

**DEATH CLAIM FORM**

<b>1. Policy Number &amp; Description</b> (i) ..... (ii) ..... (iii) ..... (iv) .....							
<b>2. Name of the Assured (Deceased) in full.</b>							
<b>3. Last address of the Deceased.</b>							
<b>4. Details of last employment / business:</b> (i) Address of employer / business (ii) Nature of business / employment / work							
<b>5. Cause of death</b> <input type="checkbox"/> Tick this box if <b>cause of death is unknown</b>							
<b>6. What is your relationship with the Deceased?</b> * <b>Proof of relationship</b> is required for <b>non-Muslims</b> claiming in the capacity as a <b>spouse, child or parent</b> nominee under a trust policy and for <b>ALL CLAIMANTS</b> claiming on a policy <u>without NOMINATION</u> .  Was the Deceased married? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Was the Deceased a <b>Muslim</b> * at death? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Assignee (Please submit your Original Deed of Assignment). <input type="checkbox"/> Legal owner (Third Party Policy) <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Parent  What family has the Deceased left <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Others. Please specify ..... # <b>Nominee of a Muslim Deceased shall distribute the policy moneys in accordance with Islamic law.</b>					
<b>7. Has the Deceased any other insurance with other insurers?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<table border="1"> <thead> <tr> <th><u>Policy No.</u></th> <th><u>Company</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		<u>Policy No.</u>	<u>Company</u>		
<u>Policy No.</u>	<u>Company</u>						
<b>8. Where/how do you wish to receive your claim payment?</b>		<input type="checkbox"/> Central Office <input type="checkbox"/> Through the Agent (Please fill in a letter of authority) <input type="checkbox"/> Agency/Branch Office _____ <input type="checkbox"/> Through Registered Mail					
<b>9. Is there a servicing agent assisting you in the claim?</b> * This form is issued free of charge and no commission is payable to any agent or employees of the Company in respect of making a claim.*		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - if yes, please give the agent's full name, address and Telephone No..					
<b>10. Death Due To Illness/Natural Death</b>		To the best of your knowledge :					
(a) When did the Deceased first complain of, or give other indication of his/her last illness?		(a)					
(b) When did the Deceased first consult a doctor for his/her last illness?		(b)					
(c) Please state the names and addresses of the doctors who attended to the Deceased during his/her last illness?		(c)					
(d) Smoking? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No							
(e) Names & addresses of all doctors / hospitals who attended the Deceased during the last two years prior to death?							
Name		Address	Dates of Attendance				

<p><b>11. Death Due To Accident</b></p> <p>(a) Date &amp; Time of accident?</p> <p>(b) Place of accident?</p> <p>(c) What was the Deceased doing?</p> <p>(d) Describe in detail how the accident happened?</p> <p>(e) Was the accident reported to the Police?</p> <p>(f) Was the accident reported in the newspaper?</p> <p>(g) Was a post-mortem carried out?</p>	<p>(Only required to be completed if the cause of death was due to an accident)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    If reported, please submit a certified copy of the report.</p> <p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No    If reported, please submit a copy of the newspaper reportage.</p> <p><input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No</p>
---	---

**A Post-Mortem report and an Accidental Death Benefits Claim form are required if you are entitled to claim for additional accidental death benefits under the policy.**

I declare that all answers given by me in this claim form are, to the best of my knowledge and belief, true and complete. I also consent to the Company to seek further information from any medical practitioners, hospitals or clinics attended by the Deceased or the Deceased's previous employer(s) or from any insurer(s) to which a proposal for insurance has been made on or by the Deceased and I authorise the same the giving of such information.

I further agree that the furnishing of this claim form or any other supplemental forms by the Company will not be considered an admission that there was any insurance in force on the life of the Deceased with the Company nor be deemed a waiver of the Company's rights or defences.

Claimant's Signature : .....      Address : .....

NRIC No. : .....      .....

Name: .....      .....

Tel No. ....      .....

**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 or Providers(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 or thumb print      Name : \_\_\_\_\_  
NRIC No. : \_\_\_\_\_      Relationship with Deceased : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_

