

Telephone No. / No. Telefon

Residence

Rumah _____

Mobile

Tel. Bimbit _____

Insured Person's Email Address / Alamat Emel Orang yang Diinsuranskan

Occupation / Pekerjaan

Employer's Name / Nama Majikan

Employer's Address / Alamat Majikan

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

Postcode

Poskod _____

Country

Negara _____

Is the Insured Person also covered by other insurance companies? If "Yes", please state.

Adakah Orang Yang Diinsuranskan mempunyai polisi dengan lain-lain syarikat? 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)

**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

Note : "You" in this Part 2 refers to the Insured Person / Nota : "Anda" di bawah Bahagian 2 ini merujuk kepada Orang Yang Diinsuranskan

		Before Disability Sebelum Mengalami Hilang Upaya	Current Employment Status Status Pekerjaan Sekarang																									
1.	Occupation / Pekerjaan																											
2.	(a) Please state and describe your exact occupational duties Sila nyatakan dan jelaskan pekerjaan anda																											
	(b) Your monthly income / Pendapatan bulanan anda	RM	RM																									
3.	Name and address of business or employer Nama dan alamat perniagaan atau majikan																											
	Contact No. / No. Telefon																											
4.	(a) Last working date (if you are not currently employed)? Tarikh kerja terakhir (jika anda kini tidak bekerja)?	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>DD / HH</td><td></td><td></td><td>MM / BB</td><td></td><td></td><td>YYYY / TTTT</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			-			-							DD / HH			MM / BB			YYYY / TTTT							
			-			-																						
DD / HH			MM / BB			YYYY / TTTT																						
	(b) Date you returned to work (if "No", please give expected date of return) Tarikh anda kembali kerja (jika "Tidak", berikan tarikh anda dijangka kembali bekerja)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>DD / HH</td><td></td><td></td><td>MM / BB</td><td></td><td></td><td>YYYY / TTTT</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			-			-							DD / HH			MM / BB			YYYY / TTTT							
		-			-																							
DD / HH			MM / BB			YYYY / TTTT																						

	(c) Are you currently confined to:- <i>Adakah pergerakan anda kini terbatas di:-</i>	<input type="checkbox"/> Bed-Ridden <i>Terlantar di katil</i>	<input type="checkbox"/> Wheel Chair Bound <i>Menggunakan Kerusi Roda</i>	<input type="checkbox"/> House <i>Rumah</i>
		<input type="checkbox"/> Able to Walk with Aids <i>Bergerak dengan Bantuan</i>	<input type="checkbox"/> Able to Walk without Aids <i>Bergerak tanpa Bantuan</i>	
5.	Your education level / <i>Latar belakang pendidikan anda</i>			
6.	Are you medically boarded out (MBO)? <i>Adakah anda diberhentikan kerja atas alasan kesihatan?</i>	<input type="checkbox"/> Yes, please submit the following: <i>Ya, sila lampirkan berikut:</i>	<input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>	
		<ul style="list-style-type: none"> • Letter from Employer / SOSCO / <i>Surat dari Majikan / Perkeso</i> • Medical report for MBO / <i>Laporan perubatan untuk pemberhentian kerja atas alasan kesihatan</i> 		
7.	Previous employment details (Please provide year, position & main duties) <i>Latar belakang pekerjaan masa lampau (Sila berikan tahun, jawatan & tugas-tugas utama)</i>	Year / <i>Tahun</i>	Position / <i>Jawatan</i>	Main Duties / <i>Tugas Utama</i>
		_____	_____	_____
		_____	_____	_____

To be COMPLETED ONLY if disability was due to an accident:

Untuk DILENGKAPKAN HANYA jika hilang upaya disebabkan kemalangan:

8.	(a) When did the accident happen? <i>Bila kemalangan tersebut berlaku?</i>	<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"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A.M. <i>PG</i>	<input type="checkbox"/> P.M. <i>PTG</i>
	(b) Tell us briefly how and where the accident happened. <i>Terangkan dengan ringkas bagaimana dan di mana ia berlaku.</i>				
	(c) Tell us briefly about the injuries suffered. <i>Terangkan dengan ringkas kecederaan dialami.</i>				

To be COMPLETED ONLY if disability was due to illness:

Untuk DILENGKAPKAN HANYA jika hilang upaya disebabkan penyakit:

9.	(a) Indicate the illness and give a brief description of symptom. <i>Nyatakan Penyakit yang dihidapi dan berikan penerangan ringkas mengenai gejalanya.</i>				
	(b) Date symptoms started and how long had you been having these symptoms prior to the first consultation? <i>Tarikh gejala tersebut bermula dan sudah berapa lama anda menghidapi gejala ini sebelum rundingan rawatan yang pertama?</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	(c) Give details of consultation: <i>Berikan butiran rundingan rawatan:</i>				
	i. The doctor first consulted for this illness <i>Doktor yang pertama memberi rundingan rawatan bagi penyakit ini</i>				
	ii. The doctor who referred you to hospital <i>Doktor yang merujuk anda ke hospital</i>				

