



**INFORMATION REQUIRED IN COMPLIANCE TO GOODS AND SERVICE TAX ACT 2014 / MAKLUMAT YANG DIPERLUKAN AKTA CUKAI BARANGAN DAN PERKHIDMATAN 2014**

Are you GST registered? / Adakah anda berdaftar untuk GST? <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	If "Yes", please provide us your GST Registration Number. / Jika "Ya", sila nyatakan Nombor Pendaftaran GST anda. <input type="text"/>	Registration Date / Tarikh Pendaftaran <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> dd/mm/yyyy hh/bb/tttt
--	--	--

**Note: / Nota:**  
If question above are unanswered, you will be treated as non-GST Registered or, AIA Bhd. will follow your existing records with the company (if any) / Jika soalan di atas tidak dijawab, anda akan dianggap sebagai bukan GST Berdaftar atau, AIA Bhd. akan mengikuti rekod yang sebelum ini (jika ada)

The Company shall rely on the above information provided by you for tax credit purposes provided under the GST Act. The Company shall not be liable for any liability or any fine, charge or penalty as a result of relying on your incorrect advice. Should action be taken against the Company and / or penalties be imposed on the Company by any tax authority for relying on the same, the Company reserves its right to be indemnified by you to the fullest extent permitted by law and any GST liability arising from your incorrect advice shall be payable by you. This information shall also be used in all other claims made with AIA Bhd. / AIA Bhd. bergantung kepada maklumat yang diberikan oleh anda untuk kredit cukai yang diperuntukkan di bawah Akta GST. AIA Bhd. tidak akan bertanggungjawab terhadap sebarang liabiliti atau apa-apa denda, penalti atau caj jika maklumat yang diberikan oleh anda tidak betul. Sekiranya tindakan dan / atau penalti dikenakan ke atas AIA Bhd. oleh mana-mana pihak berkuasa, AIA Bhd. berhak menuntut kerugian dari anda sehingga tahap yang dibenarkan oleh undang-undang dan sebarang liabiliti GST yang wujud berdasarkan maklumat yang tidak betul. Maklumat di atas akan digunakan untuk semua tuntutan dengan AIA Bhd.

Please  check the appropriate box and complete the relevant section. /  
Sila tandakan  pada kotak yang sesuai dan lengkapkan bahagian yang berkaitan.

**DISABILITY/CRITICAL ILLNESS CLAIM / TUNTUTAN KEHILANGAN UPAYA/PENYAKIT KRITIKAL**

Nature of Illness or Injury (please state exact diagnosis) which has caused the Insured to cease work / Jenis Penyakit atau Kecederaan (sila nyatakan penyakit yang sebenar) yang mana telah menyebabkan Orang yang Diinsuranskan berhenti bekerja			
---	--	--	--

Date first absent from work / Tarikh mula tidak hadir bekerja	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Current Salary / Gaji Semasa	RM <input type="text"/> . <input type="text"/>
	DD / HH    MM / BB    YYYY / TTTT		

Date of disability, illness or injury first occurred or was first diagnosed / Tarikh mula kehilangan upaya, sakit/kecederaan itu berlaku/mula didiagnosis	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	First Treated / Tarikh Rawatan Pertama	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	DD / HH    MM / BB    YYYY / TTTT		DD / HH    MM / BB    YYYY / TTTT

Additional information if disability was due to an accident / Sila lengkapkan jika kehilangan upaya disebabkan kemalangan

Please provide details of the accident / Sila nyatakan butir-butir kemalangan	Date / Tarikh	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Time / Masa	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm	Place / Tempat	<input type="text"/>
		DD / HH    MM / BB    YYYY / TTTT					

State how the accident occurred / Nyatakan bagaimana kemalangan berlaku			
--	--	--	--

Names and addresses of doctors who will be able to provide more information on the Insured's condition and treatments. /  
Nama dan alamat semua doktor yang boleh memberikan maklumat yang terperinci bagi keadaan dan rawatan Orang yang Diinsuranskan.

