



1. Policy Details & Deceased's Information / Butiran Polisi & Si Mati		
a) Policy No./ No. polisi		
b) Deceased's Name / Nama Si Mati		
c) No. of NRIC/ Birth Certificate/ Passport / No. KP / No. Sijil Kelahiran / No. Pasport	Gender / Jantina	<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan
d) Residential address at time of Death / Alamat kediaman semasa kematian		
e) Occupation before date of death / Pekerjaan si mati sebelum kematian		
f) Marital Status at time of Death / Status perkahwinan semasa kematian		
g) Name, address and contact no. of employer/business / Nama, alamat dan telefon syarikat majikan/perniagaan		
2. Claimant Information / Butiran Pihak Penuntut		
a) Name of Claimant / Nama Penuntut		
b) No. of NRIC/ Birth Certificate/ Passport / No. KP / No. Sijil Kelahiran / No. Pasport	Gender / Jantina	<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan
c) Relationship with Deceased / Perhubungan dengan si mati		
d) Correspondence Address / Alamat Surat-Menyurat		
e) Contact No. / No. Untuk dihubungi	Mobile No. / Tel bimbit	House No. / Tel rumah
f) Email address / alamat email		
3. Nature of Claim and related details / Butiran Kematian dan selainnya		
a) Cause of Death / Punca kematian		
b) Date of Death / Tarikh kematian	Date / Tarikh : <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Time / Masa : <input type="text"/> am/pm
c) Was an inquest or post-mortem examination held on the body? / Adakah siasatan mahkamah atau bedah siasat telah dilakukan ke atas jasad si mati?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	If Yes, please furnish certified copy or verdict of findings. / Jika ya, sila serahkan salinan keputusan atau penemuan yang telah disahkan	
d) Please complete if the cause of death related to illness. / Sila lengkapkan jika kematian disebabkan oleh penyakit	i) When did the Deceased first consult a physician for his/ her last illness? / Bilakah si mati mula-mula mendapatkan rawatan doktor untuk penyakit terakhir yang dihadapinya <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> DD / Hari MM / Bulan YYYY / Tahun	
	ii) When did the Deceased first complain of or given other indication of his / her last illness? / Bilakah si mati mula-mula mengadu atau menunjukkan t anda-tanda penyakit terakhir yang dihadapinya) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> DD / Hari MM / Bulan YYYY / Tahun	

e) Please complete if the cause of death related to accident / suicide. / Sila lengkapkan jika kematian disebabkan oleh kemalangan / bunuh diri

Suicide Accident

i) Date and time of accident: **Date /** - - -
Tarikh dan masa kemalangan **Tarikh :** DD / Hari MM / Bulan YYYY / Tahun

Time / : am/pm
Masa :

ii) Place of accident: _____
Tempat kemalangan

iii) Describe how the accident happened /
Terangkan bagaimana kemalangan tersebut berlaku

4. Records of Medical Consultations / Rekod-rekod perundingan perubatan

Names and addresses of all physicians who attended the Deceased for any illness in the past 5 years /
 Nama dan alamat kesemua doktor perubatan yang pernah merawat si mati dalam tempoh lima tahun s terdahulu

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"/> DD / Hari MM / Bulan YYYY / Tahun
		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> DD / Hari MM / Bulan YYYY / Tahun
		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> DD / Hari MM / Bulan YYYY / Tahun

5. Other Insurance Coverage with other Insurance Company / Lain-lain Perlindungan Insurans dengan Syarikat-Syarikat Insurans lain

Insurer / Syarikat Insurans	Policy No. / No. Polisi	Amount of Benefit / Jumlah Faedah	Effective Date / Tarikh Kuatkuasa

6. Direct Credit Payment / E-Payment Information / Maklumat Pembayaran Kredit Terus / E-Pembayaran

Account holder's Name / Nama Pemegang Akaun	Account holder's NRIC No. / No. KP Pemegang Akaun
Bank Name / Nama Bank	Bank Account No. / No. Akaun Bank

7. Fatca Declaration / Maklumat Pembayaran Kredit Terus / E-Pembayaran

Are you a US Citizen / US Permanent Resident / Green Card Holder, etc? / Adakah anda Warganegara AS / Penduduk Tetap A.S / Pemegang Kad Hijau?