PART 3 : FATCA DECLARATION
BAHAGIAN 3 : PENGISYTIHARAN FATCA

IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING

The below must be completed by the Insured member or Nominee / Executor (for Death Claim) before claim payment (if any) can be made. Please take note that we will not able process this application without your consent to the below. / Pengisytiharan berikut perlu dibuat sebelum tuntutan boleh dibayar (jika ada) kepada Asured atau Penama / Wasi (untuk tuntutan kematian). Sila ambil perhatian bahawa kami tidak dapat memproses tuntutan ini tanpa pengisytiharan dan kebenaran anda di bawah.

I declare and agree on behalf of myself and any person or persons, firm or corporation, who may have or claim any interest in any insurance on this application, that: / Saya 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 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. / We understand that AIA, 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 shall notify me/us and repay the premiums less reasonable charges and policy withdrawals. In view that this is a fundamental term, AIA 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, 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 hendaklah memaklumkan saya/kami dan membayar balik premium tolak caj-caj munasabah dan pengeluaran polisi. Memandangkan ini adalah syarat asas, AIA 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 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 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 AIA 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 AIA 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 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 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 diminta gagal untuk memberikan maklumat, kebenaran dan/atau bantuan tersebut, yang mana AIA mungkin memerlukan dari masa ke masa untuk membolehkan ia mematuhi kewajipan kontraktual, undang-undang atau kawal selia di bawah Akta Pematuhan Cukai Akaun Asing Amerika Syarikat, termasuk sebarang laporan kepada Perkhidmatan Hasil Dalam Negeri mengenai maklumat berkaitan anda atau Waris yang berkaitan dengan Polisi ini, AIA 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 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 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. / "AIA 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 hendaklah berhak untuk menyediakan maklumat peribadi dan 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 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 will not be able to process this application without your consent to the above. / Nota: Sila ambil perhatian bahawa AIA tidak boleh memproses permohonan ini tanpa kebenaran anda terhadap perkara di atas.

PART 4 : COMMON REPORTING STANDARD
BAHAGIAN 4 : STANDARD PELAPORAN BERSAMA

IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING

1. The Income Tax (Automatic Exchange of Financial Account Information) Rules 2016 sets the Common Reporting Standard for the purpose of automatic exchange of financial account information. This is a Self-Certification to be completed by you to AIA Bhd. / AIA PUBLIC Takaful Bhd. (collectively referred to as "the Company") for the said purpose. The information collected herein may be transmitted by the Company to the government authorities or regulatory bodies for transfer to the tax authority of another country(ies). / Kaedah-kaedah Cukai Pendapatan (Pertukaran Automatik Maklumat Akaun Kewangan) 2016 menetapkan Standard Pelaporan Bersama bertujuan untuk pertukaran automatik maklumat akaun kewangan. Ini adalah Perakuan Diri yang perlu dilengkapkan oleh anda untuk AIA Bhd. / AIA PUBLIC Takaful Bhd. (secara bersesama dirujuk sebagai "Syarikat") bagi tujuan tersebut. Maklumat yang diperolehi akan disalurkan oleh Syarikat kepada pihak berkuasa kerajaan atau badan kawal selia untuk pindahan ke pihak berkuasa percukaian di Negara(-negara) lain.
2. You are required to immediately inform the Company of any changes in your tax residency status. / Anda dikehendaki untuk melaporkan kepada Syarikat sebaik sahaja terdapat sebarang perubahan pada status cukai pemastautin anda.
3. You are required to complete this Self-Certification in full (unless stated otherwise). / Anda dikehendaki untuk melengkapkan Perakuan Diri ini sepenuhnya (melainkan jika dinyatakan sebaliknya).
4. If you have any questions on Self-Certification or your tax residency status, please refer to your tax adviser or the Frequently Asked Questions (FAQs) for Common Reporting Standard available in AIA Portal at <https://www.aia.com.my>. / Jika anda mempunyai sebarang pertanyaan mengenai Perakuan Diri atau status cukai pemastautin anda, sila rujuk kepada penasihat cukai anda atau soalan-soalan lazim (FAQs) untuk Standard Pelaporan Bersama yang boleh didapati pada portal AIA di <https://www.aia.com.my>.

Do you have any tax residency in country(ies) other than Malaysia and U.S.? / Adakah anda mempunyai sebarang cukai pemastautin di negara(-negara) lain selain daripada Malaysia dan Amerika Syarikat?

