

**KESATUAN PERKHIDMATAN
PERGURUAN KEBANGSAAN**
(NATIONAL UNION OF THE TEACHING PROFESSION) **Cawangan Johor**

Pengerusi:
Ishak Bin Ismail
Setiausaha:
Matthew Ng
Bendahari:
Ching Chai Lai
Telefon: 06-95120
Fax: 06-95202

KESATUAN PERKHIDMATAN PERGURUAN KEBANGSAAN
CAWANGAN JOHOR
WISMA KPPK, 1-11, TINGKAT 1 & 2,
JALAN INDAH 2, TAMAN INDAH,
SUNGAI ABONG, 84000 MUAR, JOHOR.

Ruj. Kami : ()dlm KPPK(J)/
Tarikh :

.....
.....

Dear sir / mdm.,

**Re: GS2072 Livin'Pay Scheme - 36 Critical Illnesses
Hospitalisation Benefits Claim Form
Daily Cash Benefit And Medical Reimbursement Benefit**
Name :
Nric No :

.....

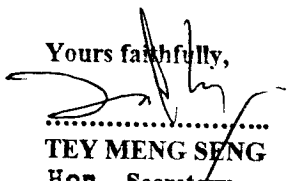
We refer to the above matter and to your letter dated.....

To enable Great Eastern Life Assurance (M) Company to process this claim, kindly let us have the documents as follow.

1. Original Discharge Note
2. Original Medical Certificate
3. Original Medical Bill
4. Duly completed Claim Form.

We enclosed herewith a claim form to be duly completed and return to KPPK Johor together with the above documents soonest possible.

Thank you.

Yours faithfully,

.....
TEY MENG SENG
Hon. Secretary,
KPPK Johor

TMS/cge



GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (93745-A)
BORANG TUNTUTAN UNTUK FAEDAH HOSPITAL

Faedah Hospital tidak akan dibayar jika:

- (a) Disebabkan oleh penyakit atau kecederaan yang berlaku sebelum pembayaran premium pertama, atau serasa polisi ini di dalam keadaan luput.
- (b) Di dalam jangkamasa 6 minggu pertama selepas polisi dihidupkan semula, kecuali untuk kecederaan yang diterima di dalam kemalangan.

Untuk Kegunaan Pejabat
 Previous Claims
 No: RM:
 Admitted/Ex-Gra
 RM:

Nama Kumpulan: _____

No. Skim: _____

SEKSYEN 1 HINGGA 4 HENDAKLAH DIISI OLEH AHLI

SEKSYEN 1: BUTIR-BUTIR PESAKIT

Nama Pesakit: _____
 Tarikh Lahir: _____
 No. Kad Pengenalan (Lama): _____
 Pekerjaan: _____

Ahli Suami Isteri No. Sijil: _____
 Jantina: Lelaki Perempuan
 No. Kad Pengenalan (Baru): _____
 Alamat: _____

Premium Bulanan: RM _____ Faedah Kemasukan Hospital Setiap Malam: RM _____

SEKSYEN 2

Apakah punca kemalangan? Kemalangan Penyakit Mengandung

KEMALANGAN

Tarikh: _____ Waktu: _____ Tempat: _____
 Adakah anda bekerja sewaktu kemalangan itu terjadi? Ya Tidak
 Bagaimana kemalangan itu terjadi? _____

PENYAKIT

Tarikh mulanya penyakit terjadi: _____ Pernahkah penyakit anda dirawat sebelum ini? Ya Tidak

Jika 'Ya', sila nyata (i), (ii), (iii) dan (iv):

- (i) Tarikh dan tempoh rawatan permulaan: _____
- (ii) Tarikh dan tempoh rawatan lain (jika ada): _____
- (iii) Nama doktor: _____ (iv) Klinik/Hospital: _____

SEKSYEN 3: TUNTUTAN SEKARANG

Nama Hospital: _____
 Tarikh Masuk Hospital: _____ Tarikh Keluar Hospital: _____

SEKSYEN 4: KEBENARAN UNTUK MENDAPATKAN MAKLUMAT KESIHATAN/PERUBATAN DAN PENGAKUAN

Saya dengan ini memberi kebenaran mana-mana hospital atau doktor yang telah merawat diri saya untuk mengeluarkan semula maklumat perubatan saya yang berkaitan dengan tuntutan ini kepada Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad. Salinan foto surat kebenaran ini adalah dianggap sah seperti yang asal.
 Saya dengan ini juga mengaku bahawa keterangan yang diberi adalah betul dan tepat mengikut segala apa yang saya tahu.

 Tarikh

 Tandatangan Penuntut (Claimant)

SEKSYEN 5: PENGAKUAN OLEH PEGAWAI UNION

Saya dengan ini mengesahkan bahawa semua maklumat tersebut di atas adalah benar dan betul sejauh yang saya tahu.

 Tarikh

 Jawatan

 Tandatangan

NOTA: Dokumen-dokumen yang diperlukan:-

- 1) Tuntutan Hingga RM1,000/- → (a) Surat Pengesahan Masuk dan Keluar Hospital, dan (b) Sijil Sakit
- 2) Tuntutan RM1,000/- ke atas → (a) Surat Pengesahan Masuk dan Keluar Hospital, (b) Sijil Sakit, dan (c) Laporan Doktor