of claim. I, the Life Assured / Assured (Policy owner) / Claimant, expressly waive on behalf of myself or any other person who shall have any claim or interest in any policy 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 Life Assured / Assured (Policy owner) / Claimant, hereby authorise and give consent, to the deduction of monies due to the Company from the claim proceeds payable pursuant to any policy hereunder, including but not limited to any Automatic Premium Loan, Cash Loan, overdue interests, premium due, advance benefit paid, erroneous and/or payment made in excess of any claim amount. I, the Life Assured/Assured (policy owner) / Claimant, hereby authorise and give consent to the Company to amend my addresses as provided in this claim form. 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 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/Hayat yang Diasuranskan untuk menerima pampasan akan dilucutkan dengan mullak. Saya, Hayat yang Diasuranskan / Asured (Pemilik Polisi) / 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, syarikat insurans, agensi pelaporan kredit, organisasi, institusi atau individu yang mungkin mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan berkenaan kesihatan atau sejarah kesihatan saya / Hayat yang Diasuranskan ("Pemberi Maklumat") bagi menyediakan maklumat tersebut kepada GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (93745-A) ("Syarikat") dan penyedia perkhidmatan berdaftar dan/atau pekerjaannya mengenai maklumat peribadi saya, pekerjaan dan maklumat kredit (seperti yang ditakrifkan dalam Akta Agensi Pelaporan Kredit 2010) bagi memproses tuntutan insurans saya. Saya memberi kebenaran kepada Syarikat dan wakilnya untuk memberi dan mengeluarkan sebarang maklumat kepada mana-mana pihak mengenai permohonan atau transaksi dengan Syarikat untuk tujuan berikunya (tetapi tidak terhad kepada) : pengesahan maklumat yang diberikan menurut tuntutan ini, pemeriksaan latar belakang, penilaian kredit, penyelesaian skor, pentadbiran, analisis atau pemantapan polisi dengan Syarikat atau proses tuntutan. Saya, Hayat yang Diasuranskan / Asured (Pemilik Polisi) / Pihak yang Menuntut, bagi pihak saya atau mana-mana individu yang mempunyai sebarang tuntutan atau kepentingan dalam mana-mana polisi 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, Hayat yang Diasuranskan / Asured (Pemilik Polisi) / Pihak yang Menuntut, dengan ini memberi kebenaran dan keizinan untuk menolak wang yang perlu dibayar kepada Syarikat daripada jumlah tuntutan yang boleh dibayar menurut sebarang polisi di bawah ini, termasuk tetapi tidak terhad kepada sebarang Pinjaman Premium Automatik, Pinjaman Tunai, tunggakan faedah, premium yang perlu dibayar, manfaat yang telah didahulukan dan/atau pembayaran salah yang dibuat melebihi sebarang amaun tuntutan. Saya, Hayat yang Diasuranskan / Asured (Pemilik Polisi) / Pihak yang Menuntut, memberi kebenaran dan keizinan kepada Syarikat untuk membuat pindaan maklumat terhadap alamat-alamat saya yang dinyatakan dalam borang tuntutan ini. 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.

Authorisation for Claim Matters and Amendment of Address

Kebenaran untuk Perkara-Perkara Tuntutan dan Pindaan Maklumat Alamat

I, the Life Assured/Assured (Policy owner)/Claimant hereby give consent to GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (93745-A) ("GELM") Agent or Authorised Person, _____
Agent Code or New NRIC No. _____

_____ to assist in matters pertaining to this claim and cheque collection, if any. I hereby agree to release and discharge GELM from all losses, claims, allegations, suits, proceedings, demands, damages, costs and expenses arising from or in connection to the said collection. I further agree to indemnify GELM and to keep GELM fully indemnified from and against any and all such losses, claims, allegations, suits, proceedings, demands, damages, costs and expenses arising from or in connection to the said collection. For Group Policies, please refer to respective Union/Servicing Agent/ Employer in relations to cheque collection.

Saya, Hayat yang Diasuranskan/Asured (Pemilik Polisi) / Pihak yang Menuntut, dengan ini memberi kebenaran kepada Ejen GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (93745-A) ("GELM") atau Pihak yang diberi kuasa _____

Kod Ejen atau No. KP Baru _____ untuk membantu dalam perkara-perkara berhubungan dengan tuntutan ini dan pengambilan cek, jika ada. Saya dengan ini bersetuju untuk melepaskan GELM dari segala kerugian, tuntutan dan guaman, prosiding, permintaan, ganti rugi, kos dan perbelanjaan yang timbul dari atau berkaitan dengan penerimaan perkara tersebut. Saya selanjutnya bersetuju untuk menanggung kerugian GELM serta memelihara GELM dengan indemniti sepenuhnya dari dan terhadap sebarang dan segala kerugian, tuntutan, tuduhan, guaman, prosiding, permintaan, ganti rugi, kos dan perbelanjaan yang berbangkit dari atau berkaitan dengan penerimaan perkara tersebut. Sila rujuk kepada Kesatuan/Ejen Insurans Berkelompok/Majikan tersebut berhubungan dengan pengambilan cek bagi polisi berkelompok.

