

ACCIDENT CLAIM FORM TO BE COMPLETED BY ASSURED / CLAIMANT
BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN PERLU DILENGKAPKAN OLEH PIHAK ASURED /
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"/>						

Instructions Arahan

Supporting documents required are: *Dokumen sokongan yang diperlukan adalah:*

- | | |
|---|--------------------------|
| i. Original medical bills and payment receipt <i>Bil asal dan resit bayaran asal perubatan</i> | <input type="checkbox"/> |
| ii. X-ray / radiologist report for cases with fracture bones <i>Laporan sinar X / laporan radiologi untuk kes patah tulang</i> | <input type="checkbox"/> |
| iii. Police report <i>Laporan polis</i> | <input type="checkbox"/> |
| iv. Photograph of dismemberment for permanent disability claim <i>Gambar perceraian anggota untuk tuntutan hilang upaya kekal</i> | <input type="checkbox"/> |
| v. Newspaper cutting, if any <i>Keratan akhar, jika ada</i> | <input type="checkbox"/> |
| vi. Medical leave certificates & light duty certificate <i>Sijil cuti sakit & sijil tugas ringan</i> | <input type="checkbox"/> |
| vii. SOCSO claim form <i>Borang tuntutan PERKESO</i> | <input type="checkbox"/> |

2. Life Assured's details Butir Hayat yang dilindungi

- i. Age *Umur*
- ii. Current Correspondence Address *Alamat Surat Menyurat Terkini*
- iii. Telephone No *No Telefon*

3. Employer's details Butir Majikan

- i. Employer name and address *Nama dan alamat Majikan*
- ii. Telephone No *No Telefon*

4. Claimant's Details (if other than Life Assured) Butir Pihak Menuntut (jika berlainan daripada hayat yang dilindungi)

- i. Name of Claimant *Nama Pihak Menuntut*
- ii. NRIC No *No KP*
- iii. Correspondence Address *Alamat Surat Menyurat*
- iv. Telephone No *No Telefon*

5. Assured's Occupation Pekerjaan Assured

- i. Present Occupation *Pekerjaan sekarang*
- ii. Exact nature of occupation and duties *Maklumat tepat tentang pekerjaan dan tugas*
- iii. Involved in manual work? *Adakah terlibat melakukan tugas kasar?* Yes *Ya* No *Tidak*

CLM-ACFAC-V01-102005

6.	Particulars of Accident <i>Butir tentang kemalangan</i>	DD	MM	YY	TT	at	pada	am/pm	pagi/ptg
	i. When did it occur? <i>Bila kemalangan tersebut berlaku?</i> ii. Where did it occur? <i>Di mana kemalangan tersebut berlaku?</i> iii. How did it occur? <i>Bagaimana kemalangan tersebut berlaku?</i> iv. Nature and extent of injury <i>Jenis dan tahap kecederaan dialami</i>								
7.	Name & address of doctors who treated you for the injury <i>Nama dan alamat doktor yang merawat kecederaan anda</i>	Date of Consultation <i>Tarikh Rawatan</i>	Date of Admission (if any) <i>Tarikh Kemasukan wad (jika ada)</i>						
8.	Date first absent from work <i>Tarikh hari pertama tidak hadir di tempat kerja</i>								
9.	Date of return to work <i>Tarikh mula bekerja semula</i>								
10.	Other coverage <i>Lain-lain perlindungan</i> Are you presently insured for accidental benefits, under any government law programme, benefits scheme or any other insurance policy? <i>Adakah anda ketika ini dibawah perlindungan insurans bagi faedah kemalangan, dibawah sebarang program/undang-undang kerajaan, skim faedah atau sebarang polisi insurans lain?</i> i. Name of Company <i>Nama Syarikat</i> ii. Policy / Membership No. <i>No. Polisi / Keahlian</i> iii. Amount of benefit <i>Amaun faedah</i>								
11.	Declaration <i>Pengisytiharan</i> I, hereby declare that I have sustained the injuries described above and warrant the truth or the foregoing particular in every respect and agree that I have made, or shall make any false or untrue statement, suppression or concealment, my right to compensation shall be absolutely forfeited. <i>Saya, dengan ini mengisytiharkan bahawa saya telah mengalami kecederaan yang dinyatakan di atas, dan memperakui kebenaran dari semua aspek tentang maklumat yang diberi, dan bersetuju sekiranya saya membuat atau akan membuat sebarang kenyataan palsu atau tidak benar, menyembunyikan atau menghalang, hak saya untuk mendapat pampasan akan ditarik balik secara mutlak.</i> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> _____ Signature of Claimant <i>Tandatangan Pihak Menuntut</i> Date <i>Tarikh</i> _____ </div> <div style="width: 45%;"> _____ Signature of Witness <i>Tandatangan Saksi</i> Name <i>Nama</i> _____ NRIC No <i>No KP</i> _____ Address <i>Alamat</i> _____ _____ </div> </div>								
12.	Authorization <i>Kebeneran</i> I, hereby authorize any physician, hospital, clinic or insurance company or other organization, institutions or persons that has any records or knowledge of me or my health, to disclose to Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad or my representatives any and all such information of me and expressly waive on behalf or myself or any person who shall have any claim or interest in any policy hereunder, all provision of law forbidding any physician or surgeon from disclosing any information acquired while attending me in a professional capacity. This authorization shall irrevocable bind my successors and Assigns and remain valid, notwithstanding my death or incapacity and a copy of this shall be effective and valid as the original. <i>Saya, dengan ini membenarkan 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 mendedah kepada Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad atau wakilnya tentang sebarang dan keseluruhan maklumat tersebut dan secara nyata menyisihkan hak bagi pihak diri saya 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 ketika mereka menjalankan tugas sebagai seorang profesional. Kebeneran ini mengikat dan tidak boleh dibatal oleh waris dan penerima serah hak dan akan kekal sah, tanpa mengira kematian atau ketidakupayaan saya dan salinan kebenaran ini dianggap sebagai sama sah dan berkesan seperti kebenaran asal.</i> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> _____ Signature of Life Assured <i>Tandatangan Hayat yang Diasuranskan</i> Date <i>Tarikh</i> _____ </div> <div style="width: 45%;"> _____ Signature of Witness <i>Tandatangan Saksi</i> Name <i>Nama</i> _____ NRIC No <i>No KP</i> _____ Address <i>Alamat</i> _____ _____ </div> </div>								
Agent's / Officer's Declaration <i>Pengakuan Ejen / Pegawai</i> 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 Pengenalan/Pasport/Sijil Kelahiran yang asli.</i> Signature of the *Agent / Officer <i>Tandatangan *Ejen / Pegawai</i> _____ Name <i>Nama</i> _____									
<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>									