Name of Doctor / Nama Doktor	Clinic/Hospital Name / Nama Klinik/Hospital	Address / Alamat

Has the Insured previously sought any treatment for the disability which he/she is now claiming? / Adakah Orang yang Diinsuranskan sebelum ini pernah menerima sebarang rawatan bagi kehilangan upaya yang sedang dituntut sekarang?       Yes / Ya       No / Tidak

If "Yes", please give details of treatment / Jika "Ya", sila berikan butiran rawatan			
---	--	--	--

Name of Doctor / Nama Doktor	Date of Treatment / Tarikh Rawatan	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
		DD / HH    MM / BB    YYYY / TTTT

Address of Clinic/Hospital / Alamat Klinik/Hospital			
--	--	--	--

I/We hereby declare that the statement(s) given are true and complete, that I/this Employee/Insured have/has not at any time returned to work since the date shown as first absent and that the sole reason for this absence has been the incapacity specified in the medical report. / Saya/Kami dengan ini mengesahkan bahawa semua kenyataan yang diberi adalah benar dan lengkap, bahawa Saya/Pekerja/Orang yang Diinsuranskan ini tidak pada bila-bila masa kembali bekerja semenjak tarikh pertama tidak hadir bekerja dan alasan kukuh bagi ketidakhadiran ini ialah ketidakmampuan bekerja seperti yang dinyatakan di dalam laporan perubatan.

Signed by the Insured/Beneficiary/For and on behalf of the Employer: / Ditandatangani oleh Orang yang Diinsuranskan/Benefisiari/Untuk dan bagi pihak Majikan:

Name / Nama															
Designation / Jawatan															
New NRIC No. / No. KP Baru	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]			-	[ ] [ ] [ ]		-	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]							
Date / Tarikh	[ ] [ ]	/	[ ] [ ]	/	[ ] [ ] [ ] [ ]	DD/MM/YYYY	HH/BB/TTTT								
Signature / Tandatangan							Company Stamp / Cop Syarikat								

**DEATH CLAIM / TUNTUTAN KEMATIAN**

Cause of death / Sebab Kematian															
Please state date, time & place of death / Sila nyatakan tarikh, masa dan tempat kematian	Date / Tarikh	[ ] [ ]	/	[ ] [ ]	/	[ ] [ ] [ ] [ ]	Time / Masa	[ ] [ ]	:	[ ] [ ]	<input type="checkbox"/> am	Place / Tempat	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		
		DD / HH		MM / BB		YYYY / TTTT					<input type="checkbox"/> pm				
Last Drawn Salary - Monthly Rated / Gaji Terakhir - Kadar Bulanan	RM	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	.	[ ] [ ]	Daily Rated / Kadar Harian	RM	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	.	[ ] [ ]						

The undersigned hereby gives notice of the death of the Deceased and makes claim for the said insurance to AIA and agrees that the written statements and affidavits of all the physicians/doctors who attended or treated the deceased and all other papers called for by the instruction hereon shall constitute and be made part of the proof of death. / Dengan ini dimaklumkan bahawa pihak yang menurunkan tandatangan di bawah ini telah memberikan notis kematian simati dan membuat tuntutan pampasan kepada AIA dan bersetuju bahawa semua kenyataan bertulis dan affidavit bagi semua doktor yang pernah merawat simati dan lain-lain dokumen bersurat yang telah diperolehi adalah kandungan atau sebahagian bukti kematian.

Name / Nama															
Designation / Jawatan															
New NRIC No. / No. KP Baru	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]			-	[ ] [ ] [ ]		-	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]							
Date / Tarikh	[ ] [ ]	/	[ ] [ ]	/	[ ] [ ] [ ] [ ]	DD/MM/YYYY	HH/BB/TTTT								
Signature / Tandatangan							Company Stamp / Cop Syarikat								

**E-PAYMENT FACILITY / KEMUDAHAN E-PEMBAYARAN**

Kindly provide the bank account information by completing this form and please enclose a copy of the following document: / Sila berikan maklumat akaun bank dengan mengisi borang ini dan sila sertakan salinan dokumen seperti berikut:

- (a) Photocopy of top portion of the bank statement of Current Account or Saving Account, **OR** / Salinan foto bahagian atas penyata bank bagi Akaun Semasa atau Akaun Simpanan; **ATAU**
- (b) Front page of the Savings Account Passbook, **OR** / Muka depan Buku Akaun Simpanan, **ATAU**
- (c) Confirmation letter from bank (certified true copy) / Surat pengesahan daripada bank (salinan disahkan seperti asal)

Please attach a clear copy of the above. / Sila lampirkan salinan yang jelas untuk dokumen-dokumen di atas.

