



**GROUP PERSONAL ACCIDENT (GPA) CLAIMANT'S STATEMENT FOR ACCIDENTAL DEATH AND
 DISABLEMENT / TOTAL AND PERMANENT DISABILITY
 INSURANS KEMALANGAN BERKELOMPOK (GPA) PERNYATAAN PIHAK MENUNTUT BAGI KEMATIAN DAN
 HILANG UPAYA / KEHILANGAN UPAYA KEKAL & MENYELURUH DISEBABKAN OLEH KEMALANGAN**

IMPORTANT NOTE NOTA PENTING	CHECKLIST ON SUBMISSION OF CLAIM DOCUMENTS SENARAI SEMAK BAGI PENYERAHAN DOKUMEN-DOKUMEN TUNTUTAN					
<p>Please ensure that this claim form is fully completed before submission to avoid any delay in claim processing. <i>Sila pastikan bahawa borang tuntutan dilengkapkan dengan sepenuhnya sebelum penyerahan bagi mengelakkan kelewatan dalam pemrosesan tuntutan.</i></p>	<p>ALL COPIES OF DOCUMENTS MUST BE CERTIFIED TRUE COPY (CTC) <i>KESEMUA SALINAN DOKUMEN HENDAKLAH DISAHKAN SEBAGAI SALINAN DIAKUI SAH (SDS)</i></p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="351 627 893 1187"> <input type="checkbox"/> DISABILITY CLAIM <i>TUNTUTAN KEHILANGAN UPAYA</i> <ol style="list-style-type: none"> Completed Claimant's Statement by the Employer/ Insured / <i>Pernyataan Pihak Menuntut yang dilengkapkan oleh Majikan/Orang yang Diinsuranskan</i> Completed Attending Physician's Statement / <i>Laporan Perubatan yang lengkap daripada Doktor yang Merawat</i> CTC of Insured's IC / <i>SDS Kad Pengenalan (KP) Orang yang Diinsuranskan</i> CTC of Police Report (accidental causes only) / <i>SDS Laporan Polis (disebabkan oleh kemalangan sahaja)</i> CTC of medical boarded out letter from Doctor and Employer / <i>SDS surat pengesahan ketidakmampuan bekerja daripada Doktor dan Majikan</i> CTC of Employment Letter / <i>SDS Surat Penerimaan Bekerja</i> CTC of last 3 months pay slips / <i>SDS slip gaji bagi 3 bulan terakhir</i> Full length photograph of Insured (for loss/amputation/bed-ridden) / <i>Gambar penuh Orang yang Diinsuranskan (untuk kehilangan/amputasi/terlantar sakit)</i> Consent for the release of information form (5 copies enclosed) / <i>Borang Kebenaran untuk mengeluarkan maklumat (5 salinan asal dilampirkan)</i> </td> <td data-bbox="909 627 1500 1187"> <input type="checkbox"/> DEATH CLAIM* <i>TUNTUTAN KEMATIAN*</i> To be COMPLETED ONLY if the cause of death is due to <i>Untuk DILENGKAPKAN HANYA jika kematian disebabkan oleh</i> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accident <i>Kemalangan</i></td> <td><input type="checkbox"/> Suicide <i>Bunuh Diri</i></td> <td><input type="checkbox"/> Dengue <i>Denggi</i></td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> Completed Claimant's Statement by the Employer/ Beneficiary / <i>Pernyataan Pihak Menuntut yang dilengkapkan oleh Majikan/Benefisiari</i> CTC of Death Certificate / <i>SDS Sijil Kematian</i> CTC of Deceased's IC / <i>SDS Kad Pengenalan (KP) Si Mati</i> CTC of Employment Letter / <i>SDS Surat Penerimaan Bekerja</i> CTC of last 3 months pay slips / <i>SDS slip gaji bagi 3 bulan terakhir</i> Jabatan Pendaftaran Negara (JPN) letter for death outside Malaysia / <i>Surat JPN untuk kematian di luar Malaysia</i> CTC Details of Post-mortem & Toxicology Reports / <i>SDS Laporan Bedah Siasat dan Toksikologi</i> CTC of Police Report / <i>SDS Laporan Polis</i> CTC of Newspaper cutting/s (if any) / <i>SDS Keratan Akhbar (jika ada)</i> <p>Additional documents for death due to Dengue <i>Dokumen tambahan jika kematian disebabkan oleh Denggi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> CTC of Dengue test results – blood test with platelet count/ serological test / <i>SDS laporan denggi, laporan serologi</i> Additional question for death due to Dengue / <i>Soalan tambahan jika kematian disebabkan Denggi</i> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> DISABILITY CLAIM <i>TUNTUTAN KEHILANGAN UPAYA</i> <ol style="list-style-type: none"> Completed Claimant's Statement by the Employer/ Insured / <i>Pernyataan Pihak Menuntut yang dilengkapkan oleh Majikan/Orang yang Diinsuranskan</i> Completed Attending Physician's Statement / <i>Laporan Perubatan yang lengkap daripada Doktor yang Merawat</i> CTC of Insured's IC / <i>SDS Kad Pengenalan (KP) Orang yang Diinsuranskan</i> CTC of Police Report (accidental causes only) / <i>SDS Laporan Polis (disebabkan oleh kemalangan sahaja)</i> CTC of medical boarded out letter from Doctor and Employer / <i>SDS surat pengesahan ketidakmampuan bekerja daripada Doktor dan Majikan</i> CTC of Employment Letter / <i>SDS Surat Penerimaan Bekerja</i> CTC of last 3 months pay slips / <i>SDS slip gaji bagi 3 bulan terakhir</i> Full length photograph of Insured (for loss/amputation/bed-ridden) / <i>Gambar penuh Orang yang Diinsuranskan (untuk kehilangan/amputasi/terlantar sakit)</i> Consent for the release of information form (5 copies enclosed) / <i>Borang Kebenaran