

**CLAIMANT'S STATEMENT – GROUP CLAIM**  
**PERNYATAAN PIHAK MENUNTUT – TUNTUTAN UNTUK KUMPULAN**

**TYPES OF CLAIMS / JENIS TUNTUTAN**

**Death /** Tuntutan Kematian       **Critical Illness /** Tuntutan Penyakit Kritikal       **Total and Permanent Disability /** Tuntutan Hilang Upaya Menyeruloh dan Kekal

1. Policy and Group Policy Owner's Particulars / Butiran Polisi dan Pemegang Polisi			
Master Policy No. / No. Kontrak Induk			
Certificate Insurance No. / No. Sijil Insurans			
Name of Group Policy Owner / Nama Pemegang Polisi			
Contact Person, Contact No. & Email Address / Orang yang dihubungi, No. Hubungan & Alamat Emel		Name of Contact Person / Nama Orang yang dihubungi:	
		Contact No. / No. Telefon:	
		Email Address / Alamat Emel:	
Sum Assured / Jumlah Diinsuranskan		RM _____	
Balance of Outstanding Loan on Date of Claim (if applicable) / Jumlah Tunggakan Pinjaman Masa Tuntutan (jika berkenaan)		RM _____ • Please attach the letter on outstanding loan amount / Sila lampirkan surat pengesahan bagi jumlah tunggakan pinjaman	
2. Life Assured's / Insured Member's Particulars / Butiran Orang Diinsuranskan			
Name of Life Assured / Insured member / Nama Orang Diinsuranskan			
NRIC No. / Birth Certificate / Passport No. / No. KP / No. Sijil Kelahiran / No. Pasport		Gender / Jantina	<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan
Correspondence Address / Alamat Surat-Menyurat			
Contact No. / No. Telefon	Mobile / Tel. Bimbit	Home / Rumah	
Email Address / Alamat Emel			
3. Claimant's Information (*If different from Life Assured) / Butiran Pihak Penuntut (*jika lain dengan Orang yang Diinsuranskan)			
Name of Claimant / Nama Penuntut			
NRIC No. / Birth Certificate / Passport No. / No. KP / No. Sijil Kelahiran / No. Pasport		Gender / Jantina	<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan
Relationship with Life Assured / Insured member / Perhubungan dengan Orang Diinsuranskan			
Contact No. / No. Telefon	Mobile / Tel. Bimbit	Home / Rumah	
Email Address / Alamat Emel			
4. Details of Employment (*Applicable on Employee Benefits only) / Butiran Berkenaan Pekerjaan (*untuk Kebajikan Pekerja sahaja)			
Employee ID / ID Pekerja			
Occupation / Pekerjaan			
Last Employment Date / Tarikh Akhir Bekerja		Date / Tarikh : <input type="text"/> <input type="text"/> DD / Hari <input type="text"/> <input type="text"/> MM / Bulan <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> YYYY / Tahun	

