



AIA Bhd. 200701032867 (790895-D)  
 AIA PUBLIC Takaful Bhd. 201101007816 (935955-M)



\* B E 1 1 Q 2 3 8 \*

# Health Certificate

Sijil Kesihatan

Agent Code / Kod Ejen

Agency Code / Kod Agensi

Agent Tel No. / No. Tel Ejen

Policy / Certificate Number

Nombor Polisi / Sijil

Name of Insured / Person Covered

Nama Insured / Orang Dilindungi

Insured / Person Covered NRIC No. (For Malaysian Citizen Only) / Passport No. (For Non-Malaysian Citizen Only)

No. KP (Untuk Warganegara Malaysia Sahaja) / No. Pasport (Untuk Bukan Warganegara Malaysia Sahaja) Insured / Orang Dilindungi

## SECTION 1 / SEKSYEN 1 - HEALTH CERTIFICATE / SIJIL KESIHATAN

Instruction : Please fill in / tick box where appropriate

Arahan : Sila isi dalam / tanda pada petak yang berkenaan

Application for / Permohonan untuk

Changes

- Addition of Riders / Penambahan Rider

- Change in Plan / Sum Insured / Covered / Pertukaran Pelan / Jumlah Diinsuranskan / Dilindungi

- Removal Reduction in Ratings / Penyingkiran / Pengurangan Kadar

Reinstatement / Placing of New Policy / Certificate / Pengembalian Semula / Penempatan Polisi / Sijil Baru

## A - INFORMATION CONCERNING THE INSURED AND POLICY / CERTIFICATE OWNER

MAKLUMAT TENTANG INSURED DAN PEMILIK POLISI / SIJIL

Details / Butir-butir	Insured / Person Covered Insured / Orang Dilindungi	Policy / Certificate Owner (if different from Insured / Person Covered) Pemilik Polisi / Sijil (jika lain daripada Insured / Orang Dilindungi)
Name / Nama		
NRIC No. (For Malaysian citizen only) / Passport No. (For Non-Malaysian citizen only) No. KP (Untuk warganegara Malaysia sahaja) / No. Pasport (Untuk bukan warganegara Malaysia sahaja)		
Passport Expiry Date (DD/MMM/YYYY) Tarikh Luput Pasport (HH/BBB/TTTT) Example / Contoh 01 JAN 2024	□□ / □□□ / □□□□ DD / HH MMM / BBB YYYY / TTTT	□□ / □□□ / □□□□ DD / HH MMM / BBB YYYY / TTTT
Date of Birth (DD/MMM/YYYY) Tarikh Lahir (HH/BBB/TTTT)	□□ / □□□ / □□□□ DD / HH MMM / BBB YYYY / TTTT	□□ / □□□ / □□□□ DD / HH MMM / BBB YYYY / TTTT
Age / Umur		

For Office Use  
Untuk Kegunaan Pejabat

Details / Butir-butir	Insured / Person Covered Insured / Orang Dilindungi	Policy / Certificate Owner (if different from Insured / Person Covered) Pemilik Polisi / Sijil (jika lain daripada Insured / Orang Dilindungi)
Gender / Jantina	<input type="checkbox"/> Male Lelaki <input type="checkbox"/> Female Perempuan	<input type="checkbox"/> Male Lelaki <input type="checkbox"/> Female Perempuan
Marital Status / Taraf Perkahwinan	<input type="checkbox"/> Single Bujang <input type="checkbox"/> Married Berkahwin <input type="checkbox"/> Widow Duda / Balu <input type="checkbox"/> Divorce Bercerai	<input type="checkbox"/> Single Bujang <input type="checkbox"/> Married Berkahwin <input type="checkbox"/> Widow Duda / Balu <input type="checkbox"/> Divorce Bercerai
Height / Tinggi	cm	cm
Weight / Berat	kg	kg
Nationality / Warganegara		
(a) Do you have any permanent resident status in other countries? / Adakah anda mempunyai taraf mastautin tetap di negara lain?	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak
(b) If YES, please state the country permanent residence / Jika YA, sila nyatakan negara taraf mastautin tetap		
E-mail Address / Alamat E-mel		
Telephone No. / No. Telefon		
Mobile / Tel. Bimbit		
Residence / Rumah		
Office / Pejabat		
Residential Address / Alamat Rumah		
Address Line 1 / Alamat 1		
Address Line 2 / Alamat 2		
Address Line 3 / Alamat 3		
Postcode / Poskod		
State / Negeri		
Country / Negara		
Name of Employer / Nama Majikan		
Office Address / Alamat Pejabat		
Address Line 1 / Alamat 1		
Address Line 2 / Alamat 2		
Address Line 3 / Alamat 3		
Postcode / Poskod		
State / Negeri		
Country / Negara		
<b>Nature of Business / Jenis Perniagaan</b>		
Insured / Person Covered / Insured / Orang Dilindungi		Policy / Certificate Owner / Pemilik Polisi / Sijil
<b>Occupation / Pekerjaan</b>		
Insured / Person Covered / Insured / Orang Dilindungi		Policy / Certificate Owner / Pemilik Polisi / Sijil
<b>Exact Duties / Tugas Sebenar</b>		
Insured / Person Covered / Insured / Orang Dilindungi		Policy / Certificate Owner / Pemilik Polisi / Sijil

Details / Butir-butir	Insured / Person Covered Insured / Orang Dilindungi	Policy / Certificate Owner (if different from Insured / Person Covered) Pemilik Polisi / Sijil (jika lain daripada Insured / Orang Dilindungi)
Annual Income (RM) Pendapatan Tahunan (RM)	<input type="checkbox"/> <25,000 <input type="checkbox"/> 76,000- 99,999 <input type="checkbox"/> 25,000 - 35,999 <input type="checkbox"/> 100,000 - 149,999 <input type="checkbox"/> 36,000 - 50,999 <input type="checkbox"/> 150,000 - 200,000 <input type="checkbox"/> 51,000 - 75,000 <input type="checkbox"/> >200,000	<input type="checkbox"/> <25,000 <input type="checkbox"/> 76,000- 99,999 <input type="checkbox"/> 25,000 - 35,999 <input type="checkbox"/> 100,000 - 149,999 <input type="checkbox"/> 36,000 - 50,999 <input type="checkbox"/> 150,000 - 200,000 <input type="checkbox"/> 51,000 - 75,000 <input type="checkbox"/> >200,000

