

Policy No. : \_\_\_\_\_ Loan Account No. (if any) : \_\_\_\_\_

**TOTAL & PERMANENT DISABILITY CLAIM FORM / BORANG TUNTUTAN HILANG UPAYA KEKAL & MENYELURUH**

**SECTION A : LIFE ASSURED/PERSON COVERED PARTICULARS / SEKSYEN A : BUTIRAN ORANG DIINSURANKAN/DILINDUNGI**

Full Name / Nama Penuh


Address / Alamat


NRIC number (new) / Nombor kad pengenalan (baru)

Other identification number / Nombor pengenalan lain

_____ - _____ - _____	_____
-----------------------	-------

Gender / Jantina

Date of Birth / Tarikh Lahir

Nationality / Warganegara

<input type="checkbox"/> Male / Lelaki	<input type="checkbox"/> Female / Perempuan	DD - MM - YYYY	
--	---	----------------	--

House phone no. / No. telefon rumah

Office phone no. / No. telefon pejabat

Mobile no. / No. telefon bimbit

_____ - _____	_____ - _____	_____ - _____
---------------	---------------	---------------

Bank account no. / No. akaun bank

--

Bank name / Nama bank

--

Account holder's name (as registered with the bank) / Nama pemegang akaun (seperti yang didaftarkan di bank)

--

**Occupational details / Butir-butir pekerjaan**

Occupation / Pekerjaan :

--

Exact duties performed / Tugas hakiki yang dilakukan :

Duration of employment / Tempoh pekerjaan :

Date start work / Tarikh mula bekerja :

DD - MM - YYYY
----------------

Last working date / Tarikh akhir bekerja :

DD - MM - YYYY
----------------

Do you have SOCSO contribution? / Adakah anda mencarum dengan PERKESO?

Yes / Ya

No / Tidak

Name of Employer / Nama majikan

--

Employer's address / Alamat majikan

--

--

**Other Insurance / Takaful Coverage / Perlindungan Insuran / Takaful Lain**

Policy / Certificate No. / No. Polisi / Sijil	Name of Company / Nama Syarikat	Sum Assured / Jumlah Diinsurankan

**SECTION B : CLAIM QUESTIONNAIRE / SEKSYEN B : SOAL-SELIDIK TUNTUTAN**

Cause of disability / Sebab hilang upaya :

Illness / Penyakit.

Diagnosis : \_\_\_\_\_

Accident / Kemalangan.

Accident Date / Tarikh Kemalangan :

DD - MM - YYYY
----------------

Nature of Accident / Jenis Kemalangan : \_\_\_\_\_

Describe your current disabilities / Terangkan hilang upaya yang dialami

Onset date of disability / Tarikh mula hilang upaya :

DD - MM - YYYY
----------------

Details of treating doctors for your disabilities / Butiran doktor yang merawat hilang upaya

Date / Tarikh	Doctor's Name / Nama Doktor	Hospital / Clinic

**SECTION C : FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT (FATCA) DECLARATION**  
**SEKSYEN C : PENGISYTIHARAN AKTA PEMATUHAN CUKAI AKAUN ASING AMERIKA SYARIKAT (FATCA)**

I/We declare and agree on behalf of myself/ourselves that : I Saya/Kami isytiharkan dan bersetuju bagi pihak saya/kami bahawa :

a) **U.S. Person Declaration & Change of Circumstances** / Pengakuan Warga Amerika Syarikat & Perubahan Keadaan