Yes No

If "Yes", please complete the IRS Form available in Inland Revenue Service at <https://www.irs.gov/> and submit together with this claim form to us. / Sekiranya "Ya", sila lengkapkan Borang IRS yang terdapat di dalam Inland Revenue Service di <https://www.irs.gov/> dan hantar bersama dengan borang tuntutan ini kepada kami

DECLARATION & AUTHORIZATION / PENGISYTIHARAN & PEMBERIAN KUASA

I, hereby declare that the information above is wholly and completely true. / Saya, dengan ini mengisytiharkan bahawa maklumat di atas adalah semuanya benar dan lengkap.

I / Saya, _____ NRIC No. / No KP : _____ hereby in my capacity as Next of Kin) give consent to / dalam kapasiti saya sebagai waris kepada simati dengan ini memberi kebenaran kepada :

1. The Company to hold, use or disclose my and or the deceased'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 si mati kepada mana-mana hospital, klinik, pegawai perubatan, doktor 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 pemprosesan permohonan ini.

2. For E-payment, I affirm that the information in this form is correct as at the date of form. I irrevocably consent to facilitate to the disclosure by the Company of my personal information to facilitate payment of all claim-refund that may be due to me. / Untuk E-pembayaran, saya mengesahkan bahawa maklumat dalam borang ini adalah betul seperti pada tarikh borang. Saya memberi keizinan untuk memudahkan pembayaran oleh pihak Syarikat maklumat peribadi saya untuk memudahkan pembayaran semua tuntutan bayaran balik yang mungkin kena dibayar kepada saya.

FATCA DECLARATION / PERISTIHARAN FATCA

I declare and agree on behalf of myself and any person or persons, firm or corporation, who may have or claim any interest in any insurance on this application, that:- / Saya mengesahkan dan bersetuju bagi pihak diri saya sendiri dan mana-mana orang, firma, badan yang mungkin mempunyai tuntutan atau kepentingan atas mana-mana insurans yang dituntut di sini, bahawa:-

(A) U.S Person Declaration & Change of Circumstances / Perisytiharan oleh Orang A.S dan 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 Gibraltar BSN Life Berhad, believing this statement to be true, will rely on it and act on it. In the event this statement is false, any policy issued maybe considered void in which case GIBALTAR BSN LIFE BERHAD shall notify me/us and repay the premiums less reasonable charges and policy withdrawals. In view that this is a fundamental term, GIBALTAR BSN LIFE BERHAD shall be entitled to cancel this Policy and pay reasonable compensation to me/us in consideration of such termination. / Saya/Kami dengan ini mengisytiharkan bahawa saya/kami bukanlah seorang "Orang A.S" bagi tujuan undang-undang percukaian persekutuan A.S dan saya/kami tidaklah bertindak bagi pihak atau untuk mana-mana orang A.S. Saya/kami faham bahawa Gibraltar BSN Life Berhad percaya bahawa maklumat ini adalah benar dan akan bergantung dan bertindak berdasarkan maklumat berkenaan. Sekiranya maklumat tersebut adalah palsu, sebarang polisi yang dikeluarkan mungkin akan terbatal dan dalam keadaan tersebut Gibraltar BSN Life Berhad hendaklah memaklumkan kepada saya/kami dan membayar balik premium setelah ditolak bayaran yang munasabah untuk penarikan balik polisi. Atas sebab berkenaan, adalah menjadi terma asas di mana Gibraltar BSN Life Berhad berhak untuk membatalkan Polisi ini dan membayar ganti rugi yang munasabah kepada saya/kami sebagai balasan pembatalan tersebut.

I/We agree to notify GIBALTAR BSN LIFE BERHAD within thirty days of any change in my/our status as U.S. person for the purposes of U.S. federal income tax. / Saya/kami bersetuju untuk memaklumkan kepada Gibraltar BSN Life Berhad dalam tempoh tiga puluh hari sebarang perubahan terhadap status saya /kami sebagai Orang A.S bagi tujuan cukai pendapatan persekutuan A.S

(Please note that on the making an application for insurance, U.S. persons or residents must complete an IRS Form W-9) / (Sila ambil perhatian semasa membuat permohonan untuk insurans. Orang atau penduduk A.S mestilah 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 : Sebarang maklumat palsu atau salah nyataan berkenaan status cukai oleh mana-mana orang A.S boleh menjurus kepada penalti di bawah undang-undang A.S