## B - OTHER INSURANCE DETAILS / BUTIR-BUTIR INSURANS LAIN

Details of all insurance policies / takaful certificates with AIA and other insurers / takaful operators on the life of the following persons:  
Butir-butir semua polisi insurans / sijil takaful dengan AIA dan syarikat-syarikat insurans / pengendali takaful lain atas hayat berikut:

1. Insured / Person Covered (includes pending proposals, in force policies / certificates or policies / certificates lapsed within the last 1 year) / Insured / Orang Dilindungi (termasuk cadangan yang belum diterima atau polisi / sijil yang masih berkuat kuasa atau polisi / sijil yang telah luput dalam masa 1 tahun lepas)

2. Applicable for Juvenile Application only / Untuk Permohonan Juvenil sahaja

(a) Policy / Certificate Owner / Pemilik Polisi / Sijil

(b) Parent (other than Policy / Certificate Owner) / Ibu bapa (selain daripada Pemilik Polisi / Sijil)

(c) Siblings / Adik-beradik

	Insurance Company / Takaful Operator Syarikat Insurans / Pengendali Takaful	Life Insurance / Family Takaful / Critical Illness / Health / Accident Insurans Hayat / Takaful Keluarga / Penyakit Kritikal / Kesihatan / Kemalangan	Sum Insured / Covered / Jumlah Diinsuranskan / Dilindungi	Date Issued Tarikh Dikeluarkan
Insured / Person Covered Insured / Orang Dilindungi				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> DD / HH MMM / BBB <input type="text"/> YYYY / TTTT
				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> DD / HH MMM / BBB <input type="text"/> YYYY / TTTT
				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> DD / HH MMM / BBB <input type="text"/> YYYY / TTTT

Relationship to Insured / Person Covered Hubungan kepada Insured / Orang Dilindungi	Age Umur	Gender Jantina	Insurance Company / Takaful Operator Syarikat Insurans / Pengendali Takaful	Life Insurance / Family Takaful / Critical Illness / Health / Accident Insurans Hayat / Takaful Keluarga / Penyakit Kritikal / Kesihatan / Kemalangan	Sum Insured / Covered / Jumlah Diinsuranskan / Dilindungi	Date Issued Tarikh Dikeluarkan
Policy / Certificate Owner Pemilik Polisi / Sijil		<input type="checkbox"/> M / L <input type="checkbox"/> F / P				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> DD / HH MMM / BBB <input type="text"/> YYYY / TTTT
		<input type="checkbox"/> M / L <input type="checkbox"/> F / P				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> DD / HH MMM / BBB <input type="text"/> YYYY / TTTT

Relationship to Insured / Person Covered <i>Hubungan kepada Insured / Orang Dilindungi</i>	Age <i>Umur</i>	Gender <i>Jantina</i>	Insurance Company / Takaful Operator <i>Syarikat Insurans / Pengendali Takaful</i>	Life Insurance / Family Takaful / Critical Illness / Health / Accident <i>Insurans Hayat / Takaful Keluarga / Penyakit Kritikal / Kesihatan / Kemalangan</i>	Sum Insured / Covered / Jumlah <i>Diinsuranskan / Dilindungi</i>	Date Issued <i>Tarikh Dikeluarkan</i>
Parents (other than Policy / Certificate Owner) <i>Ibu bapa (selain daripada Pemilik Polisi / Sijil)</i>		<input type="checkbox"/> M / L <input type="checkbox"/> F / P				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> DD / HH MMM / BBB <input type="text"/> YYYY / TTTT
		<input type="checkbox"/> M / L <input type="checkbox"/> F / P				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> DD / HH MMM / BBB <input type="text"/> YYYY / TTTT
Siblings <i>Adik-beradik</i>		<input type="checkbox"/> M / L <input type="checkbox"/> F / P				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> DD / HH MMM / BBB <input type="text"/> YYYY / TTTT
		<input type="checkbox"/> M / L <input type="checkbox"/> F / P				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> DD / HH MMM / BBB <input type="text"/> YYYY / TTTT

**C - INFORMATION OF CONCERNING THE FAMILY MEMBER(S) TO BE COVERED UNDER FAMILY COVERAGE**  
**MAKLUMAT BERKENAAN AHLI KELUARGA YANG AKAN DILINDUNGI DI BAWAH PERLINDUNGAN KELUARGA**

Details / Butir-butir	i. Spouse Details (of the Policy / Certificate Owner) <i>i. Butir-butir Suami / Isteri (kepada Pemilik Polisi / Sijil)</i>
Name / Nama	
NRIC No. (For Malaysian citizen only) / Passport No. (For Non-Malaysian citizen only) <i>No. KP (Untuk warganegara Malaysia sahaja) / No. Pasport (Untuk bukan warganegara Malaysia sahaja)</i>	
Passport Expiry Date (DD/MMM/YYYY) <i>Tarikh Luput Pasport (HH/BBB/TTTT)</i> Example / Contoh 01 JAN 2024	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> DD / HH MMM / BBB YYYY / TTTT
Date of Birth (DD/MMM/YYYY) <i>Tarikh Lahir (HH/BBB/TTTT)</i>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> DD / HH MMM / BBB YYYY / TTTT
Age / Umur	
Gender / Jantina	<input type="checkbox"/> Male Lelaki <input type="checkbox"/> Female Perempuan
Height / Tinggi	cm
Weight / Berat	kg
Nationality / Warganegara	
Name of Employer / Nama Majikan	

Details / Butir-butir

i. Spouse Details (of the Policy / Certificate Owner)  
i. Butir-butir Suami / Isteri (kepada Pemilik Polisi / Sijil)

<b>Office Address / Alamat Pejabat</b>	
<b>Address Line 1 / Alamat 1</b>	
<b>Address Line 2 / Alamat 2</b>	
<b>Address Line 3 / Alamat 3</b>	
<b>Postcode / Poskod</b>	
<b>State / Negeri</b>	
<b>Country / Negara</b>	
<b>Occupation / Pekerjaan</b>	

