

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

Dear Sir/Madam / Tuan/Puan,

Policy No. / Nombor Polisi	
Name of Assured / Nama Asured	
NRIC No. / Nombor KP	(Old / Lama) : (New / Baru) :

I / Saya, _____ NRIC No. / No K/P _____

hereby authorize any physician, hospital, clinic, insurance company or other organization, institutions or persons, that has any records or knowledge of me/the Assured or my/Assured's health, to disclose to AIA Bhd. or its representatives any and all such information about me/the Assured or my/Assured's health and medical history and any hospitalization advice, treatment, disease or ailment or condition. / *dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana doctor, hospital, klinik, syarikat insurans atau mana-mana organisasi, institusi atau orang perseorangan, yang mempunyai rekod atau pengetahuan mengenai diri saya/Asured atau kesihatan saya/Asured, untuk mendedahkan kepada AIA Bhd. atau wakilnya, apa-apa dan segala maklumat mengenai diri saya/Asured atau kesihatan saya/Asured berhubung dengan rekod perubatan atau rujukan kemasukan hospital, rawatan, penyakit yang berkenaan.*

The information is required in connection with an insurance claim. / *Rekod ini akan digunakan untuk tuntutan insurans.*

With this I release the said physician, hospital, clinic, insurance company 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, syarikat insurans atau mana-mana organisasi, institusi atau orang perseorangan dan kakitangannya daripada sebarang tanggungjawab dan tanggungan undang-undang yang mungkin berbangkit daripada pengeluaran maklumat ini.*

A photocopy of this authorization shall be as effective and valid as the original. / *Salinan fotokopi kebenaran ini akan berkuatkuasa dan sah sepertimana salinan asal.*

Thank you. / *Terima kasih.*_____
Signature of Assured/Policyowner/Parent/Claimant
*Tandatangan Asured/Pemilik Polisi/
Ibubapa/Penuntut*Name
Nama _____
NRIC No.
Nombor KP _____
Address
Alamat _____
Tel No
No. Tel __________
Signature of Witness
*Tandatangan Saksi*Name
Nama _____
NRIC No.
Nombor KP _____
Address
Alamat _____
Tel No
No. Tel _____