- Yes (Please complete CRS Self-Certification Form)
Ya (Sila lengkapkan Borang Perakuan Diri CRS)
- No
Tidak

Note: You may download a copy of the CRS Self-Certification Form from AIA Portal at <https://www.aia.com.my>.
Nota: Anda boleh memuat turun Salinan Borang Perakuan Diri CRS di portal AIA, <https://www.aia.com.my>.

PART 5 : DECLARATION AND AUTHORIZATION
BAHAGIAN 5 : PENGISYTIHARAN DAN PEMBERIKUASAAN

- 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 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.
- 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 Bhd. or its representative. / Saya/Kami memberi kuasa kepada mana-mana institusi atau individu yang mempunyai rekod atau maklumat tentang kesihatan dan sejarah perubatan saya/kami untuk mendedahkannya kepada AIA Bhd atau wakil AIA Bhd.
- 4) 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 penyiasatan tuntutan dan persatuan industry 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 Bhd. Permohonan tersebut boleh dibuat di mana-mana cawangan Pusat Khidmat Pelanggan AIA Bhd.

I/We hereby authorise

Saya/Kami dengan ini membenarkan _____

NRIC No.
No. KP _____

Relationship
Hubungan _____

Contact No.
No. Telefon _____

to assist me/us with this claim.
untuk membantu saya/kami dalam tuntutan ini.

Signature of Witness
Tandatangan Saksi _____

Signature of Insured Person/Claimant / Tandatangan
Orang Yang Diinsuranskan/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/Simati dan membuat tuntutan pampasan kepada AIA Bhd. dan bersetuju bahawa semua kenyataan bertulis dan affidavit para doktor yang pernah merawat Orang Yang Diinsuranskan/Simati dan lain-lain dokumen bersurat yang telah diperolehi adalah kandungan atau sebahagian dari bukti kehilangan upaya/kematian.

Authorised Signatory / Tandatangan yang Disahkan _____

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).*

TPD refers to Total and Permanent Disability / *TPD merujuk Hilang Upaya Kekal dan Menyeluruh*

TTD refers to Temporary Total Disability / *TTD merujuk Keilatan Sementara*

(A) TPD/TTD due to illness / <i>TPD/TTD kerana Penyakit</i>		(B) TPD/TTD due to Accident / <i>TPD/TTD kerana Kemalangan</i>
<p>1. Total & Permanent Disability Claim/ Temporary Total Disability Claim Form (Credit Life) <i>Borang Tuntutan Hilang Upaya Kekal dan Menyeluruh/Keilatan Sementara (Insurans Hayat Kredit)</i></p> <p>2. Attending Physician's Statement – TPD <i>Kenyataan Pakar Perubatan – Tuntutan Hilang Upaya</i></p> <p>3. NRIC of Insured Person <i>Kad Pengenalan orang yang diinsuranskan</i></p> <p>4. All Medical Test Results including MRI/CT scan, Dialysis card etc. <i>Semua laporan keputusan ujian kesihatan termasuk imbasan MRI/CT, Dialisis dan lain-lain</i></p> <p>5. Medically Boarded Out letter from Employer with medical report; letter from SOCSO <i>Surat Pemberhentian Kerja dengan laporan perubatan yang dikeluarkan oleh majikan; surat hilang upaya atau keilatan daripada PERKESO</i></p>	<p>6. 5 copies of Consent Form & Patient's Appointment card <i>5 keping Borang Keizinan & Kad Temujanji Pesakit</i></p> <p>7. Certificate of Insurance <i>Sijil Insurans</i></p> <p>8. NRIC of claimant (if claimant is other than insured person) <i>Kad Pengenalan Pihak Yang Menuntut (jika penuntut lain daripada orang yang diinsuranskan)</i></p> <p>9. Full length photograph of insured person (for amputation/bed-ridden) <i>Foto lengkap Orang yang diinsuranskan (untuk amputasi/terlantar di katil)</i></p> <p>By Bank: / <i>Diberi Oleh Bank:</i></p> <p>10. Statement of outstanding balance for Insured Person's credit card account/credit facility / <i>Penyata Baki Belum Bayar akaun kad kredit Orang Yang Diinsuranskan atau akaun kredit lain</i></p>	<p>1. All documents listed in item (A) <i>Semua dokumen yang tersenarai dalam (A)</i></p> <p>2. Police Report(s) lodged by the Insured Person or Claimant and by Third Party (if any) <i>Laporan Polis dibuat oleh Orang Yang Diinsuranskan atau Pihak Yang Menuntut dan Pihak Ketiga (jika ada)</i></p> <p>3. Newspaper cutting (if any) <i>Laporan Akhbar (jika ada)</i></p>