Details / Butir-butir

ii. Children's Details  
ii. Butir-butir Anak

	Child 1 Anak 1	Child 2 Anak 2	Child 3 Anak 3	Child 4 Anak 4
<b>Name / Nama</b>				
<b>NRIC No.</b> (For Malaysian citizen only) / <b>Passport No.</b> (For Non-Malaysian citizen only) <i>No. KP (Untuk warganegara Malaysia sahaja) / No. Pasport (Untuk bukan warganegara Malaysia sahaja)</i>				
<b>Passport Expiry Date</b> (DD/MMM/YYYY) <i>Tarikh Luput Pasport (HH/BBB/TTTT)</i> Example / Contoh 01 JAN 2024	□□ / □□□□ / DD / HH MMM / BBB □□□□ YYYY / TTTT	□□ / □□□□ / DD / HH MMM / BBB □□□□ YYYY / TTTT	□□ / □□□□ / DD / HH MMM / BBB □□□□ YYYY / TTTT	□□ / □□□□ / DD / HH MMM / BBB □□□□ YYYY / TTTT
<b>Date of Birth</b> (DD/MMM/YYYY) <i>Tarikh Lahir (HH/BBB/TTTT)</i>	□□ / □□□□ / DD / HH MMM / BBB □□□□ YYYY / TTTT	□□ / □□□□ / DD / HH MMM / BBB □□□□ YYYY / TTTT	□□ / □□□□ / DD / HH MMM / BBB □□□□ YYYY / TTTT	□□ / □□□□ / DD / HH MMM / BBB □□□□ YYYY / TTTT
<b>Age / Umur</b>				
<b>Gender / Jantina</b>	<input type="checkbox"/> <b>Male</b> <i>Lelaki</i> <input type="checkbox"/> <b>Female</b> <i>Perempuan</i>	<input type="checkbox"/> <b>Male</b> <i>Lelaki</i> <input type="checkbox"/> <b>Female</b> <i>Perempuan</i>	<input type="checkbox"/> <b>Male</b> <i>Lelaki</i> <input type="checkbox"/> <b>Female</b> <i>Perempuan</i>	<input type="checkbox"/> <b>Male</b> <i>Lelaki</i> <input type="checkbox"/> <b>Female</b> <i>Perempuan</i>
<b>Height / Tinggi</b>	cm	cm	cm	cm
<b>Weight / Berat</b>	kg	kg	kg	kg
<b>Nationality / Warganegara</b>				

**D - HEALTH DETAILS OF INSURED / PERSON COVERED / POLICY / CERTIFICATE OWNER / FAMILY MEMBERS AND / OR SPOUSE / BUTIR-BUTIR KESIHATAN INSURED / ORANG DILINDUNGI / PEMILIK POLISI / SIJIL / AHLI KELUARGA DAN / ATAU SUAMI / ISTERI**

<b>Q1 -10 must be answered for non-medical and medical applications</b> <i>Soalan 1 - 10 perlu dijawab untuk permohonan bukan perubatan dan perubatan</i>	<b>Insured / Person Covered</b> <i>Insured / Orang Dilindungi</i>	<b>Policy / Certificate Owner</b> <i>Pemilik Polisi / Sijil</i>	<b>Family Members / Spouse</b> <i>Ahli Keluarga / Suami / Isteri</i>
<b>1. (a) Do you now smoke cigarettes? If "YES", please state details below.</b> <i>Adakah anda merokok pada masa ini? Jika "YA", sila berikan butir-butir lanjut di bawah.</i>	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak
	<b>cigs / day</b> <i>rokok / hari</i>	<b>cigs / day</b> <i>rokok / hari</i>	<b>cigs / day</b> <i>rokok / hari</i>
<b>(b) Have you smoke any cigarettes in the past 12 months?</b> <i>Adakah anda merokok dalam tempoh 12 bulan yang lepas?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak
<b>(c) Do you consume alcohol? If "YES", in what type (e.g. beer, brandy, whisky, wine) and number of glasses per week?</b> <i>Adakah anda mengambil minuman beralkohol? Jika "YA", nyatakan jenis (contoh bir, brandi, wiski, wain) dan berapa gelas seminggu?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak
<b>2. Do you engage in or intend to engage in any of the following: abseiling, aviation (other than as a passenger on a recognised airline), football (all codes), long-distance sailing, hand gliding, scuba diving, motor racing, parachuting, powerboat racing, mountaineering, martial arts or any other hazardous activity; or resided for more than three months in other than your present country or residence?</b> <i>Adakah anda terlibat atau berhasrat untuk melibatkan diri dalam mana-mana kegiatan yang berikut: menuruni cenuram, penerbangan (selain daripada sebagai, penumpang berbayar dalam penerbangan yang diiktiraf), bola sepak (kesemua kod), belayar jarak jauh, luncur udara, selam skuba, perlumbaan motor, payung terjun, perlumbaan motor bot, mendaki gunung, seni mempertahankan diri atau apa-apa aktiviti berbahaya yang lain; atau menetap lebih daripada tiga bulan selain di negara atau kediaman sekarang?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak
<b>3. Has any application for or reinstatement of life, Takaful, group, credit, critical illness, health or accident insurance ever been declined, postponed, rated or in any way modified?</b> <i>Adakah sebarang permohonan atau pengembalian semula insurans hayat, Takaful, kumpulan, kredit, penyakit kritikal, kesihatan atau kemalangan anda pernah ditolak, ditangguh, dikenakan kadar atau diubah suai dalam apa jua cara</i>	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak
<b>4. Have you experienced any change in weight in excess of 5kg in the last 12 months? If "YES", please give exact amount and reason.</b> <i>Adakah anda mengalami perubahan berat badan melebihi 5kg dalam tempoh 12 bulan yang lepas? Jika "YA", sila berikan jumlah yang tepat dan sebab.</i>	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak
<b>5. Have any of your natural parents, brothers or sisters suffered or died from cancer, heart diseases, stroke, high blood pressure, diabetes, kidney diseases, mental disorder or any hereditary diseases?</b> <i>Pernahkah sesiapa di antara ibu bapa, adik-beradik lelaki atau perempuan anda menghidap atau meninggal dunia akibat kanser, penyakit jantung, strok, tekanan darah tinggi, kencing manis, penyakit buah pinggang, gangguan mental atau sebarang penyakit keturunan?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak
<b>6. Have you ever had or been told you had or been treated for:</b> <i>Adakah anda pernah menghidap atau diberitahu bahawa anda pernah menghidap atau pernah dirawat akibat:</i>			
<b>(a) Nosebleeds, double vision, deafness, blindness, diseases of eyes, nose, ears, throat or vocal cords, alcoholism, drug habits or used habit forming drugs, physical defects?</b> <i>Hidung berdarah, penglihatan berganda, pekak, buta, penyakit atau gangguan mata, hidung, telinga, tekak atau pita suara, alkoholisme, ketagihan dadah, kecacatan fizikal?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak
<b>(b) Asthma, bronchitis, tuberculosis, respiratory disorders or other lung disease, goiter, thyroid or endocrine system disorders?</b> <i>Asma, bronchitis, tuberkulosis / batuk kering, gangguan pernafasan atau penyakit paru-paru yang lain, goiter, tiroid atau gangguan sistem endokrin?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak

Q1 -10 must be answered for non-medical and medical applications Soalan 1 - 10 perlu dijawab untuk permohonan bukan perubatan dan perubatan	Insured / Person Covered Insured / Orang Dilindungi	Policy / Certificate Owner Pemilik Polisi / Sijil	Family Members / Spouse Ahli Keluarga / Suami / Isteri
<b>6. Have you ever had or been told you had or been treated for:</b> Adakah anda pernah menghidap atau diberitahu bahawa anda pernah menghidap atau pernah dirawat akibat:			
<b>(c) Discomfort or tightness of chest, chest pain, palpitation, heart attack, raised cholesterol, high blood pressure, anemia or disorders or diseases of the blood, heart or blood vessels?</b> <i>Ketidakselesaan atau sesak dada, sakit dada, palpitasi, serangan jantung, tahap kolesterol meningkat, tekanan darah tinggi, anemia atau gangguan atau penyakit darah, jantung atau saluran darah?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak
<b>(d) Jaundice, hepatitis, being a hepatitis carrier, duodenal or gastric ulcer, hernia, haemorrhoids or other disorders or diseases of the stomach, intestines, liver or gallbladder?</b> <i>Demam kuning, hepatitis, pembawa hepatitis, ulser gastrik atau duodenum, hernia, hemoroid / buasir atau gangguan atau penyakit perut, usus, hati atau pundi hempedu yang lain?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak
<b>(e) Diabetes, sugar albumin, blood or pus cells in the urine, kidney stones or other disorders of the genitourinary system?</b> <i>Diabetes / Kencing manis, albumin gula, darah atau sel nanah dalam air kencing, batu karang atau gangguan sistem genitourinari yang lain?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak
<b>(f) Arthritis, gout, prolapsed intervertebral disc, rheumatism, or disorders of the spine, back, joints, bones or muscles?</b> <i>Arthritis, gout, ceper intervertebra prolaps, reumatisma, atau gangguan tulang belakang, belakang, sendi, tulang atau otot?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak
<b>(g) Fits, epilepsy, stroke, fainting spells, paralysis, mental or nervous disorders, abnormalities of the brain or nervous system?</b> <i>Sawan, epilepsi, strok, pingsan, gangguan mental atau saraf, ketidaknormalan otak atau sistem saraf?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak
<b>(h) Severe skin infections, butterfly-like facial rash, enlarged lymph glands, cyst, tumors, lumps, abnormal swelling or cancers?</b> <i>Jangkitan kulit yang teruk, ruam muka seperti kupu-kupu, kelenjar limfa membesar, sista, tumor, ketulan, bengkak tidak normal atau kanser?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak
<b>7. Have you or your spouse EVER had or been told to have, received any medical advice, counseling or treatment in connection with sexually transmitted disease, AIDS, AIDS Related Complex or any other AIDS related condition or a positive blood test for antibodies to the AIDS virus (HIV) or at anytime in the past 3 months had any of the following symptoms for more than one week continuously: fatigue, weight loss, diarrhea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions?</b> <i>Adakah anda atau suami / isteri anda pernah menghidap atau diberitahu menghidap, menerima sebarang nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan berhubung dengan penyakit kelamin (jangkitan melalui hubungan seks), AIDS, Kompleks Berkaitan AIDS atau keadaan berkaitan AIDS yang lain atau ujian darah positif bagi antibodi terhadap virus AIDS (HIV) atau pada bila-bila masa dalam 3 bulan yang lepas mengalami sebarang gejala berikut selama lebih satu minggu secara berterusan: kelesuan, hilang berat badan, cirit-birit, nodus limfa membesar atau lesion / luka kulit yang luar biasa?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak
<b>8. In the PAST FIVE YEARS, have you had any: / Dalam tempoh LIMA TAHUN YANG LEPAS, adakah anda pernah mengalami / menjalani sebarang:</b>			
<b>(a) Operation not stated in any previous questions?</b> <i>Pembedahan yang tidak dinyatakan dalam mana-mana soalan sebelum ini?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak
<b>(b) Illness, medical advice, hospital treatment, accident or injury not stated in any previous questions?</b> <i>Penyakit, nasihat perubatan, rawatan hospital, kemalangan atau kecederaan yang tidak dinyatakan dalam mana-mana soalan sebelum ini?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak
<b>(c) Physical check-up or tests done, including but not limited to CT / MRI scan, x-ray, mammography, electrocardiogram, ultrasonogram, echocardiogram, biopsy, blood or urine test?</b> <i>Pemeriksaan fizikal atau ujian, termasuk tetapi tidak terhad kepada imbasan CT / MRI, x-ray, mamografi, elektrokardiogram, ultrasonogram, ekokardiogram, biopsi, ujian darah atau air kencing?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak

<b>Q1 -10 must be answered for non-medical and medical applications</b> <b>Soalan 1 - 10 perlu dijawab untuk permohonan bukan perubatan dan perubatan</b>	<b>Insured / Person Covered</b> <b>Insured / Orang Dilindungi</b>	<b>Policy / Certificate Owner</b> <b>Pemilik Polisi / Sijil</b>	<b>Family Members / Spouse</b> <b>Ahli Keluarga / Suami / Isteri</b>
<b>9. FEMALE ONLY / WANITA SAHAJA</b>			
<b>(a) Are you presently pregnant? If "YES", how many months?</b> <i>Adakah anda sedang mengandung? Jika "YA", berapa bulan?</i>	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> Ya <input type="checkbox"/> <b>No</b> Tidak  <b>Month</b> Bulan	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> Ya <input type="checkbox"/> <b>No</b> Tidak  <b>Month</b> Bulan	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> Ya <input type="checkbox"/> <b>No</b> Tidak  <b>Month</b> Bulan
<b>(b) Have you suffered from any breast cysts?</b> <i>Pernakah anda menghidap sebarang sista payudara?</i>	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> Ya <input type="checkbox"/> <b>No</b> Tidak	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> Ya <input type="checkbox"/> <b>No</b> Tidak	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> Ya <input type="checkbox"/> <b>No</b> Tidak
<b>(c) Have you suffered from any disorders of the breasts, disorders of female organs, stillbirth, complications at childbirth, abnormal papsmear(s) or irregular menses?</b> <i>Adakah anda pernah menghidap sebarang gangguan payu dara, gangguan organ wanita, kematian bayi sewaktu lahir, kerumitan ketika melahirkan anak, papsmear tidak normal atau kedatangan haid tidak tetap?</i>	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> Ya <input type="checkbox"/> <b>No</b> Tidak	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> Ya <input type="checkbox"/> <b>No</b> Tidak	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> Ya <input type="checkbox"/> <b>No</b> Tidak
<b>10. Have you ever suffered symptoms of or had any other illness, disease or disorder which is not disclosed above?</b> <i>Adakah anda pernah mengalami gejala atau menghidap sebarang penyakit atau gangguan lain yang tidak dinyatakan di atas?</i>	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> Ya <input type="checkbox"/> <b>No</b> Tidak	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> Ya <input type="checkbox"/> <b>No</b> Tidak	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> Ya <input type="checkbox"/> <b>No</b> Tidak
<b>11. If any answer to the questions 1 to 10 is "YES", please provide full particulars (diagnosis, dates, names and addresses of attending doctors or medical facilities, conditions or symptoms present, length of time symptom free), noting the question number and the covered individual (Insured / Person Covered / Applicant-Owner / Spouse / Covered Dependent)</b> <i>Jika anda menjawab "YA" kepada mana-mana soalan dari 1 hingga 10, sila berikan butiran penuh (diagnosis, tarikh, nama dan alamat doktor yang merawat atau kemudahan perubatan, keadaan atau gejala yang dialami, tempoh masa bebas gejala) dengan menyatakan nombor soalan dan individu yang dilindungi (Insured / Orang Dilindungi / Pemohon-Pemilik / Suami atau Isteri / Tanggungan yang Dilindungi)</i>			



**SECTION 2 / SEKSYEN 2 - CUSTOMER DUE DILIGENCE FORM (FOR INDIVIDUAL ONLY)**  
**BORANG USAHA WAJAR PELANGGAN (UNTUK PERSEORANGAN SAHAJA)**

Please complete the relevant fields if there has been any changes to the information since your last update OR if you have NOT provided the information to us previously. You may login to AIA+ to view the current information in our records. / Sila lengkapkan ruangan berkaitan sekiranya terdapat perubahan maklumat semenjak kemas kini terakhir anda ATAU sekiranya anda TIDAK pernah memberikan maklumat tersebut kepada kami sebelum ini. Anda boleh log masuk ke AIA+ untuk menyemak maklumat semasa anda yang terdapat dalam rekod kami.

I have submitted a copy of NRIC (for Malaysian citizen only) or Passport (for Non-Malaysian citizen only) / Saya telah menghantar salinan Kad Pengenalan (untuk warganegara Malaysia sahaja) atau Pasport (untuk bukan warganegara Malaysia sahaja)

**Policy / Certificate Owner**  **Yes**  **No (please submit copy of NRIC / Passport)**  
 Pemilik Polisi / Sijil Ya Tidak (sila hantar salinan KP / Pasport)

\* **Name / Nama**

**Payor / Contributor**  **Yes**  **No (please submit copy of NRIC / Passport)**  
 Pembayar / Pencarum Ya Tidak (sila hantar salinan KP / Pasport)

\* **Name / Nama**

Details / Butir-butir	Policy / Certificate Owner Details Butir-butir Pemilik Polisi / Sijil	Payor / Contributor / Trustee Details Butir-butir Pembayar / Pencarum / Pemegang Amanah
* <b>NRIC No.</b> (For Malaysian citizen only) / <b>Passport No.</b> (For Non-Malaysian citizen only) No. KP (Untuk warganegara Malaysia sahaja) / No. Pasport (Untuk bukan warganegara Malaysia sahaja)		
<b>Passport Expiry Date</b> (DD/MMM/YYYY) Tarikh Luput Pasport (HH/BBB/TTTT) Example / Contoh 01 JAN 2024	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DD / HH MMM / BBB YYYY / TTTT	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DD / HH MMM / BBB YYYY / TTTT
* <b>Date of Birth</b> (DD/MMM/YYYY) Tarikh Lahir (HH/BBB/TTTT)	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DD / HH MMM / BBB YYYY / TTTT	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DD / HH MMM / BBB YYYY / TTTT
<b>Gender / Jantina</b>	<input type="checkbox"/> <b>Male</b> / <input type="checkbox"/> <b>Female</b> Lelaki / Perempuan	<input type="checkbox"/> <b>Male</b> / <input type="checkbox"/> <b>Female</b> Lelaki / Perempuan
<b>Race / Bangsa</b>	<input type="checkbox"/> <b>Malay</b> / <input type="checkbox"/> <b>Chinese</b> Melayu / Cina <input type="checkbox"/> <b>Indian</b> / <input type="checkbox"/> <b>Other</b> India / Lain-lain	<input type="checkbox"/> <b>Malay</b> / <input type="checkbox"/> <b>Chinese</b> Melayu / Cina <input type="checkbox"/> <b>Indian</b> / <input type="checkbox"/> <b>Other</b> India / Lain-lain
<b>Marital Status / Taraf Perkahwinan</b>	<input type="checkbox"/> <b>Single</b> / <input type="checkbox"/> <b>Married</b> Bujang / Berkahwin <input type="checkbox"/> <b>Widow</b> / <input type="checkbox"/> <b>Divorce</b> Balu / Duda / Bercerai	<input type="checkbox"/> <b>Single</b> / <input type="checkbox"/> <b>Married</b> Bujang / Berkahwin <input type="checkbox"/> <b>Widow</b> / <input type="checkbox"/> <b>Divorce</b> Balu / Duda / Bercerai
* <b>Nationality / Warganegara</b>		
(a) <b>Do you have any permanent resident status in other countries?</b> / Adakah anda mempunyai taraf mastautin tetap di negara lain?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> / <input type="checkbox"/> <b>No</b> Ya / Tidak	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> / <input type="checkbox"/> <b>No</b> Ya / Tidak
(b) <b>If YES, please state the country permanent residence</b> / Jika YA, sila nyatakan negara taraf mastautin tetap		
* <b>Name of Employer / Nama Majikan</b>		