untuk mengeluarkan maklumat (5 salinan asal dilampirkan)</i> 	<input type="checkbox"/> DEATH CLAIM* <i>TUNTUTAN KEMATIAN*</i> To be COMPLETED ONLY if the cause of death is due to <i>Untuk DILENGKAPKAN HANYA jika kematian disebabkan oleh</i> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accident <i>Kemalangan</i></td> <td><input type="checkbox"/> Suicide <i>Bunuh Diri</i></td> <td><input type="checkbox"/> Dengue <i>Denggi</i></td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> Completed Claimant's Statement by the Employer/ Beneficiary / <i>Pernyataan Pihak Menuntut yang dilengkapkan oleh Majikan/Benefisiari</i> CTC of Death Certificate / <i>SDS Sijil Kematian</i> CTC of Deceased's IC / <i>SDS Kad Pengenalan (KP) Si Mati</i> CTC of Employment Letter / <i>SDS Surat Penerimaan Bekerja</i> CTC of last 3 months pay slips / <i>SDS slip gaji bagi 3 bulan terakhir</i> Jabatan Pendaftaran Negara (JPN) letter for death outside Malaysia / <i>Surat JPN untuk kematian di luar Malaysia</i> CTC Details of Post-mortem & Toxicology Reports / <i>SDS Laporan Bedah Siasat dan Toksikologi</i> CTC of Police Report / <i>SDS Laporan Polis</i> CTC of Newspaper cutting/s (if any) / <i>SDS Keratan Akhbar (jika ada)</i> <p>Additional documents for death due to Dengue <i>Dokumen tambahan jika kematian disebabkan oleh Denggi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> CTC of Dengue test results – blood test with platelet count/ serological test / <i>SDS laporan denggi, laporan serologi</i> Additional question for death due to Dengue / <i>Soalan tambahan jika kematian disebabkan Denggi</i> 	<input type="checkbox"/> Accident <i>Kemalangan</i>	<input type="checkbox"/> Suicide <i>Bunuh Diri</i>	<input type="checkbox"/> Dengue <i>Denggi</i>
<input type="checkbox"/> DISABILITY CLAIM <i>TUNTUTAN KEHILANGAN UPAYA</i> <ol style="list-style-type: none"> Completed Claimant's Statement by the Employer/ Insured / <i>Pernyataan Pihak Menuntut yang dilengkapkan oleh Majikan/Orang yang Diinsuranskan</i> Completed Attending Physician's Statement / <i>Laporan Perubatan yang lengkap daripada Doktor yang Merawat</i> CTC of Insured's IC / <i>SDS Kad Pengenalan (KP) Orang yang Diinsuranskan</i> CTC of Police Report (accidental causes only) / <i>SDS Laporan Polis (disebabkan oleh kemalangan sahaja)</i> CTC of medical boarded out letter from Doctor and Employer / <i>SDS surat pengesahan ketidakmampuan bekerja daripada Doktor dan Majikan</i> CTC of Employment Letter / <i>SDS Surat Penerimaan Bekerja</i> CTC of last 3 months pay slips / <i>SDS slip gaji bagi 3 bulan terakhir</i> Full length photograph of Insured (for loss/amputation/bed-ridden) / <i>Gambar penuh Orang yang Diinsuranskan (untuk kehilangan/amputasi/terlantar sakit)</i> Consent for the release of information form (5 copies enclosed) / <i>Borang Kebenaran untuk mengeluarkan maklumat (5 salinan asal dilampirkan)</i> 	<input type="checkbox"/> DEATH CLAIM* <i>TUNTUTAN KEMATIAN*</i> To be COMPLETED ONLY if the cause of death is due to <i>Untuk DILENGKAPKAN HANYA jika kematian disebabkan oleh</i> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accident <i>Kemalangan</i></td> <td><input type="checkbox"/> Suicide <i>Bunuh Diri</i></td> <td><input type="checkbox"/> Dengue <i>Denggi</i></td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> Completed Claimant's Statement by the Employer/ Beneficiary / <i>Pernyataan Pihak Menuntut yang dilengkapkan oleh Majikan/Benefisiari</i> CTC of Death Certificate / <i>SDS Sijil Kematian</i> CTC of Deceased's IC / <i>SDS Kad Pengenalan (KP) Si Mati</i> CTC of Employment Letter / <i>SDS Surat Penerimaan Bekerja</i> CTC of last 3 months pay slips / <i>SDS slip gaji bagi 3 bulan terakhir</i> Jabatan Pendaftaran Negara (JPN) letter for death outside Malaysia / <i>Surat JPN untuk kematian di luar Malaysia</i> CTC Details of Post-mortem & Toxicology Reports / <i>SDS Laporan Bedah Siasat dan Toksikologi</i> CTC of Police Report / <i>SDS Laporan Polis</i> CTC of Newspaper cutting/s (if any) / <i>SDS Keratan Akhbar (jika ada)</i> <p>Additional documents for death due to Dengue <i>Dokumen tambahan jika kematian disebabkan oleh Denggi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> CTC of Dengue test results – blood test with platelet count/ serological test / <i>SDS laporan denggi, laporan serologi</i> Additional question for death due to Dengue / <i>Soalan tambahan jika kematian disebabkan Denggi</i> 	<input type="checkbox"/> Accident <i>Kemalangan</i>	<input type="checkbox"/> Suicide <i>Bunuh Diri</i>	<input type="checkbox"/> Dengue <i>Denggi</i>		
<input type="checkbox"/> Accident <i>Kemalangan</i>	<input type="checkbox"/> Suicide <i>Bunuh Diri</i>	<input type="checkbox"/> Dengue <i>Denggi</i>				