I/We hereby declare that I/we am/are not a "U.S. person" for U.S. federal income tax purposes and that I/we am/are not acting for, or on behalf of, a U.S. person. I/We understand that Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad ("Sun Life Malaysia"), believing this statement to be true, will rely on it and act on it. In the event this statement is false, Sun Life Malaysia shall be entitled to cancel the policy/certificate/contract. Sun Life Malaysia shall notify me/us on such cancellation and refund the premium/contribution paid less any indebtedness and/or policy/contract/certificate withdrawal. In view that this is a fundamental term, Sun Life Malaysia shall be entitled to cancel this Policy/Contract/Certificate and pay reasonable compensation to me/us in consideration of such termination. I Saya/Kami dengan ini mengisytiharkan bahawa saya/kami bukan warga Amerika Syarikat bagi tujuan cukai pendapatan persekutuan Amerika Syarikat dan Saya/Kami tidak bertindak untuk atau bertindak bagi pihak warga Amerika Syarikat. Saya/Kami faham bahawa Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad ("Sun Life Malaysia"), dengan mempercayai kenyataan ini adalah benar, akan bergantung kepadanya dan bertindak ke atasnya. Sekiranya kenyataan ini adalah palsu, Sun Life Malaysia berhak membatalkan mana-mana polisi/kontrak/sijil yang dikeluarkan dan dianggap sebagai tidak sah. Sun Life Malaysia hendaklah memaklumkan Saya/Kami dan membayar balik premium dengan menolak sebarang keterhutangan dan pengeluaran dari polisi/kontrak/sijil. Memandangkan ini adalah syarat asas, Sun Life Malaysia adalah berhak untuk membatalkan Polisi/Sijil ini dan membayar pampasan yang munasabah kepada Saya/Kami sebagai balasan terhadap penamatan tersebut.

I/We agree to notify Sun Life Malaysia within thirty (30) days of any change in my/our status as U.S. person for the purposes of U.S. federal income tax. I Saya/Kami bersetuju untuk memaklumkan Sun Life Malaysia dalam tempoh tiga puluh (30) hari mengenai sebarang perubahan status saya /kami sebagai warga Amerika Syarikat bagi tujuan cukai pendapatan persekutuan Amerika Syarikat.

(Please note that on the making of an application for insurance/takaful, U.S. persons or residents must complete an IRS Form W-9). I (Sila ambil perhatian bahawa apabila membuat permohonan insurans/takaful, warga atau penduduk tetap Amerika Syarikat mesti melengkapkan borang IRS W-9).

\*Note : A false statement or misrepresentation of tax status by a U.S. person could lead to penalties under U.S. law / \*Nota : Kenyataan palsu atau gambaran yang salah berhubung status cukai oleh warga Amerika Syarikat boleh membawa hukuman di bawah undang-undang Amerika Syarikat.

b) **FATCA Data Privacy Waiver (applicable to both individuals and corporates)** / Penepian Maklumat Privasi FATCA (terpakai untuk kedua-dua individu dan korporat).

Sun Life Malaysia and its affiliates ("the Group") are subject to and required to, or have agreed to, comply with certain legal, regulatory and/or other requirements (the "Reporting Requirements"). As such, I/we provide our express consent that Sun Life Malaysia shall have the rights to provide such personal data and information to any governmental authorities, regulatory bodies and/or any other person(s) in respect of the Reporting Requirements. I/We understand that such disclosures may involve the cross border transfer of personal data outside the jurisdiction and that such disclosures may be with respect to i) the personal data of the Policy/Contract/Certificate Owner, the Contingent Owner of the Policy/Contract/Certificate, the Insured/Person Covered, and the Beneficiaries ("the Parties"), or any of them; ii) any information relating to this Policy/Contract/Certificate; and iii) any information relating to any other policies/contract/certificates held by the Parties or any of them. I/We understand that Sun Life Malaysia will not be able to sell any insurance/takaful product to me/us and provide any service if I/we refuse to give the said express consent. I Sun Life Malaysia dan gabungannya ("Kumpulan") adalah tertakluk kepada dan diperlukan untuk, atau telah bersetuju untuk mematuhi undang-undang, kawal selia dan/atau keperluan tertentu ("Keperluan Laporan"). Oleh itu, Saya/Kami memberikan kebenaran yang nyata bahawa Sun Life Malaysia adalah berhak untuk menyediakan maklumat peribadi dan maklumat tersebut kepada sebarang badan kerajaan, badan kawal selia dan/atau mana-mana orang yang berkaitan dengan Keperluan Laporan. Saya/Kami faham bahawa pendedahan tersebut mungkin melibatkan pemindahan merentasi sempadan data peribadi di luar bidang kuasa dan pendedahan tersebut mungkin berkaitan dengan i) Data peribadi Pemilik, Pemilik Bersama, Orang Diinsurankan/Diindungi dan Waris ("Pihak-Pihak") atau mana-mana daripadanya; ii) sebarang maklumat mengenai Polisi/Kontrak/Sijil ini; dan iii) sebarang maklumat mengenai mana-mana polisi/kontrak/sijil yang dipegang oleh Pihak-Pihak atau mana-mana daripadanya. Saya/Kami faham bahawa Sun Life Malaysia tidak boleh menjual sebarang produk insurans/ takaful kepada saya/kami dan menyediakan sebarang perkhidmatan sekiranya saya/kami menolak untuk memberi kebenaran nyata tersebut.

