

**LETTER OF AUTHORISATION/CONSENT - To Obtain Further Information
for Death**
**SURAT PEMBERIKUASA/KEBENARAN - Untuk Mendapatkan Maklumat
Lanjut untuk 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. | <input type="text"/> |
| Policy No. <i>No. Polisi</i> | <input type="text"/> | <i>No. KP Lama/Sijil Kelahiran/Pasport</i> | |
| Policy No. <i>No. Polisi</i> | <input type="text"/> | Name of Deceased <i>Nama Si Mati</i> | <input type="text"/> |

To Whom It May Concern
Kepada Sesiapa Yang Berkenaan

Dear Sir/Madam,
Tuan/Puan,

I hereby authorise and give my consent to any medical practitioner, physician, surgeon, clinic, hospital, medical centre, insurance company or other organization, 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 provision 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.

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

Signature of Claimant
Tandatangan Penuntut

Name: _____
Nama

NRIC No.: _____
No. KP

Relationship with
the Deceased: _____
*Hubungan dengan
Si Mati*

Address: _____
Alamat

Date: _____
Tarikh