Note / Nota:
 We reserve the rights to request for additional medical reports and/or any other relevant documents to substantiate the claim whenever necessary. We also reserve the rights to view the original copy of the document submitted whenever necessary. / *Kami berhak untuk meminta laporan perubatan tambahan dan/atau dokumen tambahan lain yang berkenaan untuk membuktikan kebenaran tuntutan pada bila-bila masa jika perlu. Kami juga berhak untuk merujuk kepada salinan asal dokumen yang telah diserahkan, sekiranya diperlukan.*

TO BE COMPLETED BY CLAIMANT / DIISI OLEH PIHAK YANG MENUNTUT

In what capacity do you claim this insurance? / *Di dalam kapasiti yang manakah anda ingin membuat tuntutan insurans ini?*

Employer / *Majikan*
 Beneficiary/Nominee / *Benefisiari/Penama*
 Employee/Insured / *Pekerja/Orang yang Diinsuranskan*

*Name of Employer/ Beneficiary
Nama Majikan/Benefisiari

INFORMATION OF EMPLOYEE/INSURED / MAKLUMAT PEKERJA/ORANG YANG DIINSURANSKAN

*Full name of Employee/ Insured
Nama penuh Pekerja/ Orang yang Diinsuranskan

(as shown on IC/Passport/Army IC) / *(seperti yang tertera di dalam KP/Pasport/KP Tentera)*