Account Holders who have or may have U.S. Indicia: / Pemegang Akaun yang memiliki atau mungkin memiliki Petunjuk A.S

*Note: The below paragraph applies only to: / *Nota: Perenggan di bawah terpakai hanya untuk:

- (i) U.S. persons for U.S. federal income tax purposes; or / Orang A.S untuk tujuan percukaian persekutuan A.S; atau
(ii) If your tax status changes and you become a U.S. Person; or / Sekiranya status cukai anda berubah dan anda menjadi Orang A.S; atau
(iii) You or beneficiaries in connection with this Policy have indicated through information provided to us that you or such Beneficiary may be in fact a U.S. person for U.S. federal income tax purposes (including for example a U.S. address, a U.S. telephone number, a TIN etc.) / Anda atau penama-penama yang berkaitan dengan Polisi ini dinyatakan menerusi maklumat yang anda bekalkan kepada kami atau penama berkenaan mungkin secara faktanya adalah Orang A.S bagi tujuan percukaian persekutuan A.S (termasuklah sebagai contoh alamat A.S, nombor telefon A.S, nombor TIN dan sebagainya)

The term "U.S. Indicia" as used below refers to any of the three circumstances described in (i) to (iii) above. / Terma "Petunjuk A.S" yang digunakan di bawah merujuk tiga keadaan yang dijelaskan menerusi (i) dan (iii) di atas

This is a fundamental term and in the event you have U.S. Indicia and fail after request to provide such information, consent and/or assistance as GIBALTAR BSN LIFE BERHAD may from time to time reasonably require to allow it to comply with its contractual, legal and/or regulatory obligations under the United States Foreign Account Tax Compliance Act, including any required reporting to the Internal Revenue Service of information relating to you or Beneficiaries in connection with this Policy, GIBALTAR BSN LIFE BERHAD reserves the right and shall be entitled to take the necessary action which may include submitting the necessary reports, suspending your account/policy, withholding the necessary monies to be remitted, terminating this Policy and returning the cash value (if any) less any indebtedness without interest in the event of such termination. / Adalah merupakan terma asas dan sekiranya anda memiliki Petunjuk A.S dan gagal setelah diminta membekalkan maklumat berkenaan, kebenaran dan/ atau bantuan yang mungkin secara munsabahnya diminta oleh Gibraltar BSN Life Berhad dari semasa ke semasa untuk membolehkannya mematuhi obligasi kontraktual, perundangan dan peraturan di bawah Akta Pematuhan Percukaian Akaun Asing Amerika Syarikat, termasuklah sebarang laporan kepada Jabatan Perkhidmatan Hasil berkenaan anda atau penama yang berkaitan dengan Polisi ini, maka Gibraltar BSN Life Berhad adalah berhak dan layak mengambil sebarang tindakan wajar yang termasuklah mengemukakan sebarang laporan, menggantung akaun /polisi anda, memegang sejumlah wang untuk dipindahkan, menamatkan Polisi ini dan mengembalikan nilai tunai (sekiranya ada) setelah ditolak hutang tanpa faedah sekiranya berlaku penamatan

(B) FATCA Data Privacy Waiver (applicable to both individuals and corporates) / Pengecualian maklumat peribadi FATCA (terpakai kepada kedua-dua individu dan syarikat)