Bank Name / Nama Bank				Bank Account Holder Name / Nama Pemegang Akaun Bank			
Bank Account No. / No. Akaun Bank				E-mail Address / Alamat E-mel			

You will be notified by email once the payment has been made if you have provided your e-mail address. / Anda akan dimaklumkan melalui e-mel sebaik sahaja pembayaran telah dibuat sekiranya alamat e-mel anda diberikan.

I / We agree that AIA Bhd. ("AIA") accepts this instruction upon the following conditions: / Saya / Kami bersetuju bahawa AIA Bhd. ("AIA") menerima arahan ini dengan syarat-syarat yang berikut:

1. In consideration of AIA accepting the above instruction, I / We hereby undertake to indemnify and hold AIA harmless and indemnified against all actions, proceedings, claims, damages, cost, expenses, demands and losses which AIA may incur or sustain by reason of AIA carrying out the above instruction and/or howsoever arising from AIA acting on my / our instruction herein and / or arising from any error or omissions on my / our part. / Sebagai balasan kepada AIA kerana menerima arahan di atas, dengan ini saya / kami mengaku janji untuk menanggung rugi dan tidak akan mempertanggungjawabkan AIA terhadap semua tindakan, prosiding, tuntutan, ganti rugi, kos, perbelanjaan, permintaan dan kerugian yang AIA mungkin alami atau tanggung kerana melaksanakan arahan-arahan di atas dan/atau dengan apa cara pun berlaku akibat daripada tindakan AIA melaksanakan arahan-arahan yang saya / kami berikan di dalam ini dan / atau disebabkan daripada apa-apa ralat atau ketinggalan di pihak saya / kami.
2. I / We am / are responsible to notify AIA in writing immediately of any changes in my / our bank account number. The notice shall take effect on the date of receipt by AIA. / Saya / Kami bertanggungjawab untuk memaklumkan kepada AIA secara bertulis dengan segera mengenai apa-apa perubahan nombor akaun saya / kami. Notis tersebut akan berkuat kuasa pada tarikh AIA menerima notis tersebut.
3. This instruction shall remain binding upon me / us until AIA receipt of my / our written notification to cancel the instruction. / Arahan ini akan kekal terikat ke atas saya / kami sehingga AIA menerima notis bertulis daripada saya / kami untuk membatalkan arahan berkenaan.
4. AIA reserves the right at its absolute discretion to levy a charge on the above instruction. I / We hereby agree that AIA is entitled from time to time to vary such charges or impose other charges as deemed appropriate by AIA. / AIA mempunyai hak mengikut budi bicara mutlaknya untuk mengenakan caj bagi arahan di atas. Saya / Kami bersetuju bahawa AIA berhak dari semasa ke semasa untuk mengubah caj berkenaan atau mengenakan caj-caj lain yang dianggap wajar.
5. Any fee(s) imposed by the bank for this service shall be fully borne by me. / Sebarang yuran yang dikenakan oleh pihak bank untuk perkhidmatan ini akan ditanggung sepenuhnya oleh saya.
6. AIA reserves the right at any time: / AIA berhak pada bila-bila masa:
  - a. Without prior notice to discontinue, interrupt, withdraw or suspend this service in whole as it deems fit and without assigning any reason whatsoever and AIA shall not be held liable for any loss or damage which may be suffered by me / us as a result of such action by AIA. / Tanpa notis terlebih dahulu untuk menghentikan, mengendalakan, menarik balik atau menggantung perkhidmatan ini sepenuhnya sebagaimana yang AIA anggap sesuai dan tanpa memberi apa juga sebab, dan AIA tidak akan dipertanggungjawabkan atas apa-apa kerugian atau ganti rugi yang mungkin saya / kami mungkin alami berikutan tindakan sedemikian oleh AIA.
  - b. To add, delete or amend any of the above conditions. Such amendments shall become effective on such date as AIA may elect to adopt and the continued use of this service by me / us shall constitute my / our acceptance of the said amendments. / Untuk menambah, memotong atau meminda mana-mana daripada syarat di atas. Pindaan sedemikian akan berkuat kuasa pada tarikh yang AIA mungkin pilih untuk diterima pakai, dan penggunaan perkhidmatan ini seterusnya oleh saya / kami akan dianggap sebagai penerimaan saya / kami akan pindaan tersebut.
  - c. To issue a cheque directly to me and send it to my correspondence address as per the Policy records with AIA in the event the information provided above is incorrect, incomplete and / or otherwise not possible due to no fault of AIA, to successfully process this request. / Untuk memproses dan menghantar terus cek ke alamat surat menyurat saya yang ada dalam rekod AIA jikalau informasi yang diberi di atas tidak betul, mencukupi dan / atau tidak dapat di laksanakan bukan disebabkan kesalahan AIA dalam pemprosesan arahan ini.