*New NRIC No. <i>No. KP Baru</i>	Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i>	_____ - _____ - _____ DD / HH MM / BB YYYY / TTTT
Policy No. <i>No. Polisi</i>	Policy Plan <i>Pelan Polisi</i>	_____
Occupation <i>Pekerjaan</i>	Staff ID No. <i>No. ID Pekerja</i>	_____
Sum Assured <i>Jumlah yang Diinsuranskan</i>	RM _____	

Life Insurance Amount Covered by Other Companies / Amaun Insurans Hayat yang Diinsuranskan oleh Syarikat Lain			
Name of Insurance Companies Nama Syarikat Insurans	Policy No. No. Polisi	Effective Date (DD/MM/YYYY) Tarikh Berkuatkuasa (HH/BB/TTTT)	Amount of Benefits (RM) Amaun Faedah (RM)

Please check the appropriate box and complete the relevant section. / Sila tandakan pada kotak yang sesuai dan lengkapkan bahagian yang berkaitan.

DISABILITY CLAIM / TUNTUTAN KEHILANGAN UPAYA

Nature of Injury (please state exact diagnosis) which has caused the Insured to cease work / Jenis Kecederaan (sila nyatakan penyakit yang sebenar) yang mana telah menyebabkan Orang yang Diinsuranskan berhenti bekerja			
Date first absent from work Tarikh mula tidak hadir bekerja	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Current Salary Gaji Semasa	RM <input type="text"/> . <input type="text"/>
Date of disability or injury first occurred or was first diagnosed Tarikh mula kehilangan upaya atau kecederaan itu berlaku/ mula didiagnosis	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	First Treated Tarikh Rawatan Pertama	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Please provide details of the accident / Sila nyatakan butir-butir kemalangan	Date Tarikh <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Time Masa <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm Place Tempat <input type="text"/>
State how the accident occurred / Nyatakan bagaimana kemalangan berlaku			

Name and address of doctors who will be able to provide more information on the Insured's condition and treatments.
Nama dan alamat semua doktor yang boleh memberikan maklumat yang terperinci bagi keadaan dan rawatan Orang yang Diinsuranskan.

Name of Doctor Nama Doktor	Clinic/Hospital Name Nama Klinik/Hospital	Address Alamat

Has the Insured previously sought any treatment for the disability which he/she is now claiming? / Adakah Orang yang Diinsuranskan sebelum ini pernah menerima sebarang rawatan bagi kehilangan upaya yang sedang dituntut sekarang? Yes / Ya No / Tidak

If "Yes", please give details of treatment / Jika "Ya", sila berikan butiran rawatan			
Name of Doctor Nama Doktor	Date of Treatment Tarikh Rawatan	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Address of Clinic/Hospital Alamat Klinik/Hospital			

I/We hereby declare that the statement(s) given are true and complete, that I/this Employee/Insured have/has not at any time returned to work since the date shown as first absent and that the sole reason for this absence has been the incapacity specified in the medical report. / Saya/Kami dengan ini mengesahkan bahawa semua kenyataan yang diberi adalah benar dan lengkap, bahawa Saya/Pekerja/Orang yang Diinsuranskan ini tidak pada bila-bila masa kembali bekerja semenjak tarikh pertama tidak hadir bekerja dan alasan kukuh bagi ketidakhadiran ini ialah ketidakmampuan bekerja seperti yang dinyatakan di dalam laporan perubatan.

Signed by the Insured/Beneficiary/For and on behalf of the Employer: / Ditandatangani oleh Orang yang Diinsuranskan/Benefisiari/Untuk dan bagi pihak Majikan:

Name Nama			
Designation Jawatan			
New NRIC No. No. KP Baru			
Mobile No. No. Telefon Bimbit			
E-mail Address Alamat E-mel			
Signature Tandatangan		Company Stamp Cop Syarikat	
Date / Tarikh			

DEATH CLAIM / TUNTUTAN KEMATIAN

Cause of death Sebab Kematian			
Please state date, time & place of death / Sila nyatakan tarikh, masa dan tempat kematian		Date Tarikh	
		Time Masa	
		Place Tempat	
Last Drawn Salary - Monthly Rated Gaji Terakhir - Kadar Bulanan		Last Drawn Salary - Daily Rated Gaji Terakhir - Kadar Harian	
RM		RM	