**U.S. citizen / resident declaration** / Pengisytiharan warga/penduduk tetap Amerika Syarikat.

Please tick (✓) if applicable / Sila tanda (✓) jika berkenaan.

I/We hereby declare that I/we am/are I Saya/Kami dengan ini menyatakan bahawa saya/kami adalah :

**U.S. citizen** / warga Amerika Syarikat

**U.S. resident** / penduduk tetap Amerika Syarikat

**SECTION D : DECLARATION BY CLAIMANT / SEKSYEN D : PENGISYTIHARAN PENUNTUT**

**TOTAL & PERMANENT DISABILITY CLAIM / TUNTUTAN HILANG UPAYA KEKAL & MENYELURUH**

Policy/Certificate No. / No. Polisi/Sijil : \_\_\_\_\_

Insured/Person Covered's Name /  
Nama Orang Diinsurankan/Dilindungi : \_\_\_\_\_

NRIC No. / No. Kad Pengenalan : \_\_\_\_\_

I/We hereby declare that all the answers given by me/us in this statement are in all respects true and complete. I/We hereby consent Sun Life Malaysia to seek medical information from any doctor who, at any time has attended to the Insured/Person Covered concerning anything which affects his/her physical or mental health or seeking information from any insurance company/takaful operator with which policy/contract/certificate on the Insured/Person Covered has been affected and I/we authorise the giving of such information to Sun Life Malaysia. / Saya/Kami mengisytiharkan bahawa semua jawapan yang saya/kami nyatakan di dalam penyata ini adalah dalam semua aspek, benar dan lengkap. Saya/Kami dengan ini memberikan kebenaran kepada Sun Life Malaysia untuk meminta laporan perubatan dari mana-mana doktor yang pada bila-bila masa pernah memberi khidmat kepada Orang Diinsurankan/Dilindungi berkaitan dengan apa jua yang memberi kesan kepada kesihatan fizikal atau mental beliau atau mencari maklumat dari mana-mana syarikat insurans/operator takaful yang mana mempunyai polisi/kontrak/sijil Orang Diinsurankan/Dilindungi dan saya/kami membenarkan pemberian maklumat tersebut kepada Sun Life Malaysia.

I/We agree that a copy of this authorisation shall be as valid as the original. / Saya/Kami bersetuju bahawa salinan kebenaran ini adalah sah sebagaimana salinan asalnya.

I/We hereby consent to allow Sun Life Malaysia to deduct any indebtedness due to this policy/contract/certificate from the claim proceeds. / Dengan ini saya/kami membenarkan Sun Life Malaysia menolak sebarang keberhutangan yang disebabkan oleh polisi/kontrak/sijil daripada hasil tuntutan ini.