I, Assured (Policy owner)/Claimant _____ NRIC No. _____ hereby give

consent to amend my residential and correspondence addresses stated in this form as follows (please tick ONE box only) :-

Saya, Asured (Pemilik Polisi) / Pihak yang Menuntut

NRIC No. _____

dengan ini memberi kebenaran untuk membuat pindaan maklumat alamat rumah dan alamat surat-menyurat saya seperti di bawah (sila tandakan SATU kotak sahaja) :-

- I would like to amend the addresses as stated in this form throughout all applicable policies
Saya ingin membuat pindaan maklumat alamat seperti dinyatakan dalam borang ini untuk semua polisi berkaitan
- The addresses stated in this form are for this claim transaction only
Alamat-alamat yang dinyatakan hanyalah untuk transaksi tuntutan ini

SECTION D. DOCUMENTS TO BE SUBMITTED WITH THIS CLAIM DOKUMEN UNTUK DISERTAKAN BERSAMA TUNTUTAN INI

Note

- i. Photocopy of documents **MUST** be duly certified by authorised parties, i.e. Claims Officer or Customer Service Officer or Public Notary or Advocate & Solicitor or Justice of Peace or Ketua Balai Polis or District Officer or Medical Officer or Group Sales Manager or Unit Sales Manager. In addition, for claims incurred outside Malaysia (except Singapore), the confirmation of claim event and all other related documents issued by the Foreign Authority must be certified by Malaysian Embassy or Public Notary at the incident country. If you have returned to Malaysia, the documents can be certified by relevant country's Embassy in Malaysia.
Dokumen Salinan perlu diakui sah oleh pihak yang diberi kuasa, iaitu, Pegawai Tuntutan atau Pegawai Khidmat Pelanggan di cawangan atau Ibu Pejabat atau Notari Awam atau Peguambela dan Peguamcara atau Jaksa Pendamai atau Ketua Balai Polis atau Pegawai Daerah atau Pegawai Perubatan atau Group Sales Manager atau Unit Sales Manager. Bagi tuntutan yang berlaku di luar Malaysia (kecuali Singapura), pengesahan peristiwa tuntutan dan segala dokumen berkaitan yang dikeluarkan oleh Pihak Berkuasa Di Luar Negara perlu diakui sah oleh Kedutaan Besar Malaysia atau Notari Awam di negara kejadian tersebut. Jika anda telah pulang ke Malaysia, dokumen-dokumen tersebut perlu diakui sah oleh Kedutaan Negara berkenaan di Malaysia.
- ii. This list is not exhaustive. The Company may request further document(s) for the purpose of this claim.
Senarai ini tidak muktamad. Pihak Syarikat berkemungkinan meminta dokumen lain bagi tujuan tuntutan ini.

Please tick (✓) the documents submitted.

Sila tandakan dokumen yang disertakan.

*CTC = Certified true copy Salinan diakui sah

- 1. Direct Credit Facility Form (if not submitted before)
Borang Kemudahan Kredit Terus (jika tidak pernah disertakan)
- 2. Accident Benefit Claim
Tuntutan Faedah Kemalangan
 - a) Accident Claim Form- Claimant's Statement
Borang Tuntutan Kemalangan-Kenyataan Penuntut
 - b) Accident Claim Form- Attending Physician's Statement (to be completed by treating doctor)
Borang Tuntutan Kemalangan-Kenyataan Doktor yang merawat (diisikan oleh doktor yang merawat)
 - c) Letter of Authorisation/Consent
Surat Pemberikuasa/Kebenaran
 - d) CTC of Life Assured's NRIC
Salinan diakui sah Kad Pengenalan Hayat yang Diasuranskan
 - e) CTC of Claimant's NRIC (if different from Life Assured)
Salinan diakui sah Kad Pengenalan Pihak yang Menuntut (Jika lain daripada Hayat yang Diasuranskan)
 - f) Original or CTC of Medical Certificate(s)
Sijil Cuti Sakit asal atau salinan diakui sah
 - g) CTC of Police Report(s)
Salinan diakui sah Laporan Polis
 - h) Original Receipt(s)
Resit asal
 - i) Original Itemised Bill(s)/Tax Invoice(s)
Bill/ Invois Cukai asal
 - j) CTC of Driving License, if any due to road traffic accident
Salinan diakui sah Lesen Memandu, jika ada, disebabkan oleh kemalangan jalan raya

For Fracture, slipped disc, head/joint injury and severance of any body part, please attach

Bagi kecederaan patah, slip disc, kecederaan kepala/sendi dan amputasi mana-mana bahagian badan, sila lampirkan

- a) CTC of X-ray Report(s)
Salinan diakui sah Laporan X-ray
- b) CTC of CT scan Report(s)
Salinan diakui sah Laporan CT Scan
- c) CTC of MRI Report(s)
Salinan diakui sah Laporan MRI

If Life Assured/Assured is Non-Malaysian or if the incident occurred outside Malaysia (except Singapore), please attach

Sekiranya Hayat yang Diasuranskan/Asured bukan warganegara Malaysia atau peristiwa berlaku di luar Malaysia (kecuali Singapura), sila lampirkan

- CTC of Full Passport Book
Salinan diakui sah Buku Pasport Lengkap

ACCIDENT CLAIM FORM ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT



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

The above named is insured with GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD against the happening of certain contingent events associated with his/her health. A claim has been submitted for Accident Benefit (s) and to enable us to assess the claim, kindly complete this confidential report.
 (For any medical report fee incurred in completing this form, it will be borne by the claimant)
 Yuran Laporan Perubatan akan ditanggung oleh penuntut

Please attach the certified true copy of all the relevant tests available.
 Sila sertakan salinan diakui sah laporan ujian yang berkenaan.

