

DEATH CLAIM FORM - CLAIMANT'S STATEMENT

BORANG TUNTUTAN KEMATIAN - KENYATAAN PENUNTUT

SECTION A. PARTICULARS OF DECEASED BUTIR-BUTIR SI MATI

Policy No. No. Polisi		New NRIC No. No. KP Baru	
Policy No. No. Polisi		Old NRIC/Birth Certificate/ Passport No. No. KP Lama/ Sijil Kelahiran/Pasport	
Policy No. No. Polisi		Name Nama	
Policy No. No. Polisi			

1. a) Last Correspondence Address Alamat Terakhir	
Postcode Poskod	
Town Bandar	
Country Negara	

2. a) Marital Status at point of death Status perkahwinan semasa kejadian mati	☐ Single Bujang ☐ Married Berkahwin ☐ Divorced Berceraai ☐ Widow / Widower Duda / Janda
b) Religion Agama	☐ Muslim Islam ☐ Non-Muslim Bukan Islam
**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	☐ Spouse Suami / Isteri ☐ Father Bapa ☐ Mother Ibu ☐ Child(ren) Anak-anak : _____ person (s) orang
☐ Others. Please specify : _____ Lain-lain. Sila nyatakan : _____	

3. Any other insurance policy with other company? Adakah Si Mati mempunyai polisi dengan syarikat yang lain?	☐ Yes Ya ☐ No Tidak
If "Yes", please provide details. Jika "Ya", sila nyatakan butir-butir tersebut.	
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	
2. Deceased's occupation at point of death Pekerjaan Si Mati semasa kematian	
3. Date employed Tarikh mula bekerja	/ / (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)
4. Last date of work Tarikh terakhir aktif bekerja	/ / (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)
5. Last drawn salary Gaji terakhir	R M
6. Salary last adjusted Tarikh terakhir penyesuaian gaji	/ / (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)
7. Sum Assured Jumlah Asurans	R M

CLM-DTHCF-V07-032025

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 <i>Tarikh Kematian</i>	/ / (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)																				
2. Cause of Death <i>Sebab Kematian</i>	☐ Accident <i>Kemalangan</i> ☐ Illness <i>Penyakit</i> ☐ Suicide <i>Bunuh diri</i> ☐ Others, please specify <i>Lain-lain, sila nyatakan</i> _____																				
3. What complaint(s)/ailment(s) did the Deceased have before death? <i>Apakah tanda-tanda penyakit Si Mati sebelum kematian?</i>																					
4. When did the complaint(s)/ailment(s) first appear? <i>Bilakah tanda-tanda penyakit bermula?</i>	(dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)																				
5. First visit to doctor for the complaint(s)/ailment(s) <i>Lawatan pertama ke doktor untuk tanda-tanda penyakit tersebut</i>	/ / (dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)																				
6. Post mortem done? <i>Bedah siasat dibuat?</i>	☐ Yes <i>Ya</i> ☐ No <i>Tidak</i>																				
7. Was there any other illness before the death event? <i>Adakah Si Mati mengalami penyakit lain sebelum kematian?</i>																					
☐ Yes <i>Ya</i> ☐ No <i>Tidak</i>																					
If "Yes", please state the other illnesses or conditions. <i>Jika "Ya", sila nyatakan penyakit atau keadaan lain tersebut.</i>																					
<table><tr><th>Name of Illness <i>Nama Penyakit</i></th><th>Name of Doctor or Specialist <i>Nama Doktor atau Pakar</i></th><th>Name & Address of Hospital or Clinic <i>Nama dan Alamat Hospital atau Klinik</i></th><th>Date of Visit <i>Tarikh Rawatan</i></th></tr><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><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		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>																
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 <i>Tarikh dan waktu kemalangan</i>	/ / (dd/mm/yyyy) _____ a.m. / p.m. (hh/bb/tttt) pagi / petang
2. Exact location of accident <i>Lokasi sebenar kemalangan</i>	☐ House <i>Rumah</i> ☐ Workplace <i>Tempat Kerja</i> ☐ Road/Others, please specify & state the address : <i>Jalan raya/ Lain-lain, sila tentukan & nyatakan alamat :</i> _____
3. How did the accident happen? <i>Bagaimana kemalangan berlaku?</i>	☐ Fall <i>Jatuh</i> ☐ Industrial Accident <i>Kemalangan Industri</i> ☐ Road Traffic Accident <i>Kemalangan Jalan Raya</i> ☐ Others. Please specify : <i>Lain-lain. Sila tentukan :</i> _____
4. Accident reported to : <i>Kemalangan dilaporkan kepada :</i> (i) the police <i>polis</i> (ii) newspaper <i>surat khabar</i>	☐ Yes <i>Ya</i> ☐ No <i>Tidak</i> ☐ Yes <i>Ya</i> ☐ No <i>Tidak</i>

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 bind my successors and assignees and shall remain valid not withstanding 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 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 berhubung 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.

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 the 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.