CAUSE OF DEATH DUE TO DENGUE / KEMATIAN DISEBABKAN OLEH DENGGI

Date of Diagnosed Tarikh Didiagnosis		First Treated Tarikh Rawatan Pertama	
Name and address of doctors who will be able to provide more information on the insured's condition and treatments. Nama dan alamat semua doktor yang boleh memberikan maklumat yang terperinci bagi keadaan dan rawatan orang yang diinsuranskan			
Name of Doctor Nama Doktor		Clinic/Hospital Name Nama Klinik/Hospital	
		Address Alamat	

The undersigned hereby gives notice of the death of the Deceased and makes claim for the said insurance to AIA and agrees that the written statements and affidavits of all the physicians/ doctors who attended or treated the deceased and all other papers called for by the instruction hereon shall constitute and be made part of the proof of death. / Dengan ini dimaklumkan bahawa pihak yang menurunkan tandatangan di bawah ini telah memberikan notis kematian simati dan membuat tuntutan pampasan kepada AIA dan bersetuju bahawa semua kenyataan bertulis dan affidavit bagi semua doktor yang pernah merawat simati dan lain-lain dokumen bersurat yang telah diperolehi adalah kandungan atau sebahagian bukti kematian.

Name Nama			
Designation Jawatan			
New NRIC No. No. KP Baru			
Mobile No. No. Telefon Bimbit			
E-mail Address Alamat E-mel			
Signature Tandatangan		Company Stamp Cop Syarikat	
Date / Tarikh		DD/MM/YYYY / HH/BB/TTTT	

PAYMENT DETAILS / MAKLUMAT PEMBAYARAN

Payment of Claim is to be made to (Kindly provide valid payee name) / *Pembayaran Tuntutan hendaklah dibayar kepada (Sila berikan nama penerima yang sah)*

E-PAYMENT FACILITY / KEMUDAHAN E-PEMBAYARAN**IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING**

We will pay your approved claim (if any) directly to the bank account as stated below. Please fill up this section fully, completely and accurately. *Kami akan membuat pembayaran (jika ada) secara terus kepada akaun bank yang dinyatakan di bawah. Sila lengkapkan bahagian ini dengan penuh, lengkap dan tepat.*

Kindly provide the bank account information by completing this section and please attach a clear copy of the following document: *I Sila berikan maklumat akaun bank dengan mengisi bahagian ini dan sila lampirkan salinan yang jelas untuk dokumen-dokumen di bawah:*

- Photocopy of top portion of the bank statement of Current Account or Saving Account, **OR** / *Salinan foto bahagian atas penyata bank bagi Akaun Semasa atau Akaun Simpanan; **ATAU***
- Front page of the Savings Account Passbook, **OR** / *Muka depan Buku Akaun Simpanan, **ATAU***
- Confirmation letter from bank (certified true copy) / *Surat pengesahan daripada bank (salinan disahkan seperti asal)*

Bank Name <i>Nama Bank</i>		Bank Account Holder Name <i>Nama Pemegang Akaun Bank</i>	
Bank Account No. <i>No. Akaun Bank</i>		E-mail Address <i>Alamat E-mel</i>	

You will be notified by email once the payment has been made if you have provided your e-mail address. *I Anda akan dimaklumkan melalui e-mel sebaik sahaja pembayaran telah dibuat sekiranya alamat e-mel anda diberikan.*

I/We agree that AIA General Berhad ("AIA") accepts this instruction upon the following conditions: *I Saya/Kami bersetuju bahawa AIA General Berhad ("AIA") menerima arahan ini dengan syarat-syarat yang berikut:*