Please list down medical leaves taken by Insured member for the last 6 months / Sila senaraikan cuti Sakit 6 bulan terakhir untuk orang diinsuranskan			
Please attach medically boarded out letter (if any) / sila lampirkan surat berhenti kerja daripada majikan			
<b>5. Nature of Claims and Related Details / Butiran Penyakit dan Tuntutan yang Berkenaan</b>			
Date of Diagnosis / Date of Disability / Date of Death / Tarikh Diagnosis / Tarikh Hilang Keupayaan / Tarikh Kematian			
Cause of Claim / Diagnosis/ Injury / Cause of Death / Sebab Tuntutan / Penyakit / Kecederaan / Sebab Kematian			
Please Complete if the Cause of Claim Related to Accident / Suicide. / Sila lengkapkan jika Tuntutan disebabkan oleh Kemalangan / Bunuh diri	<input type="checkbox"/> Accident / Kemalangan <input type="checkbox"/> Suicide / Bunuh Diri  i) Date and Time of Accident: / Tarikh dan Masa Kemalangan: <input type="text"/> <input type="text"/> DD / <input type="text"/> <input type="text"/> MM / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> YYYY / Hari Bulan Tahun  Time: / Masa: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> am/pm  ii) Place of Accident: / Tempat Kemalangan: _____  iii) Describe how the Accident Happened / Terangkan bagaimana Kemalangan tersebut Berlaku  _____  _____  _____		
<b>6. Records of Medical Consultations / Rekod-rekod Perundingan Perubatan</b>			
Names and address of all physicians who attended the Life Assured / Insured Member in the past 5 years / Nama dan alamat semua doktor perubatan yang pernah merawat simati dalam masa lima tahun sebelumnya.			
Name & address of Doctor/ Hospital / Clinic / Nama & alamat Doktor / Hospital / Klinik	Diagnosis / Nature of Illness / Disease / Diagnosis / Jenis Penyakit		
	Date of Consultation / Admission / Tarikh Rawatan / Rundingan <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DD / Hari MM / Bulan YYYY / Tahun		
	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DD / Hari MM / Bulan YYYY / Tahun		
<b>7. Name of other insurance company that life assured is insured with / Nama syarikat insurans lain yang orang diinsuranskan juga dilindunginya</b>			
Insurer / Syarikat Insurans	Policy No. / No. Polisi	Amount of Benefit / Amaun Faedah	Effective Date / Tarikh Mula
<b>8. Direct Credit Payment / E-Payment Information / Maklumat Pembayaran Kredit Terus / E-Pembayaran</b>			
Payment payable to / Bayaran kepada	<input type="checkbox"/> Group Policy Owner (Bank) / Pemegang Polisi (Bank) <input type="checkbox"/> Group Policy Owner (Employer) / Pemegang Polisi (Majikan) <input type="checkbox"/> Group Policy Owner (other) / Pemegang Polisi (lain-lain) <input type="checkbox"/> Nominee / Executor (if any) / Penama-penama / Eksekutor		
Account Holder's Name / Nama Pemegang Akaun		Account Holder's Company Registration No. or NRIC No. / No. Pendaftaran Syarikat atau No. KP	
Bank Name / Nama Bank		Bank Account No. or Loan account No. / No Akaun Bank atau No. Akaun Pinjaman	

**DECLARATION & AUTHORIZATION / PENGISYTIHARAN & PEMBERIAN KUASA**

I / We, the undersigned hereby declare that the information above is wholly and completely true. / Saya / Kami, yang bertandatangan dibawah ini mengisytiharkan bahawa maklumat di atas adalah semuanya benar dan lengkap.

I / We, the undersigned hereby give consent to: / Saya / Kami, yang bertandatangan di bawah ini memberi kebenaran kepada:

- The Company to hold, use or disclose my and or Life Assured/ Insured Member's personal information to any hospital, clinic, physician, specialist, insurance or reinsurance companies, professional adviser or bodies, Life Insurance Association of Malaysia (LIAM), Ombudsman for Financial Services (OFS), Insurance Services of Malaysia (ISM), organization, institution or person(s) and authorized agents or representatives for the purpose of processing this application.** / Pihak Syarikat untuk memegang, menggunakan atau mendedahkan maklumat peribadi saya dan atau orang yang insuranskan kepada mana-mana hospital, klinik, pegawai perubatan, dockor pakar, syarikat insurans atau insurans semula, penasihat atau badan professional, Persatuan Insurans Hayat Malaysia (LIAM), Ombudsman Perkhidmatan Kewangan (OFS), Insurance Services Malaysia Berhad (ISM), organisasi, institusi atau pihak dan ejen-ejen berdaftar atau wakil-wakil bagi tujuan pemrosesan permohonan ini.
- For E-payment, I/We affirm that the information in this form is correct as at the date of form. I / We irrevocably consent to facilitate to the disclosure by the Company of my / our personal information to facilitate payment of all claim-refund that may be due to me / us.** / Untuk E-pembayaran, saya / kami mengesahkan bahawa maklumat dalam borang ini adalah betul seperti pada tarikh borang. Saya / Kami memberi keizinan untuk memudahkan pembayaran oleh pihak Syarikat maklumat peribadi saya untuk memudahkan pembayaran semua tuntutan bayaran balik yang mungkin kena dibayar kepada saya / kami.