CT scan/MRI
 X-ray
 Blood & laboratory
 Others, please specify : _____

A. PARTICULARS BUTIR-BUTIR

1. a) Occupation and exact duties <i>Pekerjaan dan tugas</i> b) Involved in manual work? <i>Adakah terlibat melakukan tugas kasar?</i>	a) _____ b) <input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak
2. Date & time of accident as informed by Life Assured <i>Tarikh & waktu kemalangan seperti dinyatakan oleh Hayat yang Diasuranskan</i> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd) (mm) (yyyy) am/pm (hh) (bb) (tttt) pagi/petang	3. Date & time of first consultation <i>Tarikh & waktu rawatan kali pertama</i> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd) (mm) (yyyy) am/pm (hh) (bb) (tttt) pagi/petang
4. Describe in detail the nature of accident as informed to you by the Life Assured <i>Terangkan secara terperinci jenis kemalangan seperti yang telah dinyatakan oleh Hayat yang Diasuranskan</i> _____ _____ _____	5. a) Medical leave granted? <i>Adakah cuti sakit diberikan?</i> <input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak b) Date of commencement of medical leave <i>Tarikh cuti sakit bermula</i> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd)(hh) (mm)(bb) (yyyy)(tttt) c) Date of expiry of medical leave <i>Tarikh cuti sakit berakhir</i> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd)(hh) (mm)(bb) (yyyy)(tttt) d) Number of days of light duty <i>Bilangan hari pesakit tugas ringan</i> <input type="text"/> Days (hari)

B. INJURY DETAILS - NON FRACTURE UNTUK KECEDEeraan BUKAN PATAH

6. Were there any external and visible injuries or wound as a result of this accident? <i>Adakah terdapat sebarang kecederaan/luka luaran kelara akibat kemalangan tersebut?</i> a) If yes, please describe details of the external and visible injuries. <i>Jika ya, nyatakan bukti kecederaan termasuk bahagian anggota yang cedera.</i> b) If no, please describe any other evidence that is consistent with the accident as claimed by the Life Assured. <i>Jika tidak, nyatakan sebarang bukti yang konsisten dengan kemalangan seperti yang diluntut oleh Hayat yang Diasuranskan.</i>	6. <input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak a) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">Site Bahagian</th> <th style="width:40%;">Type of EXTERNAL, VISIBLE INJURY (e.g. laceration, abrasion) Jenis kecederaan luaran</th> <th style="width:30%;">Approximate Measurement of Injury Jangkaan ukuran kecederaan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> b) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">Site Bahagian</th> <th style="width:70%;">Type of INTERNAL INJURY (e.g. renal contusion, splenic rupture) Jenis kecederaan dalaman</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Site Bahagian	Type of EXTERNAL, VISIBLE INJURY (e.g. laceration, abrasion) Jenis kecederaan luaran	Approximate Measurement of Injury Jangkaan ukuran kecederaan										Site Bahagian	Type of INTERNAL INJURY (e.g. renal contusion, splenic rupture) Jenis kecederaan dalaman						
Site Bahagian	Type of EXTERNAL, VISIBLE INJURY (e.g. laceration, abrasion) Jenis kecederaan luaran	Approximate Measurement of Injury Jangkaan ukuran kecederaan																			
Site Bahagian	Type of INTERNAL INJURY (e.g. renal contusion, splenic rupture) Jenis kecederaan dalaman																				

10. Please state details of treatment given including follow up (from date of accident till injuries have healed)

Sila nyatakan rawatan yang diberikan termasuk rawatan lanjutan (dari hari kemalangan hingga kecederaan pulih)

Date of consultation (s) <i>Tarikh rawatan</i>	Healing progress (e.g. infection, range of movement, restriction, full/partial weight bearing, etc) <i>Kadar sembuh</i>	Type of treatment (e.g. toilet and suturing, suture to off, dressing types, surgery, casting, medicines, etc) <i>Jenis rawatan</i>

11. a) Healing progress of injury
Kadar sembuh kecederaan

b) Please give details of complication
Sila nyatakan butir kerumitan

11. a) Straight forward healing
Lancar Complicated
Rumit

Complication details <i>Butir komplikasi</i>	Severity <i>Tahap kerumitan</i>	Management <i>Rawatan</i>

12. a) Last date of consultation
Tarikh akhir rawatan

b) Describe the condition & function of injured part on last consultation date
Keadaan anggota yang cedera pada hari akhir rawatan

12. a) / /

 (dd)(hh) (mm)(bb) (yyyy)(tt)

b)