- In consideration of AIA General Berhad accepting the above instruction, I/We hereby undertake to indemnify and hold AIA General Berhad harmless and indemnified against all actions, proceedings, claims, damages, cost, expenses, demands and losses which AIA General Berhad may incur or sustain by reason of AIA General Berhad carrying out the above instruction and/or howsoever arising from AIA General Berhad acting on my/our instruction herein and/or arising from any error or omissions on my/our part. *I Sebagai balasan kepada AIA General Berhad kerana menerima arahan di atas, dengan ini saya/kami mengaku janji untuk menanggung rugi dan tidak akan mempertanggungjawabkan AIA General Berhad terhadap semua tindakan, prosiding, tuntutan, ganti rugi, kos, perbelanjaan, permintaan dan kerugian yang AIA General Berhad mungkin alami atau tanggung kerana melaksanakan arahan-arahan di atas dan/atau dengan apa cara pun berlaku akibat daripada tindakan AIA General Berhad melaksanakan arahan-arahan yang saya/kami berikan di dalam ini dan/atau disebabkan daripada apa-apa ralat atau ketinggalan di pihak saya/kami.*
- I/We am/are responsible to notify AIA General Berhad in writing immediately of any changes in my/our bank account number. The notice shall take effect on the date of receipt by AIA General Berhad. *I Saya/Kami bertanggungjawab untuk memaklumkan kepada AIA General Berhad secara bertulis dengan segera mengenai apa-apa perubahan nombor akaun saya/kami. Notis tersebut akan berkuat kuasa pada tarikh AIA General Berhad menerima notis tersebut.*
- This instruction shall remain binding upon me/us until AIA General Berhad receipt of my/our written notification to cancel the instruction. *I Arahan ini akan kekal terikat ke atas saya/kami sehingga AIA General Berhad menerima notis bertulis daripada saya/kami untuk membatalkan arahan berkenaan.*
- AIA General Berhad reserves the right at its absolute discretion to levy a charge on the above instruction. I/We hereby agree that AIA General Berhad is entitled from time to time to vary such charges or impose other charges as deemed appropriate by AIA General Berhad. *I AIA General Berhad mempunyai hak mengikut budi bicara mutlaknya untuk mengenakan caj bagi arahan di atas. Saya/Kami bersetuju bahawa AIA General Berhad berhak dari semasa ke semasa untuk mengubah caj berkenaan atau mengenakan caj-caj lain yang dianggap wajar.*
- Any fee(s) imposed by the bank for this service shall be fully borne by me. *I Sebarang yuran yang dikenakan oleh pihak bank untuk perkhidmatan ini akan ditanggung sepenuhnya oleh saya.*
- AIA General Berhad reserves the right at any time: *I AIA General Berhad berhak pada bila-bila masa:*
 - Without prior notice to discontinue, interrupt, withdraw or suspend this service in whole as it deems fit and without assigning any reason whatsoever and AIA General Berhad shall not be held liable for any loss or damage which may be suffered by me/us as a result of such action by AIA General Berhad. *I Tanpa notis terlebih dahulu untuk menghentikan, mengendalakan, menarik balik atau menggantung perkhidmatan ini sepenuhnya sebagaimana yang AIA General Berhad anggap sesuai dan tanpa memberi apa juga sebab, dan AIA General Berhad tidak akan dipertanggungjawabkan atas apa-apa kerugian atau ganti rugi yang mungkin saya/kami mungkin alami berikutan tindakan sedemikian oleh AIA General Berhad.*
 - To add, delete or amend any of the above conditions. Such amendments shall become effective on such date as AIA General Berhad may elect to adopt and the continued use of this service by me/us shall constitute my/our acceptance of the said amendments. *I Untuk menambah, memotong atau meminda mana-mana daripada syarat di atas. Pindaan sedemikian akan berkuat kuasa pada tarikh yang AIA General Berhad mungkin pilih untuk diterima pakai, dan penggunaan perkhidmatan ini seterusnya oleh saya/kami akan dianggap sebagai penerimaan saya/kami akan pindaan tersebut.*
 - To issue a cheque directly to me and send it to my correspondence address as per the Policy records with AIA General Berhad in the event the information provided above is incorrect, incomplete and/or otherwise not possible due to no fault of AIA General Berhad, to successfully process this request. *I Untuk memproses dan menghantar terus cek ke alamat surat menyurat saya yang ada dalam rekod AIA General Berhad jikalau informasi yang diberi di atas tidak betul, mencukupi dan/atau tidak dapat di laksanakan bukan disebabkan kesalahan AIA General Berhad dalam pemrosesan arahan ini.*
- If there are trustees being appointed under Section 23 of Civil Law Act 1956, I/We must provide a joint account under the names of the trustee. *I Sekiranya Pemegang-pemegang Amanah dilantik di bawah Seksyen 23 Akta Undang-undang Sivill 1956, saya/kami perlu menyediakan akaun bersama Pemegang-pemegang Amanah.*

Notes / Nota:

- Please ensure that the bank account information provided in this Form is accurate. AIA General Berhad shall not be liable if payments are erroneously credited due to inaccurate account number provided. *I Sila pastikan bahawa maklumat akaun bank yang dinyatakan dalam Borang ini adalah tepat. AIA General Berhad tidak bertanggungjawab jika pembayaran dikreditkan secara salah disebabkan nombor akaun tidak tepat diberikan.*
- Signature of policyowner/assignee or Company/Organisation's Rubber Stamp (where applicable) on this form must match with the signature or Company/Organisation's Rubber Stamp (where applicable) appeared in the insurance application form. *I Tandatangan pemegang polisi/Orang Diinsuranskan atau Cop Syarikat/Organisasi (di mana berkenaan) pada borang ini mesti sama dengan tandatangan atau Cop Syarikat/Organisasi yang dipaparkan dalam borang permohonan insurans.*
- No joint name account is allowed. *I Akaun dengan nama bersama tidak dibenarkan.*

DECLARATION AND AUTHORISATION / PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA

- 1) I/We confirm that the answers given are true and accurate. / Saya/Kami mengesahkan bahawa jawapan yang diberikan adalah benar dan tepat.
- 2) I/We understand that AIA General Berhad's acceptance of this form is not an admission of AIA General Berhad's liability of my/our claim. / Saya/Kami memahami bahawa penerimaan borang oleh AIA General Berhad tidak boleh dianggap sebagai penerimaan liabiliti ke atas tuntutan yang dibuat.
- 3) I/We authorise any institution or individual that has any records or knowledge of my/our health and medical history to disclose such information to AIA General Berhad or its representative. / Saya/Kami memberikan kuasa kepada mana-mana institusi atau individu yang mempunyai rekod atau maklumat tentang kesihatan dan sejarah perubatan saya/kami untuk mendedahkannya kepada AIA General Berhad atau wakil AIA General Berhad.
- 4) I/We understand and agree that any personal information collected or held by AIA General Berhad (whether through this application or otherwise obtained) may be used and disclosed by AIA General Berhad to individuals/institutions related to and associated with AIA General Berhad or any selected third party within or outside Malaysia such as reinsurers, claims investigation companies and industry associations to process this application. The information may also be used to provide service for this and other financial products and to communicate with me/us. I/We understand that I/we have a right to get access to and request for correction of any personal information held by AIA General Berhad. Such requests can be made at any AIA General Berhad Customer Centres. / Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa maklumat peribadi yang dikumpul atau dipegang oleh AIA General Berhad (sama ada melalui permohonan ini ataupun cara lain) boleh digunakan dan didedahkan kepada individu atau institusi yang berkaitan dengan AIA General Berhad atau mana-mana pihak ketiga di dalam atau di luar Malaysia seperti penanggung insurans semula (reinsurer), syarikat penyiasatan tuntutan dan persatuan industri bagi memproses permohonan ini. Maklumat tersebut juga boleh digunakan untuk memberikan perkhidmatan ke atas permohonan ini dan juga produk kewangan lain. Saya/Kami memahami bahawa saya/kami mempunyai hak untuk mendapatkan dan memohon pembetulan dibuat ke atas mana-mana maklumat persendirian yang disimpan oleh AIA General Berhad. Permohonan tersebut boleh dibuat di mana-mana cawangan Pusat Khidmat Pelanggan AIA General Berhad.

Signature of Policy Owner/ Assignee/Beneficiary/ Company/Organisation's Rubber Stamp (where applicable) / Tandatangan Pemilik Polisi/Pemegang Serah Hak/Benefisiari/Cop Syarikat/Organisasi (yang mana berkenaan)	Name <i>Nama</i>	
	New NRIC No. <i>No. KP Baru</i>	
	Date <i>Tarikh</i>	DD/MM/YYYY <i>HH/BB/TTTT</i>

