

**DEATH CLAIM FORM - CLAIMANT'S STATEMENT**  
**BORANG TUNTUTAN KEMATIAN - KENYATAAN PENUNTUT**



**SECTION A. PARTICULARS OF DECEASED BUTIR-BUTIR SI MATI**

Policy No. No. Polisi	<input type="text"/>	New NRIC No. No. KP Baru	<input type="text"/>
Policy No. No. Polisi	<input type="text"/>	Old NRIC/Birth Certificate/ Passport No. No. KP Lama/ Sijil Kelahiran/Pasport	<input type="text"/>
Policy No. No. Polisi	<input type="text"/>	Name Nama	<input type="text"/>
Policy No. No. Polisi	<input type="text"/>		

1. a) Last Correspondence Address Alamat Terakhir	<input type="text"/>									
	Postcode Poskod	Town Bandar								
	<input type="text"/>									
	<input type="text"/>									
2. a) Marital Status at point of death Status perkahwinan semasa kejadian mati	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widow / Widower <i>Bujang Berkahwin Bercerai Duda / Janda</i>									
b) Religion Agama	<input type="checkbox"/> Muslim <input type="checkbox"/> Non-Muslim <i>Islam Bukan Islam</i>									
**Nominee of Muslim deceased shall distribute the policy moneys in accordance with Islamic laws. **Penama kepada pemegang polisi yang beragama Islam haruslah mengagihkan wang tuntutan menurut Undang-Undang Syariah.										
c) Deceased's surviving family member (s) Ahli keluarga Si Mati	<input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Child(ren) <i>Suami / Isteri Bapa Ibu Anak-anak : _____ person (s) orang</i>									
	<input type="checkbox"/> Others. Please specify : _____ <i>Lain-lain. Sila nyatakan :</i>									
3. Any other insurance policy with other company? Adakah Si Mati mempunyai polisi dengan syarikat yang lain?	<input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i> If "Yes", please provide details. <i>Jika "Ya", sila nyatakan butir-butir tersebut.</i>									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Company Syarikat</th> <th>Policy Number No. Polisi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Company Syarikat	Policy Number No. Polisi						
Company Syarikat	Policy Number No. Polisi									

**SECTION B. FOR GROUP EMPLOYEE BENEFITS ONLY UNTUK MANFAAT PEKERJA BERKELOMPOK SAHAJA**

1. Name of Policyholder Nama Pemegang Polisi	<input type="text"/>
2. Deceased's occupation at point of death Pekerjaan Si Mati semasa kematian	<input type="text"/>
3. Date employed Tarikh mula bekerja	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)
4. Last date of work Tarikh terakhir aktif bekerja	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)
5. Last drawn salary Gaji terakhir	R M <input type="text"/>
6. Salary last adjusted Tarikh terakhir penyesuaian gaji	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)
7. Sum Assured Jumlah Asurans	R M <input type="text"/>

CLM-DTHCF-V05-052017

**SECTION C. NATURE OF CLAIM AND RELATED DETAILS JENIS TUNTUTAN DAN BUTIR-BUTIR BERKENAAN**

**I. CLAIM RELATED DETAILS BUTIR-BUTIR TUNTUTAN BERKENAAN**

1. Date of Death  
*Tarikh Kematian*       /  /  (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)

2. Cause of Death  
*Sebab Kematian*       Accident *Kemalangan*       Illness *Penyakit*       Others, please specify *Lain-lain, sila nyatakan* \_\_\_\_\_

3. What complaint(s)/ailment(s) did the Deceased have before death?  
*Apakah tanda-tanda penyakit Si Mati sebelum kematian?*

4. When did the complaint(s)/ailment(s) first appear?  
*Bilakah tanda-tanda penyakit bermula?*      (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)

5. First visit to doctor for the complaint(s)/ailment(s)  
*Lawatan pertama ke doktor untuk tanda-tanda penyakit tersebut*       /  /  (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)

6. Post mortem done?  
*Bedah siasat dibuat?*       Yes *Ya*       No *Tidak*

7. Was there any other illness before the death event?  
*Adakah Si Mati mengalami penyakit lain sebelum kematian?*

Yes *Ya*       No *Tidak*

If "Yes", please state the other illnesses or conditions. *Jika "Ya", sila nyatakan penyakit atau keadaan lain tersebut.*

Name of Illness <i>Nama Penyakit</i>	Name of Doctor or Specialist <i>Nama Doktor atau Pakar</i>	Name & Address of Hospital or Clinic <i>Nama dan Alamat Hospital atau Klinik</i>	Date of Visit <i>Tarikh Rawatan</i>

**II. FOR DEATH DUE TO ACCIDENT UNTUK KEMATIAN AKIBAT KEMALANGAN**

1. Date & Time of accident  
*Tarikh dan waktu kemalangan*       /  /  (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_ a.m. / p.m. (hh/bb/tttt) pagi / petang

2. Exact location of accident  
*Lokasi sebenar kemalangan*       House *Rumah*       Workplace *Tempat Kerja*       Road/Others, please specify & state the address : *Jalan raya/ Lain-lain, sila tentukan & nyatakan alamat :* \_\_\_\_\_

3. How did the accident happen?  
*Bagaimana kemalangan berlaku?*       Fall *Jatuh*       Industrial Accident *Kemalangan Industri*       Road Traffic Accident *Kemalangan Jalan Raya*       Others. Please specify : *Lain-lain. Sila tentukan :* \_\_\_\_\_

4. Accident reported to :  
*Kemalangan dilaporkan kepada :*

(i) the police *polis*       Yes *Ya*       No *Tidak*

(ii) newspaper *surat khabar*       Yes *Ya*       No *Tidak*

**SECTION D. 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 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, 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 berikutnya (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**

**Kebenaran untuk Perkara-Perkara Tuntutan**

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 berhubung dengan pengambilan cek bagi polisi berkelompok.*

**SECTION D. 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**

**Note :** If Claimant is unable to sign, the thumbprint has to be witnessed by the attending doctor or our authorised officers at any nearest office  
**Nota :** Sekiranya Pihak yang Menuntut tidak dapat menandatangani, cap jari perlu disaksikan oleh doktor atau pihak yang diberi kuasa di mana-mana cawangan berdekatan.