Signature of Claimant / Life Assured / Insured Member / Tandatangan Pihak Penuntut

Date / Tarikh:

Signature of Group Policy Owner (Bank / Employer / Group / Union Branch) / Tandatangan Penuntut sebagai Pemegang Polisi

Date / Tarikh:

Signature of Witness / Tandatangan Saksi

Name / Nama:

NRIC No. / No. KP:

Date / Tarikh:

**Document Checklist (submitted together with this form) / Sila hantarkan dokumen berikut kepada pihak Syarikat untuk pertimbangan**

Death Claim / Tuntutan Kematian	Critical Illness Claim / Tuntutan Penyakit Kritikal	Total and Permanent Disability Claim / Tuntutan Hilang Upaya Menyeruluh dan Kekal
<input type="checkbox"/> Medical Attendant's Report <sup>^</sup> / Kenyataan Pegawai Perubatan <sup>^</sup>	<input type="checkbox"/> Confidential Medical Certificate / Kenyataan Pegawai Perubatan	<input type="checkbox"/> Attending Physician's Medical Report / Kenyataan Pegawai Perubatan
<input type="checkbox"/> Consent Letter <sup>^</sup> / Surat Kebenaran <sup>^</sup>	<input type="checkbox"/> Laboratory Test and Radiology Report/ Laporan Makmal dan Repot Radiologi	<input type="checkbox"/> Laboratory Test and Radiology Report/ Laporan Makmal dan Repot Radiologi
<input type="checkbox"/> BSN's Consent and Declaration Form <sup>^</sup> / Borang Kebenaran dan Pengisytiharan BSN <sup>^</sup>	<input type="checkbox"/> Copy of IC / Birth Certificate/ Passport of Life Assured / Insured / Salinan KP / Surat Kelahiran / Pasport Orang Diinsuranskan	<input type="checkbox"/> Police Report(s) if due to Accident / Laporan Polis jika disebabkan Kemalangan
<input type="checkbox"/> Copy of Death Certificate / Surat Kematian	<input type="checkbox"/> Bank Statement / Bank Note for Direct Credit Verification / Penyataan Bank untuk Pembayaran Terus	<input type="checkbox"/> Employer Letter about Medically Boarded out / Surat Berhenti Kerja daripada Majikan
<input type="checkbox"/> Copy Burial Certificate, for Death Certified by Police / Surat Pengebumian jika Kematian disahkan oleh Polis		<input type="checkbox"/> Copy of Letter from Socso with Medical Report / Salinan Dokumen dan Repot dari Socso
<input type="checkbox"/> Copy of JPN Letter, for Death Outside Malaysia / Surat JPN, jika Kematian di Luar Negara		<input type="checkbox"/> Copy of IC / Birth Certificate / Passport of Life Assured/ Insured / Salinan KP/ Surat Kelahiran / Pasport Orang Diinsuranskan
<input type="checkbox"/> Police Report(s) if due to Accident / Laporan Polis jika disebabkan Kemalangan		<input type="checkbox"/> Bank Statement / Bank Note for Direct Credit Verification / Penyataan Bank untuk Pembayaran Terus
<input type="checkbox"/> Proof of Age (copy of IC/ Birth Certificate/ Passport) / Salinan KP / Surat Kelahiran / Pasport		
<input type="checkbox"/> Copy of IC / Birth Certificate/ Passport of Claimant / Salinan KP / Surat Kelahiran / Pasport Pihak Penuntut		
<input type="checkbox"/> Bank Statement / Bank Note for Direct Credit Verification / Penyataan Bank untuk Pembayaran Terus		

Reference: / Rujukan:

<sup>^</sup> For coverage not under "Free Cover Limit" / Untuk kes yang bukan dilindungi di bawah "Free Cover Limit".

<sup>^</sup> Death less than 1 year from Policy Commencement Date / Kematian kurang dari 1 tahun dari tarikh berkuatkuasa.

Important Note: / Nota Penting:

- For non-original documents must be certified as true copy. / Pengesahan dokumen diperlukan untuk Salinan bukan asal.
- Company reserves the right to request additional documents subject to the condition and facts of the case. / Syarikat berhak minta dokumen tambahan untuk kes khas.
- Being furnished or acknowledgment receipt of this claim by the Company does not amount to admission of liability. / Pengemukakan atau pengesahan penerimaan borang ini oleh pihak Syarikat tidak dimaksudkan sebagai pengakuan liabiliti.
- This claim is furnished or acknowledged on a without prejudice basis. / Borang permohonan ini dikemukakan atau diterima tanpa prasangka.