FATCA Declaration / Pengisytiharan FATCA

Policy Number
Nombor Polisi

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 request/application, that:- / Saya isytiharkan dan bersetuju bagi pihak saya dan sesiapa sahaja, firma perseorangan atau swasta, yang mungkin mempunyai dan menuntut apa-apa kepentingan dalam mana-mana insurans pada permintaan/permohonan ini, 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 AIA General 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 may be considered void in which case AIA General Berhad shall notify me/us and repay the premiums less reasonable charges and policy withdrawals. In view that this is a fundamental term, AIA General Berhad shall be entitled to cancel this Policy and pay reasonable compensation to me/us in consideration of such termination. Saya/Kami dengan ini menyatakan 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 AIA General Berhad, dengan mempercayai kenyataan ini adalah benar, akan bergantung kepadanya dan bertindak keatasnya. Sekiranya kenyataan ini adalah palsu, mana-mana polisi yang dikeluarkan boleh dianggap sebagai tidak sah di mana AIA General Berhad hendaklah memaklumkan saya/kami dan membayar balik premium tolak caj-caj munasabah dan pengeluaran polisi. Memandangkan ini adalah syarat asas, AIA General Berhad adalah berhak untuk membatalkan Polisi ini dan membayar pampasan yang munasabah kepada saya/kami sebagai balasan terhadap penamatan tersebut.

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

(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 bahawa apabila membuat permohonan insurans, 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.

Account Holders who have or may have U.S. Indicia: / Pemegang Akaun yang mempunyai atau boleh mempunyai Indicia Amerika Syarikat:

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

- (i) U.S. persons for U.S. federal income tax purposes; or / Warga Amerika Syarikat bagi tujuan cukai pendapatan persekutuan Amerika Syarikat; atau
- (ii) If your tax status changes and you become a U.S. Person; or / Jika status cukai anda berubah dan anda menjadi warga Amerika Syarikat; 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 waris yang berkaitan dengan Polisi ini telah menunjukkan melalui maklumat yang diberikan kepada kami bahawa anda atau waris tersebut mungkin warga Amerika Syarikat bagi tujuan cukai pendapatan persekutuan Amerika Syarikat (contoh termasuk alamat, nombor telefon warga Amerika Syarikat, TIN, dan sebagainya.)

The term "U.S. Indicia" as used below refers to any of the three circumstances described in (i) to (iii) above. / Istilah "Indicia Amerika Syarikat" seperti yang digunakan di bawah merujuk kepada mana-mana tiga keadaan yang digambarkan dalam (i) hingga (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 AIA General 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, AIA General 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. / Ini adalah syarat asas dan sekiranya anda mempunyai Indicia Amerika Syarikat dan setelah dipinta gagal untuk memberikan maklumat, kebenaran dan/atau bantuan tersebut, yang mana AIA General Berhad mungkin memerlukan dari masa ke masa untuk membolehkan ia mematuhi kewajipan kontraktual, undang-undang atau kawal selia di bawah United States Foreign Account Tax Compliance Act, termasuk sebarang laporan kepada Perkhidmatan Hasil Dalam Negeri mengenai maklumat berkaitan dengan anda atau Waris yang berkaitan dengan Polisi ini, AIA General Berhad berhak untuk mengambil tindakan yang sepatutnya yang mana mungkin termasuk menyerahkan laporan yang sepatutnya, menggantung akaun/polisi anda, menahan wang yang perlu dikirimkan, menamatkan Polisi ini dan memulangkan nilai tunai (jika ada) tolak sebarang keterhutangan tanpa faedah sekiranya penamatan tersebut berlaku.

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

"AIA General 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 AIA General 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 AIA General 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." / "AIA General Berhad 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 AIA General Berhad hendaklah berhak untuk menyediakan maklumat tersebut kepada 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, Insured dan Waris ("Pihak-Pihak") atau mana-mana daripadanya; ii) sebarang maklumat mengenai Polisi ini; dan iii) sebarang maklumat mengenai mana-mana polisi yang dipegang oleh Pihak-Pihak atau mana-mana daripadanya. Saya/Kami faham bahawa AIA General Berhad tidak boleh menjual sebarang produk insurans kepada saya/kami dan menyediakan sebarang perkhidmatan sekiranya saya/kami menolak untuk memberi kebenaran nyata tersebut."

Note: Please take note that AIA General Berhad will not be able to process this request/application without your consent to the above. / Nota: Sila ambil perhatian bahawa AIA General Berhad tidak boleh memproses permintaan/permohonan ini tanpa kebenaran anda terhadap perkara di atas.

Signature of Policy Owner / Tandatangan Pemilik Polisi

Signature of Witness / Tandatangan Saksi

Name / Nama

Name / Nama

NRIC / Passport No. / No. KP / Pasport

NRIC / Passport No. / No. KP / Pasport

Date / Tarikh

Date / Tarikh