

GROUP GMBS HOSPITALISATION BENEFIT (HB) CLAIM FORM -**CLAIMANT'S STATEMENT****BORANG TUNTUTAN FAEDAH HOSPITAL BERKELOMPOK GMBS -****KENYATAAN PENUNTUT**

Scheme No. No. Skim	G S	New NRIC No. No. KP Baru	
Contract No.		Old NRIC/BC/Passport No.	
No. Kontrak		No. KP Lama/Sijil Kelahiran/ Pasport	
Date of Birth Tarikh Lahir		Name of Life Assured Nama Hayat yang Diasuranskan	
Handphone No. No. Telefon Bimbit		☐ Member Ahli ☐ Spouse Suami Isteri ☐ Dependent Tanggungan	

IMPORTANCE NOTICE NOTIS PENTING :

(1) Hospitalisation Benefit would not be paid if *Faedah Hospital tidak akan dibayar jika :*

(a) It is a pre-existing illness or accidents which happens before the first premium payment, or while the Policy is under lapse status.
Disebabkan oleh penyakit atau kecederaan yang berlaku sebelum pembayaran premium pertama, atau semasa Polisi ini di dalam keadaan luput.

(b) In the first 6 weeks after the Policy is reinstated, unless the injury is due to accident.
Dalam jangkamasa 6 minggu pertama selepas Polisi dihidupkan semula, kecuali kecederaan disebabkan oleh kemalangan.

(2) Please ensure that these requirements are fully complied with in order for us to assess the claim without delay.
Sila pastikan semua dokumen yang diperlukan adalah lengkap bagi mempermudah proses tuntutan anda.

(3) Group Servicing Agent / Union officers / Human Resource Officers may certify all claims documents with the exception of claims incurred outside of Malaysia where the confirmation of the claim event and all other related and relevant documents issued by the Foreign Authority must be certified by the Malaysian Embassy or a Public Notary. Full passport book is required for all foreign claims. Please ensure that at all times, all certified true copies of the claim documents are duly signed and stamped with the name and rank of the Group Servicing Agent / Union officers / Human Resource Officers.
Semua tuntutan dokumen berkaitan tuntutan anda boleh disahkan oleh Ejen Insurans Berkelompok / Pegawai Kesatuan / Pegawai Sumber Manusia kecuali bagi tuntutan yang berlaku di luar negara dimana semua dokumen yang berkenaan perlu disahkan oleh Kedutaan Malaysia atau pesuruhjaya tinggi. Salinan pasport penuh adalah diperlukan untuk semua tuntutan yang berlaku di luar negara. Sila pastikan semua dokumen yang berkenaan dengan tuntutan telah disahkan dan ditandatangani oleh Ejen Insurans Berkelompok / Pegawai Kesatuan / Pegawai Sumber Manusia dan dicop dengan nama serta jawatan.

Please attach the below stated Forms and certified true copies (CTC) of all the relevant documents.

Sila sertakan salinan yang disahkan bagi kesemua dokumen yang berikut.

- ☐ Group Hospitalisation Benefit (HB) Claim Form - Claimant's Statement *Borang Tuntutan Faedah Hospital Berkelompok - Kenyataan Penuntut*
- ☐ Direct Credit Facility Form (if not submitted before) *Borang Kemudahan Kredit Terus (jika tidak pernah disertakan sebelum ini)*
- ☐ CTC Life Assured's NRIC *Kad Pengenalan Hayat yang Diasuranskan*
- ☐ CTC Claimant's NRIC (if different from Life Assured) *Kad Pengenalan pihak yang menuntut (jika lain daripada Hayat yang Diasuranskan)*
- ☐ CTC Hospital bill(s) *Bil hospital*
- ☐ Original bill(s) / tax invoice(s) and Original receipt(s) (including deposit and refund receipt, if any) (applicable to reimbursement claims)
Bil serta resit pembayaran yang asal
- ☐ Discharge note / Discharge summary/ Medical Report (if claim $\geq$ RM500) *Nota discaj / Rumusan discaj / Laporan Perubatan ((Jika tuntutan $\geq$ RM500))*

