

LETTER OF AUTHORISATION/CONSENT

To Obtain Further Information

To Whom It May Concern

Dear Sir/Madam,

I hereby authorise and give my consent to any medical practitioner, physician, surgeon, clinic, hospital, medical centre, insurance company or other organisation, institution or individual concerned ("the Information Provider(s)") that may have any records or knowledge of the employment, financial, health or medical history of _____ ("the Assured") and to provide such information to GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (93745-A)("the Company") or its authorised agents and/or employees.

I expressly waive on behalf of myself and/or as a next-of-kin of the Assured and for his/her estate all provisions of law or professional ethics forbidding the Information Provider(s) from disclosing any such information acquired on the Assured in a professional and/or client capacity and I further release the Information Provider(s) and its agent/staff from any liability whatsoever that may arise, in supplying such information requested by the Company.

This authorisation / consent is irrevocable and a copy of it will have the same effect and validity as the original.

Signature/Thumb print

Name:

NRIC:

Relationship with Deceased:

Date:

LETTER OF AUTHORISATION/CONSENT

To Obtain Further Information

To Whom It May Concern

Dear Sir/Madam,

I hereby authorise and give my consent to any medical practitioner, physician, surgeon, clinic, hospital, medical centre, insurance company or other organisation, institution or individual concerned ("the Information Provider(s)") that may have any records or knowledge of the employment, financial, health or medical history of _____ ("the Assured") and to provide such information to GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (93745-A)("the Company") or its authorised agents and/or employees.

I expressly waive on behalf of myself and/or as a next-of-kin of the Assured and for his/her estate all provisions of law or professional ethics forbidding the Information Provider(s) from disclosing any such information acquired on the Assured in a professional and/or client capacity and I further release the Information Provider(s) and its agent/staff from any liability whatsoever that may arise, in supplying such information requested by the Company.

This authorisation / consent is irrevocable and a copy of it will have the same effect and validity as the original.

Signature/Thumb print

Name:

NRIC:

Relationship with Deceased:

Date:

SURAT PEMBERIKUASAAN/KEBENARAN

Untuk Mendapatkan Maklumat Lanjut

Kepada Sesiapa Yang Berkenaan

Tuan / Puan,

Saya dengan ini memberi kuasa dan mengizinkan mana-mana pegawai perubatan, doktor, pakar bedah, klinik, hospital, pusat perubatan, syarikat insurans atau organisasi, institut atau orang perseorangan ("Pemberi Maklumat") yang mungkin mempunyai apa-apa rekod atau mengetahui tentang pekerjaan, kewangan, kesihatan atau sejarah perubatan _____ ("Pemegang Polisi") untuk memberi maklumat kepada Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad ("Syarikat") atau mana-mana ejen / kakitangannya yang diberi kuasa.

Saya juga tidak ragu-ragu untuk menyetujui bagi pihak saya dan/atau sebagai waris terdekat Pemegang Polisi dan untuk harta pusakanya segala peruntukan undang-undang atau etika profesional yang menghalang Pemberi Maklumat daripada memberi maklumat berkenaan mengenai Pemegang Polisi dalam bidang kuasa sebagai profesional dan/atau pelanggan dan saya juga memberi pelepasan kepada Pemberi Maklumat dan ejen / kakitangannya daripada apa-apa liabiliti kerana memberi maklumat tersebut kepada syarikat.

Surat pemberikuasaan / kebenaran ini adalah muktamad dan salinannya juga memberi hak dan pengesahan yang sama dengan yang asal.

Tandatangan / Cap Ibu Jari

Nama:

No. K/P:

Hubungan dengan Si Mati:

Tarikh:

SURAT PEMBERIKUASAAN/KEBENARAN

Untuk Mendapatkan Maklumat Lanjut

Kepada Sesiapa Yang Berkenaan

Tuan / Puan,

Saya dengan ini memberi kuasa dan mengizinkan mana-mana pegawai perubatan, doktor, pakar bedah, klinik, hospital, pusat perubatan, syarikat insurans atau organisasi, institut atau orang perseorangan ("Pemberi Maklumat") yang mungkin mempunyai apa-apa rekod atau mengetahui tentang pekerjaan, kewangan, kesihatan atau sejarah perubatan _____ ("Pemegang Polisi") untuk memberi maklumat kepada Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad ("Syarikat") atau mana-mana ejen / kakitangannya yang diberi kuasa.

Saya juga tidak ragu-ragu untuk menyetujui bagi pihak saya dan/atau sebagai waris terdekat Pemegang Polisi dan untuk harta pusakanya segala peruntukan undang-undang atau etika profesional yang menghalang Pemberi Maklumat daripada memberi maklumat berkenaan mengenai Pemegang Polisi dalam bidang kuasa sebagai profesional dan/atau pelanggan dan saya juga memberi pelepasan kepada Pemberi Maklumat dan ejen / kakitangannya daripada apa-apa liabiliti kerana memberi maklumat tersebut kepada syarikat.

Surat pemberikuasaan / kebenaran ini adalah muktamad dan salinannya juga memberi hak dan pengesahan yang sama dengan yang asal.

Tandatangan / Cap Ibu Jari

Nama:

No. K/P:

Hubungan dengan Si Mati:

Tarikh:

Sekiranya wujud sebarang percanggahan atau pertikaian dalam penggunaan istilah dan/atau terma-terma di dalam risalah ini, rujukan akan dibuat mengikut risalah yang dikeluarkan dalam Bahasa Inggeris.