

TRAVEL & BUSINESS HOURS/PERJALANAN KE TEMPAT KERJA DAN WAKTU BEKERJA

- a) **What is your normal working hours and days?**
Apakah waktu dan hari bekerja yang biasa?
- b) **Are you required to work on shift, Sunday or on-call?**
Adakah anda diperlukan bekerja syif, pada hari Ahad atau bila dipanggil?
- c) **How do you go to work?**
Bagaimana anda pergi ke tempat kerja?
- d) **What is the distance of travel to go to your normal place of work?**
Jarak perjalanan ke tempat kerja anda?

- Does your work require you to:**
Adakah pekerjaan anda memerlukan anda untuk:
1. **Driving a car/ Memandu kereta?**
 2. **Driving other vehicles/ Memandu kenderaan lain?**
 3. **Climbing ladders or heights?**
Memanjat tangga atau tempat tinggi?
 4. **Carrying heavy loads/ Membawa barangan berat?**
 5. **Lifting heavy loads/ Mengangkat barangan berat?**
 6. **Crawling or kneeling/ Merangkak atau melutut?**
 7. **Travelling away from your normal place of work?**
Keluar dari tempat kerja yang biasa?
 8. **Other physical exertions? Please specify**
Lain-lain penggunaan tenaga fizikal? Sila nyatakan.

13. TO BE COMPLETED BY A SELF-EMPLOYED PERSON ONLY/ UNTUK DIISI OLEH ORANG YANG BEKERJA SENDIRI SAHAJA

- a) **Please name your business/Company**
Berikan nama perniagaan/syarikat anda.
- c) **Are there any other proprietors or directors of the business? How many? / Adakah terdapat pemilik atau pengarah yang lain didalam perniagaan ini? Berapa orang?**

- b) **What is the nature of your business?**
Jenis perniagaan anda
- d) **Please provide your business registration number and your Company registration number, if incorporated**
Sila berikan no. pendaftaran perniagaan atau syarikat, jika didaftarkan.

14. TO BE COMPLETED IF DISABILITY CAUSED BY AN ACCIDENT/ UNTUK DIISIKAN JIKA HILANG UPAYA DISEBABKAN OLEH KEMALANGAN

- a) **When did the accident happen?**
Bila kemalangan berikut berlaku:-
- Date :** **Time :** **am/pm**
Tarikh *Waktu* *pagi/petang*
- Where :**
Tempat

- b) **Describe in detail how the accident happened.**
Nyatakan secara terperinci bagaimana kemalangan berlaku:

- c) **Please provide the police report number and a copy of it and details of any witness.**
Sila berikan nombor laporan polis dan sesalinan laporan serta butir-butir mengenai saksi, jika ada:

- d) **Describe the extent of the injuries sustained in the accident.**
Nyatakan tahap kecederaan yang dialami akibat kemalangan.

15. TO BE COMPLETED IF DISABILITY CAUSED BY AN ILLNESS/ UNTUK DIISI JIKA HILANG UPAYA DISEBABKAN OLEH PENYAKIT

- a) **Please fully describe the condition or the symptoms.**
Nyatakan dengan terperinci keadaan atau tanda-tanda penyakit anda?

- b) **When did the symptoms/condition first appear?**
Bilakah tanda-tanda/keadaan itu mula-mula timbul?

- c) **What is the exact diagnosis and when was it made known to you?**
Apakah keputusan diagnosis dan bilakah anda diberitahu mengenainya?

- d) **Provide the name and address of the doctor who had made the diagnosis?**
Berikan nama dan alamat doktor yang telah membuat diagnosis tersebut

e) What tests or investigations were done to confirm the diagnosis? / Apakah ujian atau penyiasatan yang telah dibuat untuk mengesahkan diagnosis itu?

f) What are the treatments you undergoing currently? / Apakah rawatan yang diterima sekarang?

g) Were you suffering from any other illness or related conditions prior to the onset of disability? Please state the illness or condition and the details of treatment (by whom, address and when)

Adakah anda menghidap apa-apa penyakit lain atau keadaan yang berkaitan sebelum hilang upaya bermula?
Sila nyatakan penyakit atau keadaan dan butir-butir rawatan (oleh siapa, alamat dan bila)

THIS SECTION MUST BE FULLY COMPLETED/ BAHAGIAN INI MESTILAH DIISI DENGAN LENGKAP

16.