1. Life Assured Details Butiran Hayat Yang Diasuranskan
(a) Age <i>Umur</i>
(b) Occupation <i>Pekerjaan</i>
(c) Current correspondence address <i>Alamat surat-menyurat terkini</i>
2. Claimant's details (if other than Life Assured) Butiran Penuntut (Jika selain daripada Hayat Yang Diasuranskan)
(a) Claimant Name <i>Nama Penuntut</i>
(b) NRIC No. <i>No. Kad Pengenalan</i>
(c) Correspondence address <i>Alamat surat-menyurat</i>
3. Details of Hospitalisation Butiran Kemasukkan Hospital
(a) Hospital Name <i>Nama hospital</i>
(b) Date of Admission <i>Tarikh Masuk</i>
(c) Date of Discharge <i>Tarikh Keluar</i>
(d) What was the diagnosis? <i>Apakah diagnosis ketika itu?</i>

CLM-FBCLM-V03-062016

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

(A Member of the OCBC Group)

Menara Great Eastern, 303, Jalan Ampang, 50450, Kuala Lumpur.

Customer Service Careline: 1300-1300 88 Fax: +603 4259 8000

E-mail: wecare-my@greatasteallife.com Website: greatasteallife.com

CONFIRMATION ON GST REGISTRATION, DECLARATION & AUTHORISATION BY THE LIFE ASSURED / ASSURED (POLICYOWNER) / CLAIMANT

PENGESAHAN PENDAFTARAN CUKAI BARANG DAN PERKHIDMATAN ("CBP"), PENGISYTIHARAN & KEBENARAN OLEH HAYAT YANG DIASURANSKAN / ASURED (PEMILIK POLISI) / PIHAK YANG MENUNTUT

☐ Please tick if Policyowner / Policyholder is GST registered (leave blank if not GST registered)

Sila tandakan jika Pemilik Polisi / Pemegang Polisi telah mendaftar CBP (kosongkan jika tidak mendaftar CBP)

GST No. : _____

No. CBP

I, the Life Assured / Assured (Policyowner) / Claimant understand and agree that, GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (93745-A) ("The Company") shall rely on my confirmation in respect of the Policyowner / Policyholder GST registration provided above for GST tax credit purposes. I further agree, that in the event any action, claim or proceeding is taken against the Company and/or any fine, charge, penalty or any other GST liability is imposed on the Company as a result of relying on my incorrect confirmation on the Policyowner / Policyholder GST registration, I undertake to hold the Company harmless and keep the Company indemnified to the fullest extent permitted by law.

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 (Policyowner) / Claimant hereby authorize and give my consent to any doctor, medical practitioner, physician, hospital, laboratory, surgeon, nurse, medical staff, clinic or insurance company or other 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 The Company and its authorized service provider and/or its employees in order to process my insurance claim. I, the Life Assured / Assured (Policyowner) / 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 (Policyowner) / Claimant, hereby authorize and give my 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. 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, Hayat yang Diasuranskan / Asured (Pemilik Polisi) / Pihak yang Menuntut, memahami dan bersetuju bahawa GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (93745-A) ("Syarikat") akan bergantung terhadap pengesahan daripada saya berhubung dengan pendaftaran CBP Pemilik Polisi / Pemegang Polisi seperti dinyatakan di atas untuk tujuan kredit cukai CBP. Saya bersetuju selanjutnya bahawa jika sebarang tindakan, tuntutan atau prosiding diambil terhadap Syarikat dan/atau sebarang denda, caj, penalti atau sebarang tanggungjawab CBP dikenakan kepada Syarikat disebabkan bergantung kepada maklumat tidak benar daripada saya terhadap pendaftaran CBP Pemilik Polisi / Pemegang Polisi, saya berjanji untuk tidak menyalahkan Syarikat dan memastikan Syarikat dilindungi sepenuhnya seperti dibenarkan undang-undang.

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 mutlak. 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 atau syarikat insurans atau organisasi lain, 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 Syarikat dan penyedia perkhidmatan berdaftar dan/atau pekerjaannya bagi memproses tuntutan insurans saya. 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. 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.



Signature of Life Assured

Tandatangan Hayat yang Diasuranskan

Name *Nama*

NRIC No. *No. KP*

Date *Tarikh*



Signature of the Assured (Policyowner)

Tandatangan Asured (Pemilik Polisi)

(If different from the Life Assured)

(Jika lain daripada Hayat yang Diasuranskan)

Name *Nama*

NRIC No. *No. KP*

Tel. No. *No. Telefon*

Address

Alamat

Date *Tarikh*



Signature of Witness / Stamp of Authorized Union Official

Tandatangan Saksi

Name *Nama*

NRIC No. *No. KP*

Tel. No. *No. Telefon*

Address

Alamat