



### DEATH CLAIM FORM (CREDIT LIFE)

BORANG TUNTUTAN KEMATIAN (INSURANS HAYAT KREDIT)

#### PART 1 : INFORMATION ON THE MASTER POLICYHOLDER

BAHAGIAN 1 : MAKLUMAT PEMEGANG POLISI UTAMA

**IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING**

We will pay your approved claim (if any) directly to your bank account. Please fill up this section and ensure that the bank account details belong to the Master Policyholder. / Kami akan membuat pembayaran (jika ada) secara terus kepada akaun bank anda. Sila lengkapkan bahagian ini dan pastikan kesemua maklumat berkaitan akaun bank adalah dimiliki oleh Pemegang Polisi Utama.

Master Policyholder's Name / Nama Pemegang Polisi Utama

Address / Alamat

Contact Person & Telephone No. / Orang yang Dihubungi & No. Telefon

Master Policyholder's Email Address / Alamat Emel Pemegang Polisi Utama

Postcode

Country

Poskod

Negara

#### INFORMATION ON BANK ACCOUNT THIS CLAIM WILL BE PAID TO:

MAKLUMAT AKAUN BANK UNTUK PEMBAYARAN TUNTUTAN:

Name of Bank / Nama Bank

Bank Account No. / No. Akaun Bank

#### PART 2 : INFORMATION ON THE POLICY/CERTIFICATE OF INSURANCE AND INSURED PERSON

BAHAGIAN 2 : MAKLUMAT POLISI/SIJIL INSURANS DAN ORANG DIINSURANSKAN

Policy/Certificate Number  
Nombor Polisi/Sijil

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Does the Insured Person have other policies with AIA?  
Adakah Orang Yang Diinsuranskan mempunyai polisi lain dengan AIA?

Yes  
Ya

No  
Tidak

If yes, please state the policy/certificate number(s)  
Jika ada, sila nyatakan nombor polisi/sijil

Name of Insured Person / Nama Orang yang Diinsuranskan

NRIC No. / No. KP

Current Residential Address  
Alamat Rumah Terkini

Correspondence Address (If different from Current Residential Address)  
Alamat Surat Menyurat (Jika berbeza daripada Alamat Rumah Terkini)

Postcode  
Poskod

Country  
Negara

Postcode  
Poskod

Country  
Negara

Telephone No. / No. Telefon

Residence  
Rumah

Mobile

Tel. Bimbit

Nominee's/Executor's email address / Alamat emel Penama/Wasi

Occupation at time of death / Pekerjaan pada masa kematian

Employer's Name / Nama Majikan

Employer's Address / Alamat Majikan

Employer's Tel. No. / No. Tel. Majikan

Postcode

Poskod

Country

Negara

To be COMPLETED ONLY if cause of death is due to

Untuk DILENGKAPKAN HANYA jika kematian adalah disebabkan

Accident

Kemalangan

Suicide

Bunuh Diri

(a) Date, time and place of accident/event

Tarikh, masa dan tempat meninggal dunia

<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			MM / BB			YYYY / TTTT			

A.M. / PG  P.M. / PTG

Place

Tempat

(b) Details of accident/event, how it happened. / Butiran kemalangan/kejadian, bagaimana ia berlaku.

The following questions need to be completed if the policy has no nominee or there is nominee(s) but the nominee(s) had pre-deceased the Insured Person. / Soalan yang berikut perlu dilengkapkan jika polisi ini tidak mempunyai penama atau terdapat penama tetapi penama tersebut telah meninggal dunia sebelum kematian Orang Yang Diinsuranskan.

(c) Deceased's marital status at the time of death

Status perkahwinan si mati pada masa kematian

Single

Bujang

Married

Berkahwin

Widowed

Balu

Divorced

Berceraai

(d) Is/Are the deceased's parents/children still alive at the time of death?

Adakah ibubapa/anak-anak si mati masih hidup pada masa kematiannya?

Deceased's parents

Bagi ibu bapa si mati

Yes

Ya

No

Tidak

Deceased's children

Bagi anak-anak si mati

Yes

Ya

No

Tidak

(e) If there is NO nomination :

Jika tidak ada penamaan :

Did the deceased leave a will?

