



TOTAL & PERMANENT DISABILITY CLAIM FORM

BORANG TUNTUTAN HILANG UPAYA KEKAL DAN MENYELURUH

PART 1 : INFORMATION ON THE POLICY AND INSURED PERSON

BAHAGIAN 1 : MAKLUMAT POLISI DAN ORANG YANG DIINSURANSKAN

Policy Number / Nombor Polisi

Name of Insured Person / Nama Orang Yang Diinsuranskan

NRIC No. / No. KP

Current Residential Address / Alamat Rumah Semasa

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

Postcode / Poskod Country / Negara

Postcode / Poskod Country / Negara

Telephone No. / No. Telefon

Residence / Rumah

Office / Pejabat

Is the Insured Person also covered for total & permanent disability benefits with other insurance companies? If "Yes", please state.
Adakah Orang Yang Diinsuranskan juga dilindungi manfaat hilang upaya kekal dan menyeluruh dengan lain-lain syarikat insurans? Jika "Ya", sila nyatakan.

Name of Insurance Companies / Nama Syarikat Insurans

Policy No. / No. Polisi

Yes / Ya No / Tidak

		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 tugas sebenar pekerjaan anda		
	(b) Your monthly income / Pendapatan bulanan	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)	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)	DD / HH - MM / BB - YYYY / TTTT	
	(c) Are you currently:- Adakah pergerakan anda kini:-	<input type="checkbox"/> Bed-Ridden Terlantar di katil <input type="checkbox"/> Able to Walk with Aids Bergerak dengan Bantuan	<input type="checkbox"/> Wheel Chair Bound Menggunakan Kerusi Roda <input type="checkbox"/> Able to Walk without Aids Bergerak tanpa Bantuan
			<input type="checkbox"/> House Rumah

5.	Your education level / Latar belakang pendidikan anda	
6.	Are you medically boarded out (MBO)? Adakah anda diberhentikan kerja atas alasan kesihatan?	<input type="checkbox"/> Yes, please submit the following: Ya, sila lampirkan berikut: <input type="checkbox"/> No Tidak <ul style="list-style-type: none"> • Letter from Employer / SOSCO / Surat dari Majikan / Perkeso • Medical report for MBO / Laporan perubatan untuk pemberhentian kerja atas alasan kesihatan

To be COMPLETED ONLY if the disability was due to an accident:
Untuk DILENGKAPKAN HANYA jika hilang upaya disebabkan kemalangan:

7.	(a) When did the accident happen? Bila kemalangan tersebut berlaku?	<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"/> am <input type="checkbox"/> pm DD / HH MM / BB YYYY / TTTT HR / JAM MIN / MIN
	(b) Tell us briefly how the accident happened. Terangkan dengan ringkas bagaimana ia berlaku.	
	(c) Tell us briefly about the injuries suffered. Terangkan dengan ringkas kecederaan dialami.	

To be COMPLETED ONLY if the disability was due to illness:
Untuk DILENGKAPKAN HANYA jika hilang upaya disebabkan penyakit:

8.	(a) Indicate the illness and give a brief description of the symptoms. Nyatakan penyakit yang dihadapi dan berikan penerangan ringkas mengenai simptom.	
	(b) Date symptoms started and how long the Insured Person had the symptoms before the first consultation? Tarikh simptom bermula dan sudah berapa lama beliau menghadapi simptom ini sebelum rundingan rawatan yang pertama?	<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
	(c) Give details of consultation: Berikan butiran rundingan rawatan:	
	i. The doctor first consulted for this illness Doktor yang pertama memberikan rundingan rawatan bagi penyakit ini	
	ii. The doctor who referred the Insured Person to hospital Doktor yang merujuk Orang Yang Diinsuranskan ke hospital	

PART 2 : INFORMATION ON BANK ACCOUNT THIS CLAIM WILL BE PAID TO
BAHAGIAN 2 : MAKLUMAT AKAUN BANK UNTUK PEMBAYARAN TUNTUTAN

IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING

We will pay your approved claim directly to your bank account. Please fill out this section and ensure that the bank account details belong to the policyholder. / Kami akan membuat pembayaran secara terus kepada akaun bank anda. Sila lengkapkan bahagian ini dan pastikan kesemua maklumat adalah berkaitan akaun bank dimiliki oleh pemegang polisi.