Notes: / Nota:

- a. Please ensure that the bank account information provided in this Form is accurate. AIA shall not be liable if payments are erroneously credited due to inaccurate account number provided. / Sila pastikan bahawa maklumat akaun bank yang dinyatakan dalam Borang ini adalah tepat. AIA tidak bertanggungjawab jika pembayaran dikreditkan secara salah disebabkan nombor akaun tidak tepat diberikan.
- b. Signature of policyowner / assignee or Company / Organisation's Rubber Stamp (where applicable) on this form must match with the signature or Company / Organisation's Rubber Stamp (where applicable) appeared in the insurance application form. / Tandatangan pemegang polisi / Orang Diinsuranskan atau Cop Syarikat / Organisasi (di mana berkenaan) pada borang ini mesti sama dengan tandatangan atau Cop Syarikat / Organisasi (di mana berkenaan) yang dipaparkan dalam borang permohonan insurans.
- c. No joint name account is allowed. / Akaun dengan nama bersama tidak dibenarkan.

#### DECLARATION AND AUTHORISATION / PENGISYTIHARAN DAN PEMBERIKUASAAN

I / We understand and agree that any personal information collected or held by AIA (whether contained in this application or otherwise obtained) may be held, used and disclosed by AIA to individuals / organisation related to and associated with AIA or any selected third party (within or outside of Malaysia, including reinsurance and claims investigation companies and industry associations / federations) for the purpose of processing this application and providing subsequent service for this and other financial products and service and to communicate with me / us for such purposes. I / We understand that I / We have a right to obtain access to and to request correction of any personal information held by AIA concerning me / us. Such request can be made to any of AIA Customer Service Centre. / Saya / Kami faham dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh AIA (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh dipegang, digunakan, dan diberikan oleh AIA kepada individu / organisasi yang berhubung dan berkaitan dengan AIA atau mana-mana pihak ketiga yang dipilih (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk syarikat-syarikat reinsurans dan penyiasatan tuntutan dan persatuan / persekutuan industri) bagi tujuan memproses permohonan ini dan memberikan khidmat seterusnya untuk produk dan khidmat kewangan yang lain dan untuk berkomunikasi dengan saya / kami untuk tujuan seperti itu. Saya / Kami faham bahawa saya / kami berhak memperoleh akses kepada, dan memohon pembetulan sebarang maklumat peribadi yang dipegang oleh AIA berkaitan dengan saya / kami. Permohonan seperti itu boleh dibuat di mana-mana Pusat Khidmat Pelanggan AIA.

If there are trustees being appointed under Section 23 of Civil Law Act 1956, I / We must provide a joint account under the names of the trustees. / Sekiranya Pemegang-Pemegang Amanah dilantik di bawah Seksyen 23 Akta Undang-Undang Sivill 1956, saya / kami perlu menyediakan akaun bersama Pemegang-Pemegang Amanah.

Signature of Policy Owner/Assignee/ Beneficiary/Company/Organisation's Rubber Stamp (where applicable) / Tandatangan Pemilik Polisi/ Pemegang Serah Hak/Benefisiari/ Cop Syarikat/Organisasi (jika berkenaan)		Name / Nama	
		New NRIC No. / No. KP Baru	
		Date / Tarikh	
Signature of Witness / Tandatangan Saksi		Name / Nama	
		New NRIC No. / No. KP Baru	