Adakah si mati meninggalkan wasiat?

Yes, please provide Grant of Probate (GP)

Ya, sila berikan Geran Probat (GP)

No, please provide Letters of Administration (LA)

Tidak, sila berikan Surat Kuasa Mentadbir (LA)

(f) Is the Insured Person also covered by other insurance companies? If "Yes", please state. / Adakah Orang Yang

Diinsuranskan juga dilindungi Manfaat Kematian syarikat insurans lain? Jika "Ya", sila nyatakan.

Yes

Ya

No

Tidak

Name of Insurance Companies

Nama Syarikat Insurans

Policy No.

No. Polisi

Effective Date (DD/MM/YYYY)

Tarikh Mula Insurans (HH/BB/TTTT)

**PART 3 : INFORMATION ON BANK ACCOUNT OF \*NOMINEE / EXECUTOR**  
**BAHAGIAN 3 : MAKLUMAT AKAUN BANK UNTUK PEMBAYARAN TUNTUTAN KEPADA \*PENAMA / WASI**

**IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING**

We will pay your approved claim (if any) directly to your bank account. Please fill up this section and ensure that the bank account details belong to the claimant. The claimant must be either a nominee of the policy or the executor of the Insured Person's estate. / Kami akan membuat pembayaran (jika ada) secara terus kepada akaun bank anda. Sila lengkapkan bahagian ini dan pastikan kesemua maklumat berkaitan akaun bank dimiliki oleh pihak yang menuntut. Pihak yang menuntut mestilah seorang penama atau wasi bagi harta pusaka Orang Yang Diinsuranskan.

Claimant's Name / Nama Penuntut

\_\_\_\_\_

Claimant's Date of Birth / Tarikh Lahir Penuntut

\_\_\_\_\_

Claimant's NRIC/Passport No. / No. KP/Pasport Penuntut

\_\_\_\_\_

Relationship with the Insured Person / Hubungan dengan Orang Yang Diinsuranskan

\_\_\_\_\_

Claimant's Place of Birth / Tempat Lahir Penuntut

\_\_\_\_\_

Country / Negara

Current Residential Address / Alamat Rumah Terkini

\_\_\_\_\_

Postcode / Poskod \_\_\_\_\_ Country / Negara \_\_\_\_\_

Correspondence Address (if other than current residential address) / Alamat surat menyurat (jika berbeza daripada alamat rumah terkini)

\_\_\_\_\_

Postcode / Poskod \_\_\_\_\_ Country / Negara \_\_\_\_\_

Claimant's Nationality / Kewarganegaraan Penuntut

\_\_\_\_\_

Claimant's Occupation (If self-employed, please let us know the main duty of the work)  
Pekerjaan Penuntut (Sekiranya bekerja sendiri, sila nyatakan tugas utama pekerjaan)

\_\_\_\_\_

Claimant's Name of the Employer (If self-employed, please write down your registered business name)  
Nama Majikan Penuntut (Sekiranya bekerja sendiri, sila tuliskan nama perniagaan berdaftar anda)

\_\_\_\_\_

Claimant's Employer Nature Of Business / Jenis Perniagaan Majikan Penuntut

\_\_\_\_\_

Claimant's Email Address / Alamat Emel Penuntut

\_\_\_\_\_

Claimant's Contact No. / No. Telefon Penuntut

\_\_\_\_\_

**INFORMATION ON BANK ACCOUNT THIS CLAIM WILL BE PAID TO:**  
**MAKLUMAT AKAUN BANK UNTUK PEMBAYARAN TUNTUTAN:**

Name of Bank / Nama Bank

\_\_\_\_\_

Bank Account No. / No. Akaun Bank

\_\_\_\_\_

**PART 4 : DECLARATION AND AUTHORISATION**  
**BAHAGIAN 4 : PENGISYTIHARAN DAN PEMBERIKUASAAN**

I/We confirm that the answers given are true and accurate. / Saya/kami mengesahkan bahawa jawapan yang diberikan adalah benar dan tepat.