**\*Nature of Business / Jenis Perniagaan**

Policy / Certificate Owner / Pemilik Polisi / Sijil

Payor / Contributor / Trustee / Pembayar / Pencarum / Pemegang Amanah

**\*Occupation / Pekerjaan**

Policy / Certificate Owner / Pemilik Polisi / Sijil

Payor / Contributor / Trustee / Pembayar / Pencarum / Pemegang Amanah

\*Mandatory to fill / Wajib diisi

Details / Butir-butir	Policy / Certificate Owner Details Butir-butir Pemilik Polisi / Sijil	Payor / Contributor / Trustee Details Butir-butir Pembayar / Pencarum / Pemegang Amanah
<b>*E-mail Address / Alamat E-mel</b>		
<b>Telephone No. / No. Telefon</b>		
<b>*Mobile / Tel. Bimbit</b>		
<b>Residence / Rumah</b>		
<b>Office / Pejabat</b>		
<b>*Correspondence Address / Alamat Surat-menyurat</b> (A correspondence address is where you send and receive all mail items) / (Alamat surat - menyurat ialah tempat anda menghantar dan menerima semua item mel)		
<b>*Address Line 1 / Alamat 1</b>		
<b>*Address Line 2 / Alamat 2</b>		
<b>Address Line 3 / Alamat 3</b>		
<b>*Postcode / Poskod</b>		
<b>*State / Negeri</b>		
<b>*Country / Negara</b>		
<b>Is Owner's Residential Address same with Owner's Correspondence Address?</b> <i>Adakah Alamat Kediaman pemilik sama dengan Alamat surat-menyurat Pemilik?</i>	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> Ya	<input type="checkbox"/> <b>No</b> (I will fill in the Residential Address section below) <i>Tidak (Saya akan isi alamat kediaman di bahagian bawah)</i>
		<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> Ya
		<input type="checkbox"/> <b>No</b> (I will fill in the Residential Address section below) <i>Tidak (Saya akan isi alamat kediaman di bahagian bawah)</i>
<b>*Residential Address / Alamat Kediaman</b> (A Residential address is the address at which you presently or normally resides) / (Alamat kediaman ialah alamat tempat tinggal anda sekarang)		
<b>*Address Line 1 / Alamat 1</b>		
<b>*Address Line 2 / Alamat 2</b>		
<b>Address Line 3 / Alamat 3</b>		
<b>*Postcode / Poskod</b>		
<b>*State / Negeri</b>		
<b>*Country / Negara</b>		
<b>*Relationship Payor / Contributor with Owner</b> <i>Hubungan Pembayar / Pencarum dengan Pemilik</i>	<input type="checkbox"/> <b>Owner is also Payor / Contributor</b> <i>Pemilik juga Pembayar / Pencarum</i>	<input type="checkbox"/> <b>Spouse</b> <i>Suami / isteri</i>
		<input type="checkbox"/> <b>Parent</b> <i>Ibu / bapa</i>
		<input type="checkbox"/> <b>Siblings</b> <i>Adik-beradik</i>
		<input type="checkbox"/> <b>Sibling of Parent</b> <i>Adik-beradik Ibu / bapa</i>
		<input type="checkbox"/> <b>Children</b> <i>Anak</i>
		<input type="checkbox"/> <b>Legal Guardian</b> <i>Penjaga Sah</i>
		<input type="checkbox"/> <b>Grandparent</b> <i>Datuk / nenek</i>
		<input type="checkbox"/> <b>Grandchild</b> <i>Cucu</i>
		<input type="checkbox"/> <b>Employer / Employee</b> <i>Majikan / Pekerja</i>