Are you the beneficiary of the policies?  Yes *Ya*  No *Tidak*  
 Adakah anda benefisiari kepada polisi ini?

Signature of Claimant  
 Tandatangan Penuntut

Name :   
 Nama

NRIC No :   
 No. KP Baru

Relationship with the Deceased :  
 Hubungan dengan Si Mati

Spouse *Suami/Isteri*                       Parent *Ibu/Bapa*  
 Sibling *Adik-Beradik*                       Child(ren) *Anak-anak*  
 Others, please specify  
*Lain-lain, sila nyatakan* \_\_\_\_\_

Date *Tarikh* :  /  /  (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)

Contact No. :   
 No. Tel.

Address *Alamat* : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Signature of Witness  
 Tandatangan Saksi

Name :   
 Nama

NRIC No :   
 No. KP Baru

Date *Tarikh* :  /  /  (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)

Contact No. :   
 No. Tel.

Address *Alamat* : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SECTION E. 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.*
- iii. For "Great Senior" policies, the Death Claim Doctor's Statement is waived. However, if death is due to accident, the Accidental Death Benefit form and post mortem report are required.  
*"Death Claim Doctor's Statement" adalah diketepikan bagi polisi "Great Senior". Akan tetapi, sekiranya kematian adalah disebabkan oleh kemalangan, Borang Tuntutan Faedah Kemalangan Maut dan Laporan Bedah Siasat perlu dilampirkan.*

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)<br><i>Borang Kemudahan Kredit Terus (jika tidak pernah disertakan)</i>                      | <input type="checkbox"/> |
| 2. Death Claim<br><i>Tuntutan Kematian</i>   |                          |
| a) Death Claim Form- Claimant's Statement<br><i>Borang Tuntutan Kematian- Kenyataan Penuntut</i>   | <input type="checkbox"/> |
| b) CTC of Death Certificate<br><i>Salinan diakui sah Sijil Kematian</i>  | <input type="checkbox"/> |
| c) CTC of Deceased's NRIC<br><i>Salinan diakui sah Kad Pengenalan Si Mati</i>  | <input type="checkbox"/> |
| d) CTC of Claimant's NRIC<br><i>Salinan diakui sah Kad Pengenalan Pihak yang Menuntut</i>  | <input type="checkbox"/> |
| e) Letter of Authorisation/Consent<br><i>Surat Pemberikuasa/Kebenaran</i>  | <input type="checkbox"/> |
| f) Death Claim Doctor's Statement<br><i>"Death Claim Doctor's Statement"</i>   | <input type="checkbox"/> |
| g) Grant of Probate/Letter of Administration, for policy without nomination<br><i>Geran Probet/Surat Kuasa Mentadbir untuk polisi tanpa penamaan</i> | <input type="checkbox"/> |
| h) CTC of Detailed Post Mortem Report<br><i>Salinan diakui sah Laporan Bedah Siasat Terperinci</i>   | <input type="checkbox"/> |

Note : If the Deceased is non-Malaysian or if the death event occurred outside Malaysia (except Singapore), please attach :-

*Sekiranya Si Mati bukan warganegara Malaysia atau kematian berlaku di Luar Malaysia (kecuali Singapura), sila sertakan :-*

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| a) CTC of Deceased's Full Passport Book/ Citizenship Certificate<br><i>Salinan diakui sah Buku Pasport Lengkap/ Sijil Kewarganegaraan</i>   | <input type="checkbox"/> |
| b) Confirmation letter from National Registration Department (for death outside of Malaysia)<br><i>Surat Pengesahan dari Jabatan Pendaftaran Negara (untuk kematian di luar Malaysia)</i> | <input type="checkbox"/> |

**Additional Requirements for Death Due to Accident *Dokumen Tambahan untuk Kematian Disebabkan oleh Kemalangan***

- |   |                          |   |                          |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| a) Accidental Death Benefit Claim Form<br><i>Borang Tuntutan Faedah Kemalangan Maut</i> | <input type="checkbox"/> | d) Copy of Newspaper Cutting, if any<br><i>Salinan Keratan Akhbar, jika ada</i>                             | <input type="checkbox"/> |
| b) CTC of Police Report<br><i>Salinan diakui sah Laporan Polis</i>                      | <input type="checkbox"/> | e) CTC of Police Investigation Report, if any<br><i>Salinan diakui sah Laporan Siasatan Polis, jika ada</i> | <input type="checkbox"/> |
| c) CTC of Toxicology report<br><i>Salinan diakui sah Laporan Toksikologi</i>            | <input type="checkbox"/> | f) CTC of Deceased's Driving License<br><i>Salinan diakui sah Lesen Memandu</i>                             | <input type="checkbox"/> |

This page is intentionally left blank