I/We understand that AIA Bhd.'s acceptance of this form is not an admission of AIA Bhd.'s liability of my/our claim. / Saya/kami memahami bahawa penerimaan borang oleh AIA Bhd. tidak boleh dianggap sebagai penerimaan liabiliti ke atas tuntutan yang dibuat.

I/We authorise any institution or individual that has any records or knowledge of the Insured Person's health and medical history to disclose such information to AIA Bhd. or its representative. / Saya/kami memberi kuasa kepada mana-mana institusi atau individu yang mempunyai rekod atau maklumat tentang kesihatan dan sejarah perubatan Orang Yang Diinsuranskan untuk mendedahkannya kepada AIA Bhd atau wakil AIA Bhd.

I/We understand and agree that any personal information collected or held by AIA Bhd. (whether through this application or otherwise obtained) may be used and disclosed by AIA Bhd. to individuals/ institutions related to and associated with AIA Bhd. 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 Bhd. Such requests can be made at any AIA Bhd. Customer Centres. / Saya/kami memahami dan bersetuju bahawa maklumat peribadi yang dikumpul atau dipegang oleh AIA Bhd. (sama ada melalui permohonan ini ataupun cara lain) boleh digunakan dan didedahkan kepada individu atau institusi yang berkaitan dengan AIA Bhd. atau mana-mana pihak ketiga di dalam atau di luar Malaysia seperti penanggung insurans semula (reinsurer), syarikat penyasatan 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 dan untuk berkomunikasi dengan saya/ kami. Saya/kami memahami bahawa saya/kami mempunyai hak untuk mendapatkan dan memohon pembetulan dibuat ke atas mana-mana maklumat persendirian yang disimpan oleh AIA Bhd. Permohonan tersebut boleh dibuat di mana-mana cawangan Pusat Khidmat Pelanggan AIA Bhd.

This authorization shall bind my/our successors and assigns and remain valid notwithstanding my/our death or incapacity in so far as legally possible. A photocopy of this authorization or claim form shall be as valid as the original and can be used for my/our further claims. / Pengesahan ini hendaklah mengikat waris-waris dan penama saya/kami dan kekal sah meskipun setelah kematian atau ketidakupayaan saya/kami setakat yang dibenarkan di sisi undang-undang. Salinan pengesahan ini atau borang tuntutan adalah sah seperti yang asal dan boleh digunakan untuk tuntutan rawatan susulan.

I/We hereby authorize

Saya/Kami dengan ini membenarkan \_\_\_\_\_

NRIC No. \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
No. KP \_\_\_\_\_ Hubungan \_\_\_\_\_

Contact No. \_\_\_\_\_ to assist me/us with this claim.  
No. Telefon \_\_\_\_\_ untuk membantu saya/kami dalam tuntutan ini

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness  
Tandatangan Saksi

\_\_\_\_\_  
Signature of Claimant  
Tandatangan Pihak Yang Menuntut

\_\_\_\_\_  
Name / Nama

\_\_\_\_\_  
Name / Nama

\_\_\_\_\_  
NRIC No. / No. KP

\_\_\_\_\_  
NRIC No. / No. KP

\_\_\_\_\_  
Date (DD/MM/YYYY) / Tarikh (HH/BB/TTTT)

\_\_\_\_\_  
Date (DD/MM/YYYY) / Tarikh (HH/BB/TTTT)

**BY MASTER POLICYHOLDER / OLEH PEMEGANG POLISI UTAMA**

The Master Policyholder hereby gives notice of the \*disability/death of the Insured/Deceased and makes claim for the said insurance to AIA Bhd. and agrees that the written statements and affidavits of all the physicians who attended or treated the Insured/Deceased and all other papers called for by the instructions hereon shall constitute and be made part of the proof of disability/death. / Dengan ini pihak Pemegang Polisi Utama memberi notis kehilangan upaya/kematian Orang Yang Diinsuranskan/Si Mati dan membuat tuntutan pampasan kepada AIA Bhd. dan bersetuju bahawa semua kenyataan bertulis dan affidavit para doktor yang pernah merawat Orang Yang Diinsuranskan/Si Mati dan lain-lain dokumen bersurat yang telah diperolehi berdasarkan arahan, adalah terkandung di dalam dan sebahagian daripada bukti kehilangan upaya/kematian.