\* Mandatory to fill / Wajib diisi

## IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING

1. Health declaration is required for Increase of Basic Plan Sum Insured / Covered, Addition and Increase of Rider / Supplementary Benefit / Contract Sum Insured / Covered, Remove / Reduce Medical Rating / Exclusion, Policy Term Conversion, Addition of Covered Member and Reinstatement Policy / Certificate. / *Perakuan Kesihatan diperlukan bagi Peningkatan Jumlah Diinsuranskan / Dilindungi bagi Pelan Asas, Penambahan and Peningkatan Jumlah Diinsuranskan / Dilindungi bagi Rider / Manfaat / Kontrak Tambahan, Penyingkiran / Pengurangan Kadar Perubatan / Pengecualian, Pertukaran Tempoh Polisi, Penambahan Ahli Dilindungi dan Pengembalian Semula Polisi / Sijil.*
2. Under Paragraph 5 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, you are required to take reasonable care not to make any misrepresentation when answering any questions asked by AIA i.e. you should answer the questions fully and accurately / correctly. Please note that all the questions that are asked by AIA are relevant to Our decision whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied. / *Di bawah Perenggan 5 Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, anda dikehendaki mengambil langkah yang sewajarnya untuk tidak membuat sebarang salah nyata apabila menjawab sebarang soalan yang ditanya oleh AIA, iaitu anda hendaklah menjawab soalan-soalan dengan lengkap dan tepat / betul. Sila ambil perhatian bahawa semua soalan yang ditanya oleh AIA adalah berkaitan dengan keputusan Kami untuk sama ada menerima risiko atau tidak serta kadar dan terma yang akan diguna pakai.*
3. If there are any changes to the information given in the application / proposal form between the time of submission of the application / proposal form and the time the contract is entered into, you are also required to disclose to AIA fully and accurately / correctly such changes. / *Jika terdapat sebarang perubahan pada maklumat yang diberikan dalam borang permohonan / borang cadangan di antara masa penyerahan borang permohonan / borang cadangan dan masa kontrak dimeterai, anda juga dikehendaki mendedahkan kepada AIA dengan sepenuhnya dan tepat / betul mengenai perubahan tersebut.*
4. In addition to answering the questions in the proposal form fully and accurately / correctly, you are also required to take reasonable care to disclose to AIA fully and accurately / correctly any other matters which you know to be relevant to AIA decision on whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied. / *Di samping menjawab soalan dalam borang cadangan dengan lengkap dan tepat / betul, anda juga dikehendaki mengambil langkah yang sewajarnya untuk mendedahkan kepada AIA dengan sepenuhnya dan tepat / betul mengenai apa-apa perkara lain yang anda tahu sebagai berkaitan dengan keputusan AIA untuk sama ada menerima risiko atau tidak serta kadar dan terma yang akan diguna pakai.*
5. If you do not understand your obligation / duty as stated above or if you need any further explanation, you can contact AIA or AIA's agent. / *Jika anda tidak memahami tanggungjawab / kewajipan anda seperti yang dinyatakan di atas atau jika anda memerlukan sebarang penjelasan lanjut, anda boleh menghubungi AIA atau ejen AIA.*

## DECLARATION AND AUTHORISATION / PENGISYTIHARAAN DAN PEMBERIKUASAAN

I am / We are aware that it is my / our pre-contractual duty of disclosure that I / we must exercise reasonable care not to misrepresent i.e. to give false information when answering any questions asked by AIA and that I am / we are to answer the questions fully and accurately / correctly; / Saya / Kami mengetahui bahawa adalah menjadi kewajipan pendedahan prakontrak saya / kami bahawa saya / kami mestilah mengambil langkah yang sewajarnya untuk tidak membuat salah nyata, iaitu memberi maklumat palsu apabila menjawab sebarang soalan yang ditanya oleh AIA dan saya / kami hendaklah menjawab soalan dengan lengkap dan tepat / betul.

I / We have read and understood the contents of the application / proposal form including all warnings and notices therein and I / we have fully and accurately answered all the questions in the application / proposal form and the other questions asked by AIA, if any, after having fully read and understood the questions. / Saya / Kami telah membaca dan memahami isi kandungan borang permohonan / borang cadangan termasuk semua peringatan dan notis di dalamnya dan saya / kami telah menjawab semua soalan dalam borang permohonan / borang cadangan dan soalan lain yang ditanya oleh AIA, jika ada, setelah membaca dan memahami sepenuhnya soalan-soalan tersebut.

I am / We are aware that I / we must inform AIA of any changes to the information given in the application / proposal form if the changes occurred after I / we have submitted the application / proposal form but before the contract is entered into. / Saya / Kami mengetahui bahawa saya / kami mesti memberitahu AIA mengenai sebarang perubahan pada maklumat yang telah diberikan dalam borang permohonan / borang cadangan jika perubahan tersebut berlaku selepas saya / kami menyerahkan borang permohonan / borang cadangan tetapi sebelum kontrak dimeterai.

I / We fully understand that my / our information and / or statements given in respect of the questions asked by AIA, and any other relevant documents completed by me / us in connection with the application / proposal and in any medical report or amendments (collectively referred to as "the information") are relevant to AIA in deciding whether to accept my / our application / proposal or not and the rates and terms to be applied; / Saya / Kami memahami sepenuhnya bahawa maklumat dan / atau pernyataan yang saya / kami beri berkaitan dengan soalan yang ditanya oleh AIA, dan mana-mana dokumen lain yang berkenaan yang dilengkapkan oleh saya / kami berhubung dengan permohonan / cadangan dan dalam mana-mana laporan perubahan atau pindaan (secara bersama dirujuk sebagai "maklumat") adalah relevan kepada AIA dalam membuat keputusan sama ada hendak menerima permohonan / cadangan saya / kami atau tidak serta kadar dan terma yang akan diguna pakai.

I am / We are aware that if any of my / our statements or information given by me / us is not accurate / correct, the policy / certificate may be avoided, my / our claim denied or reduced, the terms of the policy / certificate changed or varied, or the policy / certificate terminated. / Saya / Kami sedar bahawa jika mana-mana pernyataan atau maklumat yang saya / kami berikan adalah tidak tepat / tidak betul, polisi / sijil ini boleh dielakkan dan tuntutan saya / kami dinafikan atau dikurangkan, terma polisi / sijil ditukar atau diubah, atau polisi / sijil ditamatkan.