I/We understand and agree that any of my/our personal information collected or held by Sun Life Malaysia (whether contained in this application or otherwise obtained) may be held, used, and disclosed by Sun Life Malaysia to individuals or organisations related to or associated with Sun Life Malaysia or any selected third party (within or outside Malaysia, including reinsurance and claims investigations companies and industry associations/federations) for the purpose of processing this application and providing subsequent service for this policy/certificate and to communicate with me/us for such purpose. I/We understand that I/we am/are entitled to obtain access to and request correction of any personal information held by Sun Life Malaysia and that such request can be made to Sun Life Malaysia's Customer Careline at 1300-88-5055. I/We will keep Sun Life Malaysia updated of any changes to such personal information as soon as possible. / Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi saya/kami yang diperolehi atau disimpan oleh Sun Life Malaysia (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh disimpan, digunakan dan didedahkan oleh Sun Life Malaysia kepada individu atau organisasi yang berkaitan dengan Sun Life Malaysia atau mana-mana pihak ketiga yang terpilih (di dalam atau di luar Malaysia termasuk penanggung insurans semula dan siasatan tuntutan serta persatuan/persekutuan industri) untuk tujuan pemprosesan permohonan ini dan memberikan perkhidmatan seterusnya untuk polisi ini serta berhubung dengan saya/kami bagi tujuan tersebut. Saya/Kami memahami bahawa saya/kami berhak mendapat akses kepada maklumat tersebut dan meminta sebarang pembetulan dibuat ke atas mana-mana maklumat peribadi yang disimpan oleh Sun Life Malaysia dan permintaan tersebut boleh dibuat kepada talian Khidmat Pelanggan Careline Sun Life Malaysia di 1300-88-5055. Saya/Kami akan memaklumkan Sun Life Malaysia mengenai sebarang perubahan kepada maklumat peribadi secepat mungkin.

Claimant's Signature / Tandatangan Penuntut

Witness' Signature / Tandatangan Saksi

Name / Nama : \_\_\_\_\_  
NRIC No. : \_\_\_\_\_  
Date / Tarikh : 

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Name / Nama : \_\_\_\_\_  
NRIC No. : \_\_\_\_\_  
Date / Tarikh : 

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**SECTION E : DOCUMENT CHECKLIST / SEKSYEN E : SENARAI SEMAKAN DOKUMEN**

Sun Life Malaysia reserves the rights to request for other relevant document and information or to view the original copy of the document submitted whenever necessary. Upon full completion of this form, please return this form together with the following documents (non-original documents must be certified as true copy). / Sun Life Malaysia berhak untuk meminta lain-lain dokumen dan maklumat yang berkaitan atau merujuk kepada salinan asal dokumen yang telah diserahkan sekiranya diperlukan. Selepas melengkapkan borang ini sepenuhnya, sila kembalikan borang ini bersama-sama dengan dokumen yang berikut (salinan bukan asal perlu disahkan benar).

<p><b>(A) For TPD due to illness</b> <i>Untuk Hilang Upaya disebabkan penyakit</i></p>
<p>1. <b>TPD Claim Form</b> <i>Borang Tuntutan Hilang Upaya (TPD)</i></p> <p>2. <b>Medical Attendant's Report on Total Permanent Disability Claim</b> <i>Laporan Pegawai Perubatan Di Atas Tuntutan Hilang Upaya Menyeluruh Dan Kekal</i></p> <p>3. <b>Life Assured/Person Covered's NRIC</b> <i>Kad Pengenalan Orang Diinsurankan/Dilindungi.</i></p> <p>4. <b>Medical report and approval letter by SOCSO.</b> <i>Laporan perubatan dan surat kelulusan dari PERKESO.</i></p> <p>5. <b>Medical Boarded Out / Termination Letter by employer.</b> <i>Surat penamatan perkhidmatan / persaraan disebabkan kesihatan dari majikan.</i></p> <p>6. <b>Certificate of Insurance / Takaful</b> <i>Sijil Insuran / Takaful</i></p>
<p><b>(B) For TPD due to accident</b> <i>Untuk Hilang Upaya disebabkan kemalangan</i></p>
<p>1. <b>All of Item (A)</b> <i>Semua dokumen di bawah item (A)</i></p> <p>2. <b>Police Report</b> <i>Laporan Polis</i></p> <p>3. <b>Newspaper cutting (if any)</b> <i>Laporan akhbar (jika ada)</i></p>