--	--

Signature of Claimant
Tandatangan Penuntut

Name :
Nama

[illegible]

NRIC No :
No. KP Baru

						-			-				
--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Relationship with
the Deceased :
*Hubungan
dengan Si Mati*

Spouse *Suami/Isteri*

Sibling *Adik-Beradik*

Others, please specify

Lain-lain, sila nyatakan

Parent Ibu/Bapa

Child(ren) *Anak-anak*

Tax Identification
Number (TIN) :
*Nombor Cukai
Pendapatan*

[illegible]

Sales and Service
Tax (SST) Number :
*Nombor Cukai
Jualan dan Perkhidmatan
Malaysia*

[illegible]Date *Tarikh* :

--	--	--	--

(dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)

Contact No. :
No. Tel.

[illegible]

Address *Alamat* :

--	--

Signature of Witness
Tandatangan Saksi

Name :
Nama

[illegible]

NRIC No :
No. KP Baru

						-			-				
--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Date *Tarikh* :

--	--	--	--

(dd/mm/yyyy) (hh/bb/tttt)

Contact No. :
No. Tel.

[illegible]

Address *Alamat* :

For information on how we process your personal data and your right over your personal data, kindly refer to our Personal Data Protection Notice posted at greateasternlife.com.

If you have any inquiry or complaint (such as limiting the processing of certain information, including the withdrawal of consent to receive marketing information), you may contact our **Customer Service Careline** at 1300-1300 88 or Privacy Officer at +603 4813 3796 or write to the Company.

Untuk maklumat berkenaan pemprosesan data peribadi dan hak anda ke atas data peribadi anda, sila rujuk Notis Perlindungan Data Peribadi yang dipaparkan dalam laman web **greateasternlife.com**.

Jika anda mempunyai sebarang pertanyaan atau aduan (seperti mengehadkan pemprosesan maklumat tertentu, termasuk membatalkan persetujuan untuk menerima maklumat pemasaran), anda boleh menghubungi **Customer Service Careline** di 1300-1300 88 atau Pegawai Privasi kami di talian +603 4813 3796 atau tulis kepada Syarikat.

SECTION F. 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, Customer Service Officer, Public Notary, Advocate & Solicitor, Justice of Peace, Ketua Balai Polis, District Officer, Medical Officer, Group Manager, or Unit Manager. In addition, for claims incurred outside Malaysia (except Singapore), the confirmation of the claim event and all related documents issued by the Foreign Authority must be certified by the Malaysian Embassy or a Public Notary in the incident country. If you have returned to Malaysia, the documents can be certified by relevant country's Embassy in Malaysia.
Salinan Dokumen mesti disahkan oleh pihak yang diberi kuasa, iaitu Pegawai Tuntutan, Pegawai Khidmat Pelanggan, Notari Awam, Peguambela dan Peguamcara, Jaksa Pendamai, Ketua Balai Polis, Pegawai Daerah, Pegawai Perubatan, Pengurus Kumpulan (Group Manager) atau Pengurus Unit (Unit Manager). Bagi tuntutan yang berlaku di luar Malaysia (kecuali Singapura), pengesahan kejadian tuntutan dan semua dokumen berkaitan yang dikeluarkan oleh Pihak Berkuasa Asing mesti disahkan oleh Kedutaan Malaysia atau Notari Awam di negara kejadian. Jika anda telah kembali ke Malaysia, dokumen tersebut boleh disahkan 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 sah**

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Direct Credit Facility Form (if not submitted before)
<i>Borang Kemudahan Kredit Terus (jika tidak pernah disertakan)</i> | ☐ |
| 2. Death Claim
<i>Tuntutan Kematian</i> | |
| a) Death Claim Form- Claimant's Statement
<i>Borang Tuntutan Kematian- Kenyataan Penuntut</i> | ☐ |
| b) CTC of Death Certificate
<i>Salinan sah Sijil Kematian</i> | ☐ |
| c) CTC of Deceased's NRIC
<i>Salinan sah Kad Pengenalan Si Mati</i> | ☐ |
| d) CTC of Claimant's NRIC
<i>Salinan sah Kad Pengenalan Pihak yang Menuntut</i> | ☐ |
| e) Letter of Authorisation/Consent
<i>Surat Pemberikuasa/Kebenaran</i> | ☐ |
| f) Death Claim Doctor's Statement
<i>"Death Claim Doctor's Statement"</i> | ☐ |
| g) Grant of Probate/Letter of Administration, for policy without nomination
<i>Geran Probat/Surat Kuasa Mentadbir untuk polisi tanpa penamaan</i> | ☐ |
| h) CTC of Detailed Post Mortem Report
<i>Salinan sah Laporan Bedah Siasat Terperinci</i> | ☐ |

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
<i>Salinan sah Buku Pasport Lengkap/ Sijil Kewarganegaraan</i> | ☐ |
| b) Confirmation letter from National Registration Department (for death outside of Malaysia)
<i>Surat Pengesahan dari Jabatan Pendaftaran Negara (untuk kematian di luar Malaysia)</i> | ☐ |

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

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

This page is intentionally left blank