\_\_\_\_\_  
Authorised Signatory /  
Penandatangan yang diberi kuasa

\_\_\_\_\_  
Company Stamp / Cop Rasmi Syarikat

\_\_\_\_\_  
Address / Alamat

\_\_\_\_\_  
Date (DD/MM/YYYY) / Tarikh (HH/BB/TTTT)

**DOCUMENTS TO BE SUBMITTED WITH THIS CLAIM FORM**  
DOKUMEN-DOKUMEN YANG DIPERLUKAN UNTUK PENYERAHAN BORANG TUNTUTAN

**CHECKLIST / SENARAI SEMAKAN**

AIA Bhd. reserves the rights to request for other relevant document and information or to view the original copy of the document submitted whenever necessary. Upon full completion of this form, please return this form together with the following documents (non original documents must be certified as true copy). *I AIA Bhd. berhak untuk meminta lain-lain dokumen dan maklumat yang berkaitan atau untuk merujuk kepada salinan asal dokumen yang telah diserahkan, sekiranya diperlukan. Selepas melengkapkan borang ini sepenuhnya, sila kembalikan borang ini bersama-sama dengan dokumen yang berikut (salinan bukan asal perlu disah benar).*

<b>(A) For Natural Death</b> <i>Untuk Kematian Biasa</i>	<b>(B) For Accidental Death</b> <i>Untuk Kematian akibat Kemalangan</i>	<b>(C) For Death occurred less than 2 years after policy/ certificate issued</b> <i>Untuk Kematian yang telah berlaku kurang daripada 2 tahun selepas pengeluaran polisi/sijil</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Death Claim Form (Credit Life)</b> <i>Borang Tuntutan Kematian (Insurans Hayat Kredit)</i></li> <li>2. <b>Death Certificate</b> <i>Sijil Kematian</i></li> <li>3. <b>Certificate of Insurance</b> <i>Sijil Insurans</i></li> <li>4. <b>Proof of claimant's relationship with the Insured's Person</b> <i>Bukti hubungan pihak yang menuntut dengan Orang Yang Diinsuranskan</i></li> <li>5. <b>Claimant's NRIC</b> <i>Kad Pengenalan Pihak Yang Menuntut</i></li> <li>6. <b>JPN letter (For death outside of Malaysia)</b> <i>Surat JPN (Untuk kematian diluar Malaysia)</i></li> <li>7. <b>Grant of Probate (GP) or Letters of Administration (LA), if any / Geran Probet (GP) atau Surat Kuasa Mentadbir (LA), jika ada</b></li> </ol> <p><i>By Bank: / Diberi Oleh Bank:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. <b>Statement of outstanding balance for Insured Person's credit card account/credit facility / Penyata Baki Belum Bayar akaun kad kredit Orang Yang Diinsuranskan atau kemudahan kredit lain</b></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>All of Item (A)</b> <i>Semua Butir-butir dalam (A)</i></li> <li>2. <b>Post-mortem report &amp; Toxicology report</b> <i>Laporan bedah siasat dan toxicologi</i></li> <li>3. <b>Police report(s) lodged by the Claimant and by Third Party (if any)</b> <i>Laporan Polis dibuat oleh Pihak Yang Menuntut dan Pihak Ketiga (jika ada)</i></li> <li>4. <b>Newspaper cutting (if any)</b> <i>Laporan Akhbar (jika ada)</i></li> <li>5. <b>Burial certificate</b> <i>Permit pengebumian</i></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>All documents listed in item (A) and (B)</b> <i>Semua dokumen yang tersenarai dalam (A) dan (B)</i></li> <li>2. <b>Physicians Statement</b> <i>Penyataan Pakar Perubatan</i></li> <li>3. <b>5 copies of Consent Form</b> <i>5 keping Borang Keizinan</i></li> </ol>