

LETTER OF AUTHORISATION/CONSENT - To Obtain Further Information for Non-Death



SURAT PEMBERIKUASA/KEBENARAN - Untuk Mendapatkan Maklumat Lanjut untuk Bukan Kematian

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/Birth Certificate/ 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/Assured <i>Nama Hayat yang Diasuranskan/Asured</i>	<input type="text"/>				
Policy No. <i>No. Polisi</i>	<input type="text"/>						

To Whom It May Concern
Kepada Sesiapa Yang Berkenaan

Dear Sir/Madam,
Tuan/Puan,

I, the Life Assured/Assured, hereby authorise 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 GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (93745-A) ("the Company") and its authorised service provider and/or its employees in order to process my insurance claim.

I, the Life Assured/Assured, expressly waive on behalf or myself or any 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. This authorisation shall irrevocably bind my successors and assigns and shall remain valid notwithstanding my death or incapacity, and a copy of this form shall be effective and valid as the original.

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

Saya, Hayat Yang Diasuranskan/Asured, 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 pekerjaan, kewangan, kesihatan atau sejarah perubatan saya untuk memberi maklumat kepada GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (93745-A) ("pihak Syarikat") atau mana-mana ejen/kakitangannya yang diberi kuasa.

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

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

Signature or Thumb Print of Life Assured
Tandatangan atau Cap Ibu Jari Hayat yang Diasuranskan

Name *Nama* _____
NRIC No. *No. KP* _____
Date *Tarikh* _____

Signature or Thumb Print of the Assured
Tandatangan atau Cap Ibu Jari Asured (If different from the Life Assured) (Jika lain daripada Hayat yang Diasuranskan)

Name *Nama* _____
NRIC No. *No. KP* _____
Date *Tarikh* _____