

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

SECTION A: PERSONAL INFORMATION (To be completed by claimant) / SEKSYEN A: BUTIRAN PERIBADI (Untuk diisi oleh pihak menuntut)

Master policy/contract number / Nombor polisi/induk kontrak **Policy/Contract/Certificate number / Nombor polisi/kontrak/sijil**

Full name / Nama penuh

NRIC number (new) / Nombor kad pengenalan (baru) - - **Other identification number / Nombor pengenalan lain**

House phone number / Nombor telefon rumah - **Office phone number / Nombor telefon pejabat** - **Mobile number / Nombor telefon bimbit** -

Correspondence address / Alamat surat-menyurat

Bank account name / Nama akaun bank (for direct crediting payment purpose / untuk tujuan pembayaran kredit terus)

NRIC number (new)/company registration number / Nombor kad pengenalan (baru)/nombor pendaftaran syarikat - -

Bank account number / Nombor akaun bank

Bank name / Nama bank **Bank branch / Cawangan bank**

Full name of employer / Nama penuh majikan

Address of employer / Alamat majikan

SECTION B: CLAIM QUESTIONAIRES / SEKSYEN B: SOAL-SELIDIK TUNTUTAN

1. Occupational details / Butir-butir pekerjaan	Nature of occupation / Jenis pekerjaan	Average monthly income / Purata pendapatan bulanan	Exact duties performed / Tugas hakiki yang dilakukan
Prior to suffering from disability / Sebelum mengalami hilang upaya			
Current employment status / Status pekerjaan semasa			

2. Is the disability due to:- / Adakah hilang upaya tersebut disebabkan oleh:-

a. Illness. Date when symptoms first started / Penyakit. Tarikh kali pertama tanda-tanda bermula

b. Accident. Date and time of accident (Please furnish police report, SOCSO and newspaper cutting). / Kemalangan. Tarikh dan masa kemalangan (Sila sertakan laporan polis, PERKESO dan keratan akhbar).

3. Describe in detail all the symptoms and/or the nature of the injuries/disability suffered. / Huraikan dengan terperinci semua tanda-tanda dan/atau jenis kecederaan/hilang upaya yang dialami.

4. Have you undergone any test or investigations to confirm the diagnosis? If so, please give details. / Pernahkah anda menjalani apa-apa ujian atau pemeriksaan untuk mengesahkan diagnosis tersebut? Jika pernah, sila berikan butirannya.

5. What type of treatment are you currently receiving? / Apakah jenis rawatan yang sedang anda jalani?

6. Are you currently confined to a hospital? If yes, please state admission and discharge dates. / Adakah anda kini terlantar di hospital? Jika sedang terlantar di hospital, sila nyatakan tarikh masuk dan tarikh dibenarkan keluar dari hospital.

7. **Details of ALL physicians consulted or hospital(s) admitted for current disability and other illnesses.** / Butiran tentang SEMUA pakar perubatan yang ditemui atau hospital yang dimasuki untuk hilang upaya ini atau penyakit lain.

Date / Tarikh	Name / Nama	Address / Alamat	Reason for consultation / Sebab perundingan

8. **Are you currently insured/covered for disability benefit with other insurance company/takaful operator? If yes, please provide the following information.** / Adakah anda sekarang diinsuranskan/dilindungi untuk faedah hilang upaya dengan syarikat insurans/operator takaful yang lain? Jika ya, sila nyatakan maklumat-maklumat berikut.

Name of insurance company/takaful operator / Nama syarikat insurans/operator takaful	Policy/contract number / Nombor polisi/kontrak	Amount of benefit / Jumlah faedah

9. **On what date were you first absent from work?** / Bilakah tarikh kali pertama anda tidak bekerja?

10. **Do you anticipate returning to work? If yes, when?** / Adakah anda menjangkakan kembali bekerja semula? Jika ya, bila?

11. **Do you intend to seek alternative employment?** / Adakah anda bercadang untuk mencari pekerjaan lain?

12. **Is there any aspect of your disability that will prevent you from working in any occupation? If so, please give full details.** / Adakah terdapat sebarang aspek hilang upaya anda yang akan menghalang anda daripada melakukan apa-apa pekerjaan? Jika ada, sila berikan butiran lengkap.

SECTION C: DECLARATION / SEKSYEN C: PENGISYTIHARAN

I hereby declare that the above answers are full and true and also authorise any doctor whom I have consulted to furnish Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad with any information concerning my past physical or mental health and present condition. / Saya dengan ini mengaku bahawa jawapan di atas adalah lengkap dan benar dan juga membenarkan mana-mana doktor yang saya pernah temui untuk memberikan Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad dengan apa-apa maklumat yang berkaitan dengan keadaan fizikal atau mental saya yang lepas dan sekarang kini.

I hereby also authorise the release of any other information which Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad considers relevant to enable my claim to be dealt with. / Saya dengan ini juga membenarkan pengeluaran apa-apa maklumat lain yang Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad anggap berkaitan bagi membolehkan tuntutan saya diuruskan.

I/We agree that any of my/our personal information collected or held by Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad ("you") in this document is provided with my/our consent for it to be held, used, and disclosed by you to individuals or organizations associated with you or any selected third party (within or outside of Malaysia, including reinsurance and claims investigation companies and industry associations/federations) to process my/our application as stated in this document, and to communicate with me/us for purposes of processing such application. I/We understand that I/we am/are entitled to obtain access to and to request correction of any personal information held by you and that such request can be made to your Customer Careline at 1300-88-5055. / Saya/kami bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi saya/kami yang diperolehi atau disimpan oleh Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad ("anda") di dalam dokumen ini, adalah boleh diberikan atau disimpan, digunakan dan didedahkan oleh anda kepada individu atau organisasi yang berkaitan dengan anda atau mana-mana pihak ketiga yang terpilih (di dalam atau di luar Malaysia termasuk syarikat-syarikat insurans semula dan siasatan tuntutan serta persatuan/persekutuan industri) untuk memproses permohonan saya/kami sepertimana tertera di dalam dokumen ini, serta berhubung dengan saya bagi tujuan pemprosesan permohonan tersebut. Saya/Kami memahami bahawa saya/kami berhak mendapat akses kepada maklumat tersebut dan meminta sebarang pembedahan dibuat ke atas mana-mana maklumat peribadi yang disimpan oleh anda dan permintaan tersebut boleh dibuat kepada Talian Khidmat Pelanggan Careline anda di 1300-88-5055.

Signature of claimant / Tandatangan pihak yang menuntut

Date / Tarikh - -

NRIC number (new) / Other identification number / Nombor kad pengenalan (baru) / Nombor pengenalan lain

Signature of witness / Tandatangan saksi

Date / Tarikh - -

Name of witness / Nama saksi

NRIC number (new) / Other identification number / Nombor kad pengenalan (baru) / Nombor pengenalan lain