- "GIBALTAR BSN LIFE BERHAD 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 GIBALTAR BSN LIFE BERHAD shall have the right 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 Owner, the Contingent Owner, the Insured, and the Beneficiaries ("the Parties"), or any of them; ii) any information relating to this Policy; and iii) any information relating to any other policies held by the Parties or any of them. I/We understand that GIBALTAR BSN LIFE BERHAD will not be able to sell any insurance product to me/ us and provide any service if I/we refuse to give the said express consent." / Gibraltar BSN Life Berhad dan sekutunya ("Kumpulan") adalah tertakluk dan dikehendaki atau telah bersetuju untuk mematuhi kehendak perundangan, pihak berkuasa yang tertentu ("Keperluan Melaporkan"). Oleh demikian, saya/kami memberikan kebenaran secara jelas kepada Gibraltar BSN Life Berhad untuk mendapat hak untuk membekalkan data dan maklumat peribadi kepada jabatan kerajaan, badan-badan perundangan dan atau mana-mana orang berkaitan dengan Keperluan Melaporkan. Saya/kami faham bahawa pendedahan berkenaan mungkin melibatkan pemindahan maklumat rentas sempadan keluar dari bidangkuasa dan pendedahan berkenaan berkaitan dengan i) maklumat peribadi pemilik, pemilik gantian, orang yang diinsuranskan dan penama ("Pihak-Pihak Berkenaan") atau mana-mana darinya; ii) sebarang maklumat berkaitan Polisi ini; dan iii) sebarang maklumat berkaitan dengan polisi-polisi lain yang dipegang oleh Pihak-Pihak Berkenaan atau mana-mana satu darinya. Saya/Kami faham bahawa Gibraltar BSN Life Berhad tidak akan menjual sebarang produk insurans kepada saya/kami dan memberikan sebarang perkhidmatan sekiranya kami secara nyata menolak untuk memberikan kebenaran yang berkenaan.

Note: Please take note that GIBALTAR BSN LIFE BERHAD will not be able to process this application without your consent to the above.

Nota : Sila ambil perhatian bahawa Gibraltar BSN Life Berhad tidak berupaya untuk memproses permohonan ini tanpa kebenaran untuk tujuan di atas.

FATCA DECLARATION / PERISTIHARAN FATCA

I, hereby declare that the information above is wholly and completely true. / Saya, dengan ini mengisytiharkan bahawa maklumat di atas semuanya adalah benar dan lengkap.

Signature of Claimant /
Tandatangan Pihak Penuntut

Signature of Witness /
Tandatangan Saksi

Name / Nama :

Name / Nama :

NRIC No. / No. K/P :

NRIC No. / No. K/P :

Date / Tarikh :

Date / Tarikh :

Claim Documents Required (submitted together with this form) / Sila hantarkan dokumen berikut kepada pihak Syarikat untuk pertimbangan
For Death due to illness / disease /
Kematian disebabkan penyakit

- Medical Attendant's Report[^] /**
Kenyataan Pegawai Perubatan[^]
- Proof of age e.g. copy of IC/Birth Certificate /**
Salinan KP/Sijil kelahiran
- Copy of IC/Birth Certificate/Passport of Nominee/Claimant /**
Salinan KP/Sijil kelahiran/Salinan Pasport Penama
- Proof of Claimant's relationship with Deceased /**
Dokumen bukti perhubungan dengan Si Mati
- Bank Statement/Bank note for direct credit verification /**
Penyata Bank untuk pembayaran terus
- Copy of Death Certificate /**
Sijil Kematian
- Copy Burial Certificate, for Death certified by Police /**
Surat Pengebumian untuk kematian yang disahkan oleh polis
- Copy of JPN letter, for Death outside Malaysia /**
Surat JPN, jika kematian di luar negara
- Consent Letter /**
Surat Kebenaran

Additional Documents for Accidental Death /
Dokumen tambahan untuk kematian disebabkan kemalangan

- Post Mortem /**
Laporan bedah siasat
- Toxicology report /**
Laporan toksikologi
- Police report(s) /**
Laporan Polis
- Newspaper articles /**
Keratan akhbar mengenai kemalangan

Additional Documents for Death due to Dengue/Zika /
Dokumen tambahan untuk kematian disebabkan Denggi/Zika

- Medical Attendant's Report /**
Kenyataan Pegawai Perubatan
- Laboratory Test Results e.g. blood test etc. /**
Laporan makmal/ujian darah

Reference / Rujukan:

- ▲ **Death less than 2 years from Policy Commencement date or Reinstatement Date /**
Kematian kurang dari 2 tahun dari tarikh berkuatkuasa/dihidupkan semula
- ▲ **Not required for product under POS Assurance Product, Cashback Guaranteed /**
Tidak diperlukan untuk produk POS Assurance, Cashback Guaranteed

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 meminta dokumen tambahan untuk kes tertentu
- **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 bermaksud sebagai perakuan liabiliti
- **This claim is furnished or acknowledged on a without prejudice basis /**
Pemohonan tuntutan ini dikemukakan atau diterima tanpa prasangka