**BORANG TUNTUTAN KEMATIAN**

<p>1. <b>No polisi dan jumlah yang diinsuranskan.</b>                  (i) ..... (ii) .....                  (iii) ..... (iv) .....</p>																			
<p>2. Nama penuh pemegang polisi (Si Mati).</p>																			
<p>3. Alamat terakhir Si Mati.</p>																			
<p>4. Keterangan lengkap pekerjaan/perniagaan terakhir :-                  (i) Alamat majikan/perniagaan                  (ii) Jenis perniagaan/pekerjaan</p>																			
<p>5. Sebab kematian.  <input type="checkbox"/> Tandakan kotak ini jika <b>sebab kematian tidak diketahui.</b></p>																			
<p>6. Apakah hubungan anda dengan Si Mati?                  * Sila kemukakan <b>bukti hubungan</b> untuk penuntut/                  penama kepada pemegang polisi <b>bukan Islam</b> yang                  menuntut <b>sebagai suami/isteri, anak/ibubapa</b> untuk polisi                  amanah dan <b>SEMUA TUNTUTAN</b> untuk polisi tanpa                  PENAMA.                  Adakah Si Mati berkahwin? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak                  Adakah Si Mati seorang Muslim pada tarikh kematian?  <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p>		<p><input type="checkbox"/> Pemegang serah hak.                  (Sila sertakan Perjanjian Penyerahan Hak yang asal.)  <input type="checkbox"/> Pemilik sah (Third Party Policy)  <input type="checkbox"/> Suami/isteri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Ibubapa                  Keluarga yang ditinggalkan Si Mati  <input type="checkbox"/> Suami/isteri <input type="checkbox"/> Anak  <input type="checkbox"/> Lain-lain. Sila nyatakan .....                  # Penama kepada pemegang polisi yang beragama Islam haruslah                  mengagihkan wang tuntutan menurut undang-undang Syariah.</p>																	
<p>7. Adakah Si Mati mempunyai polisi dengan syarikat                  insurans yang lain?  <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p>		<p>No <u>Polisi.</u> <span style="float: right;"><u>Syarikat</u></span></p>																	
<p>8. Di mana / bagaimana anda mahu bayaran tuntutan                  dibuat?</p>		<p><input type="checkbox"/> Pejabat utama di Kuala Lumpur  <input type="checkbox"/> Melalui ejen (Sila sertakan surat kebenaran)  <input type="checkbox"/> Melalui Pejabat Agensi / Cawangan  <input type="checkbox"/> Melalui pos berdaftar</p>																	
<p>9. Adakah ejen membantu anda membuat tuntutan ini?                  * Borang ini adalah percuma dan tiada komisyen harus                  diberikan kepada mana-mana ejen atau kakitangan                  Syarikat dalam mengendalikan tuntutan ini.</p>		<p><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak - Jika ya, sila berikan nama penuh dan alamat</p>																	
<p>10. Kematian kerana sakit / Kematian Biasa                  (a) Bilakah Si Mati mula mengadu atau menunjukkan                  sebarang petanda penyakitnya yang terakhir.                  (b) Bilakah Si Mati mula-mula berjumpa doktor untuk                  penyakitnya yang terakhir.                  (c) Sila berikan nama dan alamat doktor-doktor yang                  merawat Si Mati semasa sakit terakhirnya                  (d) Adakah Si Mati seorang perokok? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p>		<p>Setahu anda :-                  (a)                  (b)                  (c)</p>																	
<p>(e) Nama dan alamat kesemua doktor / hospital yang merawat Si Mati dua tahun sebelum kematiannya:-</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Nama</th> <th style="width: 25%;">Alamat</th> <th style="width: 25%;">Tarikh Rawatan</th> <th style="width: 25%;">Diagnosis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				Nama	Alamat	Tarikh Rawatan	Diagnosis												
Nama	Alamat	Tarikh Rawatan	Diagnosis																

**11. Kematian akibat kemalangan**

(Hanya perlu dilengkapkan jika kematian disebabkan oleh kemalangan)

- (a) Tarikh dan Waktu kemalangan?
- (b) Tempat kemalangan?
- (c) Apakah yang dilakukan oleh Si Mati ketika kemalangan?
- (d) Terangkan secara terperinci bagaimana kemalangan berlaku?
- (e) Adakah kemalangan dilaporkan kepada Polis?
- (f) Adakah kemalangan dilaporkan di akhbar?
- (g) Adakah bedah siasat dilakukan?

Ya     Tidak - Jika ya, sertakan laporan polis yang telah disahkan.

Ya     Tidak - Jika ya, sertakan keratan akhbar berkenaan.

Ya     Tidak

**Laporan bedah siasat dan borang Tuntutan Manfaat Kematian Akibat Kemalangan diperlukan sekiranya anda berhak membuat tuntutan faedah kematian untuk polisi ini.**

Saya mengaku bahawa kesemua jawapan yang saya berikan di dalam borang tuntutan ini adalah benar dan lengkap menurut pengetahuan dan kepercayaan saya. Saya juga mengizinkan pihak Syarikat mengambil maklumat lanjut dari mana-mana pegawai perubatan, hospital atau klinik yang pernah merawat Si Mati atau majikan Si Mati sebelumnya atau dari mana-mana syarikat insurans yang Si Mati pernah mengemukakan borang cadangan, begitu juga dengan mengeluarkan maklumat tersebut.

Saya juga bersetuju bahawa penerimaan borang tuntutan ini atau borang-borang tambahan yang lain oleh Syarikat tidak dikira sebagaiakuan bahawa semestinya insurans tersebut masih berkuat kuasa antara Si Mati dengan Syarikat ataupun mengetepikan hak-hak atau pembelaan bagi syarikat.

Tandatangan Penuntut : ..... Alamat : .....

No K/P : ..... .....

Nama: ..... .....

No Tel ..... .....

**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 mengetepikan 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 dari 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

No K/P : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

Nama : \_\_\_\_\_

Hubungan dengan Si Mati : \_\_\_\_\_

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.