DETAILS OF DOCTORS YOU HAVE CONSULTED PRIOR TO THE DISABILITY
BUTIR-BUTIR DOKTOR YANG MERAWAT ANDA *SEBELUM* BERLAKU HILANG UPAYA

| Name <i>Nama</i> | Address <i>Alamat</i> | Date of Consultation <i>Tarikh Rawatan</i> | Reason for Consultation <i>Sebab Rawatan</i> |
|---------------------|--------------------------|---|---|
| | | | |

17.

DETAILS OF DOCTORS YOU HAVE CONSULTED SINCE THE DISABILITY
BUTIR-BUTIR DOKTOR YANG MERAWAT ANDA *SEMENJAK* HILANG UPAYA

| Name <i>Nama</i> | Address <i>Alamat</i> | Date of Consultation <i>Tarikh Rawatan</i> | Reason for Consultation <i>Sebab Rawatan</i> |
|---------------------|--------------------------|---|---|
| | | | |

DECLARATION BY THE ASSURED / LIFE-TO-BE ASSURED
PENGAKUAN OLEH PEMEGANG POLISI/ORANG YANG DIINSURANSKAN

I declare the above answers are true and correct. I also consent the Company in seeking information regarding myself from any doctor, hospital, insurance companies, employer and any organisation and authorise in giving such information. A photocopy of this document deem to be accepted as a true consent letter.

Saya mengaku bahawa jawapan di atas adalah benar. Saya juga mengizinkan Syarikat mendapatkan maklumat tentang saya dari mana doktor, hospital, syarikat insurans, majikan dan mana-mana organisasi dan mengizinkan maklumat tersebut diberikan. Salinan fotokopi dokumen ini di anggap sebagai surat keizinan yang sah.

I understand that Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad will not be deemed to have admit the liability of the claim by issuing the form and investigating my claim or accepting evidence of my claim.

Saya faham bahawa Great Eastern Life tidak dianggap mengakui liabiliti tuntutan dengan pemberian borang ini, menjalankan penyiasatan tuntutan saya atau penerimaan bukti tuntutan.

.....
Signature of Witness:

Tandatangan saksi

Identity Card No:

No. Kad Pengenalan

Name: _____

Nama:

Contact No: _____

No. Tel:

Address: _____

Alamat

.....
Signature of the Life Assured:

Tandatangan Hayat yang diasuranskan

.....
Signature of the Assured

Tandatangan Pemegang Polisi

(if different life from the Life Assured)

(jika lain hayat yang diasuranskan)

Identity Card No: _____

No. Kad Pengenalan

Contact No: _____

No. Tel

Address: _____

Alamat

Note: All photocopies of the documents submitted must be certified by a person of prominent standing such as our Company authorised officers, doctors, Magistrate, Ketua Balai Polis, Commissioner for Oath, Public Notary or Advocate & Solicitor.

Nota: Semua salinan fotokopi dokumen yang diserahkan mestilah disahkan oleh pegawai Syarikat kami, doktor, majistret, Ketua Balai Polis, Pesuruhjaya Sumpah, Notari Awan atau Peguambela dan Peguamcara.

I wish to receive the claim cheque* by:

Saya ingin menerima cek tuntutan melalui:*

Post/ Pos

Collected by third party

Diambil oleh pihak ketiga

(please give an authorised letter to the third party for every payment)

(sila berikan surat keizinan kepada pihak ketiga untuk menerima cek pada setiap pembayaran)

Name of the third party:

Nama pihak ketiga

Contact Number:

No. Tel

*** subject to admission of liability by the company**

*** tertakluk kepada pengakuan liabiliti oleh syarikat**

Is there a servicing Agent assisting you in the claim.

Adakah agen yang membantu anda dalam tuntutan ini?

Yes / Ya

No / Tidak

If yes, please provide full name & account number.

Jika ya, sila nyatakan nama agen dan no akaun.

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