Furthermore, I / we hereby authorise any physician, hospital, clinic or insurance company / takaful operator or other organisation, institutions or persons, that has any records or knowledge of me / us or my / our family members or my / our family member's health, to disclose to AIA or its representatives any and all such information and expressly waive on behalf of any person, who shall have or claim any interest, in the said policy, all provisions of law forbidding any physician or surgeon from disclosing any information acquired while attending to me / us in a professional capacity. This authorisation shall irrevocably bind my / our successors and assigns and remain valid, notwithstanding my / our death or incapacity and a copy of this authorisation shall be as effective and valid as the original. / Tambahan lagi, saya / kami dengan ini membenarkan mana-mana pakar perubatan, hospital, klinik atau syarikat insurans / pengendali takaful atau organisasi, institusi atau orang lain, yang mempunyai apa-apa rekod atau pengetahuan tentang saya / kami atau ahli keluarga saya / kami atau kesihatan saya / kami atau kesihatan ahli keluarga saya / kami, untuk mendedahkan kepada AIA atau wakilnya apa-apa atau semua maklumat dan secara nyata mengeneipikan bagi pihak sesiapa yang mempunyai atau menuntut apa-apa kepentingan daripada polisi tersebut, semua peruntukan undang-undang yang melarang mana-mana doktor perubatan atau doktor bedah daripada mendedahkan apa-apa maklumat yang diperolehi semasa merawat saya / kami secara profesional. Kebenaran ini tidak boleh ditarik balik dan hendaklah mengikat pengganti dan penerima serah hak saya / kami dan kekal sah walaupun setelah saya / kami meninggal dunia atau hilang upaya dan satu salinan kebenaran ini hendaklah dianggap berkuat kuasa dan sah seperti salinan asal.

I / We agree that the reinstatement, change or addition shall not be considered as effected by reason of any money paid or settlement made in payment of, or on account of any contribution, until this Policy / Certificate shall be duly approved by AIA. I / We further that if my / our application for reinstatement, change or addition of supplement contract be accepted by AIA, the Indisputability and Suicide Provisions thereof shall effect from the approval date of my / our application for reinstatement, change or addition. / Saya / Kami bersetuju bahawa pengembalian semula, pertukaran atau penambahan tidak boleh dianggap sebagai berkuatkuasa melalui apa-apa wang yang dibayar atau pembayaran yang dibuat atau untuk apa-apa caruman, sehingga Polisi / Sijil ini diluluskan dengan sewajarnya oleh AIA. Saya / Kami selanjutnya bersetuju bahawa sekiranya permohonan saya / kami untuk pengembalian semula, pertukaran atau penambahan bagi kontrak tambahan diterima oleh AIA, maka Peruntukan Tidak Boleh Dipertikaikan dan Bunuh Diri akan berkuat kuasa bermula dari tarikh kelulusan permohonan bagi pengembalian semula, pertukaran dan penambahan.

I / We understand and agree that any personal information collected or held by AIA (whether contained in this application or otherwise obtained, including through credit reporting agencies) may be held, used, and disclosed by AIA to individuals / organizations related to and associated with AIA or any selected third party (within or outside of Malaysia, including but not limited to reinsurance companies / retakaful operators, claims investigation companies and industry associations / federations) for the purpose of (a) processing this application; (b) providing subsequent service for this; (c) for AIA data matching; and (d) to review and advice on my / our coverage with AIA. I / We understand that I / we have a right to obtain access to and to request correction of any personal information held by AIA concerning me / us. Such request can be made to any of AIA's Customer Centre. / Saya / Kami faham dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh AIA (sama ada yang terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain, termasuk melalui agensi pelaporan kredit) boleh dipegang, digunakan dan didedahkan oleh AIA kepada individu / organisasi yang berhubung dan berkaitan dengan AIA atau mana-mana pihak ketiga yang dipilih (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk tetapi tidak terhad kepada syarikat insurans semula / pengendali takaful semula dan syarikat penyiasatan tuntutan dan persatuan industri / persekutuan) bagi tujuan (a) memproses permohonan ini (b) memberikan khidmat seterusnya (c) untuk pepadanan data AIA; dan (d) menyemak dan memberi nasihat mengenai perlindungan saya / kami dengan AIA. Saya / Kami faham bahawa saya / kami berhak memperoleh akses kepada, dan memohon pembedahan sebarang maklumat peribadi yang dipegang oleh AIA berkaitan dengan saya / kami. Permohonan seperti itu boleh dibuat di mana-mana Pusat Pelanggan AIA.

I / We understand and agree that any changes made to the personal details of individual or company via this application, amendment form or any other related documents will be applied to the current policy / certificate and ALL policies / certificates under the same NRIC / Passport / Registration No. within submitted entity's system. / Saya / Kami faham dan bersetuju bahawa sebarang perubahan yang dibuat kepada butiran peribadi individu atau syarikat melalui permohonan ini, borang pindaan atau mana-mana dokumen lain yang berkaitan akan diguna pakai bagi polisi / sijil semasa dan SEMUA polisi / sijil di bawah Nombor Kad Pengenalan / Pasport / Pendaftaran yang sama dalam sistem entiti permohonan.

### Important Note: / Nota Penting:

AIA is inclusive of AIA Bhd., AIA PUBLIC Takaful Bhd. and AIA General Berhad. / AIA termasuk AIA Bhd., AIA PUBLIC Takaful Bhd. dan AIA General Berhad.

AIA may review and / or update the Privacy Statement from time to time to reflect the changes in law and / or AIA internal policy. For more information on how AIA deals with personal information, please refer to the latest Privacy Statement on our website at [www.aia.com.my](http://www.aia.com.my). / AIA mungkin menyemak semula dan / atau mengemas kini Kenyataan Privasi dari semasa ke semasa berdasarkan perubahan dalam undang-undang dan / atau polisi dalaman AIA. Untuk maklumat lanjut mengenai cara AIA menguruskan maklumat peribadi, sila rujuk Kenyataan Privasi terbaharu di laman web kami di [www.aia.com.my](http://www.aia.com.my).

### Signed on

Ditandatangani pada

/  /   
DD / HH MMM / BBB YYYY / TTTT

**Signature of Policy / Certificate Owner / Assignee**  
Tandatangan Pemilik Polisi / Sijil /  
Pemegang Serah Hak

**Name / Nama**

**NRIC No. / Passport No. / No. KP / No. Pasport**

**Signature of Insured / Person Covered**  
(If age > 16)  
Tandatangan Insured / Orang Dilindungi  
(Jika umur > 16)

**Name / Nama**

**NRIC No. / Passport No. / No. KP / No. Pasport**

**Signature of Policy / Certificate Owner's  
Spouse / Family Member (If age > 16)**  
Tandatangan Suami / Isteri / Ahli Keluarga  
Kepada Pemilik Polisi / Sijil (Jika umur > 16)

**Name / Nama**

**NRIC No. / Passport No. / No. KP / No. Pasport**