



AIA PUBLIC TAKAFUL

CONSENT FOR THE RELEASE OF INFORMATION FORM SURAT KEBENARAN UNTUK MENGELUARKAN MAKLUMAT

Dear Sir/Madam / Tuan/Puan,

Certificate No. / Nombor Sijil	
Name of Person Covered / Nama Orang Dilindungi	
IC No. / No. KP	(Old / Lama) : (New / Baru) :

I / Saya, _____ IC No. / No. KP _____

hereby authorize any doctor/specialist, hospital, clinic, Insurance Company, Takaful Operator or other organization, institution or person, that has any records or knowledge of my / my child / wards's health and medical history and any hospitalization, advice, treatment, disease or ailment, to disclose such information to AIA PUBLIC Takaful Bhd. (AIA PUBLIC), or its representative. This authorization shall irrevocably bind my successors and assigns and remain valid notwithstanding my death or incapacity. A photostat copy of this authorization shall be as effective and valid as the original. Furthermore, AIA PUBLIC shall, at all times, keep all results of any such tests confidential and the use thereof shall only be for the purposes of this application or further applications for Takaful with AIA PUBLIC except to such an extent that disclosure is required by the Government Authority or by Law, and further provided that AIA PUBLIC shall use all care in carrying out any such test, but shall not be liable for any unforeseen occurrence, act or omission, unless AIA PUBLIC has been negligent. / dengan ini membenarkan mana-mana doktor/pakar, hospital, klinik, Syarikat Insurans, Pengendali Takaful dan lain-lain organisasi, institusi atau orang perseorangan, yang mempunyai rekod atau pengetahuan tentang kesihatan dan latar belakang perubatan saya / anak / tanggungan saya dan sebarang kemasukan hospital, nasihat, rawatan atau penyakit, untuk mendedahkan maklumat tersebut kepada AIA PUBLIC Takaful Bhd. (AIA PUBLIC), atau wakilnya. Pengesahan ini akan mengikat waris-waris dan penama saya, dan kekal sah meskipun selepas kematian ataupun ketidaklayakan saya. Salinan pengesahan ini adalah sama kesannya dengan yang asal. Selanjutnya, AIA PUBLIC akan, pada setiap masa menyimpan secara sulit, semua keputusan daripada sebarang ujian dan akan menggunakan keputusan ujian-ujian tersebut untuk tujuan permohonan ini dan sebarang permohonan lanjut bagi Takaful dengan AIA PUBLIC, melainkan pendedahan itu dikehendaki oleh mana-mana Pihak Berkuasa Kerajaan atau Undang-Undang, dan selanjutnya dengan syarat bahawa AIA PUBLIC akan menggunakan segala penjagaan dalam melaksanakan sebarang ujian tersebut, tetapi tidak akan bertanggungjawab terhadap sebarang kejadian, tindakan atau pengabaian yang tidak diduga, melainkan disebabkan oleh kelalaian AIA PUBLIC.

The information is required in connection with an Takaful claim. / Maklumat ini diperlukan bagi tujuan tuntutan Takaful.

With this I release the said physician, hospital, clinic, Takaful Operator or other organization, institutions or persons and its staff from all legal responsibilities and liabilities that may arise from the act hereby authorized. / Dengan ini saya juga melepaskan pihak doctor, hospital, klinik, Pengendali Takaful atau mana-mana organisasi, institusi atau orang perseorangan dan kakitangannya daripada sebarang tanggungjawab dan liabiliti undang-undang yang mungkin berbangkit daripada pengeluaran maklumat ini.

Thank you. / Terima kasih.

Signature of Person Covered/Certificate Owner/Parent/Claimant
Tandatangan Orang Dilindungi/Pemilik Sijil/
Ibubapa/Penuntut

Name: _____
Nama

IC No.: _____
No. KP

Address: _____
Alamat

Tel No: _____
No. Tel

Signature of Witness
Tandatangan Saksi

Name: _____
Nama

IC No.: _____
No. KP

Address: _____
Alamat

Tel No: _____
No. Tel