Policyholder's Name / Nama Pemegang Polisi

Policyholder's NRIC No. / No. KP Pemegang Polisi

Name of Bank / Nama Bank

Bank Account No. / No. Akaun Bank

Policyholder's Email Address / Alamat Emel Pemegang Polisi

Policyholder's Mobile Tel. No. / No. Tel. Bimbit Pemegang Polisi

PART 3 : FATCA DECLARATION
BAHAGIAN 3 : PENGISYTIHARAN FATCA

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 ke atasnya. 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 dipinta gagal untuk memberikan maklumat, kebenaran dan/atau bantuan tersebut, yang mana AIA mungkin memerlukan dari masa ke semasa 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 dengan 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 manfaat sekiranya penamatan tersebut berlaku.

b) FATCA Data Privacy Waiver (applicable to both individuals and corporates) / Penipuan 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. I/We understand that AIA 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 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 proposal without your consent to the above. / Nota: Sila ambil perhatian bahawa AIA tidak boleh memproses cadangan ini tanpa kebenaran anda terhadap perkara di atas.

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

Important Note: / 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 bersama 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 AUTHORISATION

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 Customer Centre. / 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 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 Bhd. Permohonan tersebut boleh dibuat di mana-mana cawangan Pusat Khidmat Pelanggan AIA Bhd.

I/We authorise

Saya/Kami dengan ini membenarkan _____

NRIC No. _____ or my AIA Life Planner
No. KP _____ atau Perancang Hayat AIA _____

Life Planner Code _____ Life Planner's Tel. No. _____ to assist me with this claim.
Kod Perancang Hayat _____ No. Tel. Perancang Hayat _____ bagi membantu dalam tuntutan ini.

Signed on _____ DD/MM/YYYY
Ditandatangani pada _____ HH/BB/TTTT

Signature of Insured Person/Person making this claim
Tandatangan Orang Yang Diinsuranskan/Penuntut

Name / Nama

NRIC No. / No. KP

DOCUMENTS TO BE SUBMITTED WITH THIS CLAIM FORM

DOKUMEN-DOKUMEN YANG DIPERLUKAN UNTUK PENYERAHAN BORANG TUNTUTAN

Checklist: This is only for point-of-submission reference of basic and supporting requirement for the claim. AIA Bhd. reserves the rights to request for other relevant document and information, or to view original of copied document submitted whenever necessary. Upon full completion of this statement, please return together with the following documents (non-original documents must be certified as true copy).

Senarai Semakan: Ini hanya sebagai rujukan pada takat serahan asas dan tata syarat sokongan untuk tuntutan. Apabila perlu, AIA Bhd. berhak untuk meminta lain-lain dokumen berkaitan dan informasi, atau memerhati salinan asal untuk dokumen yang telah diserahkan. Selepas melengkapkan penyata ini, sila kembalikan bersama dengan dokumen berikut (salinan bukan asal perlu disahkan).

(A) Total & Permanent Disability (TPD) due to Illness <i>Hilang Upaya Kekal & Menyeluruh kerana Penyakit</i>		(B) TPD due to Accident <i>Hilang Upaya Kekal & Menyeluruh kerana Kemalangan</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Claim Form <i>Borang Tuntutan</i> 2. Attending Physician's Statement – TPD <i>Kenyataan Pakar Perubatan – Tuntutan Hilang Upaya</i> 3. NRIC of Insured Person <i>Kad Pengenalan Orang Yang Diinsuranskan</i> 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> 5. Medically Boarded Out letter from Employer with medical report/letter from SOCSO <i>Surat persaraan atas sebab kesihatan dari pihak majikan berserta laporan perubatan/ surat dari SOCSO</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 6. 5 copies of the Consent Form & Patient's Appointment Card <i>5 salinan Borang Kezinaan & Kad Temujanji Pesakit</i> 7. NRIC of Claimant (if claimant is other than Insured Person) <i>Kad Pengenalan Penuntut (jika penuntut lain daripada Orang Yang Diinsuranskan)</i> 8. Full length photograph of Insured Person (for loss/amputation/bed-ridden) <i>Foto menyeluruh Orang Yang Diinsuranskan (untuk kehilangan/amputasi/terlantar di katil)</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. All of Item (A) <i>Semua Butir-butir dalam (A)</i> 2. Police Report(s) <i>Laporan Polis dan Laporan Polis Pihak Ketiga</i> 3. Newspaper Cutting (if any) <i>Laporan Akhbar (jika ada)</i>