



Collection Station
Stesen Kutipan

Health Certificate / Sijil Kesihatan

Under Paragraph 5 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, You are required to take reasonable care not to make any misrepresentation when answering any questions asked by AIA Bhd. ("AIA") i.e. you should answer the questions fully and accurately / correctly. Please note that all the questions that are asked by AIA are relevant to Our decision whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied. / Di bawah Perenggan 5 Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, Anda dikehendaki mengambil langkah yang sewajarnya untuk tidak membuat sebarang salah nyata apabila menjawab sebarang soalan yang ditanya oleh AIA Bhd. ("AIA"), iaitu anda hendaklah menjawab soalan tersebut dengan lengkap dan dengan tepat / betul. Sila ambil perhatian bahawa semua soalan yang ditanya oleh AIA adalah berkaitan dengan keputusan AIA sama ada hendak menerima risiko atau tidak serta kadar dan terma yang akan dipakai. If there are any changes to the answers given in the application / proposal form between the time of submission of the application / proposal form and the time the contract is entered into, You are also required to disclose to AIA fully and accurately / correctly such changes. / Jika terdapat sebarang perubahan pada jawapan yang diberikan dalam borang permohonan/ borang cadangan di antara masa penyerahan borang permohonan/borang cadangan dan masa kontrak dimeterai, Anda juga dikehendaki mendedahkan kepada AIA dengan sepenuhnya dan dengan tepat/betul mengenai perubahan tersebut. In addition to answering the questions in the proposal form fully and accurately/correctly, You are also required to take reasonable care to disclose to AIA fully and accurately/correctly any other matters which You know to be relevant to AIA decision on whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied. / Di samping menjawab soalan dalam borang cadangan dengan lengkap dan dengan tepat / betul, Anda juga dikehendaki mengambil langkah yang sewajarnya untuk mendedahkan kepada AIA dengan sepenuhnya dan dengan tepat / betul mengenai apa-apa perkara lain yang Anda tahu sebagai berkaitan dengan keputusan AIA sama ada hendak menerima risiko atau tidak serta kadar dan terma yang akan dipakai. If You do not understand Your obligation / duty as stated above or if You need any further explanation, You can contact AIA or AIA's agent. / Jika Anda tidak memahami obligasi / kewajipan Anda seperti yang dinyatakan di atas atau jika Anda memerlukan sebarang penjelasan lanjut, Anda boleh menghubungi AIA atau ejen AIA.



* B Q 7 Q 6 Q 8 8 *

Policy Number / Nombor Polisi

Policy Number input field

Agent Code / Kod Ejen

Agent Code input field

Agency Code / Kod Agensi

Agency Code input field

Dispatch Location / Lokasi Penghantaran

Dispatch Location input field

Agent Name / Nama Ejen

Agent Name input field

Agency Name / Nama Agensi

Agency Name input field

Agent Tel No. / No. Tel Ejen

Agent Tel No. input field

Name of Insured

Nama Insured

NRIC No.

No. KP

Application for
Permohonan Untuk

- Reinstatement / Placing of new policy / Pengembalian Semula / Menempatkan polisi baru

- Changes - Addition of Riders / Tambahan Riders / Pertukaran - Change in Plan / Sum Insured / Pertukaran dalam Pelan / Jumlah Diinsuranskan - Removal / Reduction in Ratings / Penghapusan / Pengurangan dalam Pengadaran

Payment made / Bayaran dibuat

RM

A. Information Concerning the Child (Insured under Juvenile Policy) / Maklumat Berkaitan Anak (Diinsuranskan di bawah Polisi Juvenil)

Name of Child / Nama Anak

Sex / Jantina

- Male / Lelaki
- Female / Perempuan

Race / Bangsa

NRIC / Passport / BC No.
No. KP / Pasport / SL

NRIC / Passport / BC No. input field

Date of Birth / Tarikh Lahir

Date of Birth input field

DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT

Age / Umur

Age input field

Height / Tinggi

Height input field

cm

Weight / Berat

Weight input field

kg

Occupation & Exact Duties (if applicable)

Pekerjaan & Tugas Sebenar (jika ada)

B. Information concerning the Insured / Policy Owner (under Juvenile Policy)

Maklumat berkaitan Insured / Pemilik Polisi (di bawah Polisi Juvenil)

Name of Insured / Policy Owner / Nama Insured / Pemilik Polisi

Marital Status / Taraf Perkahwinan

- Single / Bujang
- Married / Berkahwin
- Widowed / Balu
- Divorced / Bercerai

Sex / Jantina

- Male / Lelaki
- Female / Perempuan

Race / Bangsa

New NRIC No. / No. KP Baru

New NRIC No. input field

Old IC No.

No. KP Lama

Old IC No. input field

Date of Birth / Tarikh Lahir

Date of Birth input field

DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT

Age / Umur

Age input field

Height / Tinggi

Height input field

cm

Weight / Berat

Weight input field

kg

Residential Address

Alamat Rumah

Office Address

Alamat Pejabat

For Office Use
Untuk Kegunaan Pejabat

Contact Tel No. / No. Tel
 Residence / Rumah - Office / Pejabat - Mobile / Tel Bimbit -

E-mail / E-mel **Occupation & Exact Duties** / Pekerjaan & Tugas Sebenar

Name of Employer / Nama Majikan **Nature of Business** / Jenis Perniagaan

Annual Earned Income (RM) / Pendapatan Tahunan (RM)
 < 25,000 25,000 - 35,999 36,000 - 50,999 51,000 - 75,999
 76,000 - 99,999 100,000 - 149,999 150,000 - 200,000 > 200,000

C. Other Insurance Details / Lain-lain Butiran Insurans

Details of all insurance policies with AIA and other insurers on the life of the following persons: / Butir-butir semua polisi insurans dengan AIA dan syarikat-syarikat insurans lain atas hayat berikut:

- Insured (includes pending proposals, in-force policies or policies lapsed within the last 1 year) / Insured (termasuk cadangan yang belum diterima atau polisi yang masih berkuatkuasa atau polisi yang telah luput dalam masa 1 tahun lepas)
- Applicable for Juvenile Application only / Untuk Permohonan Juvenil Sahaja
 - Policy Owner / Pemilik Polisi
 - Parent (other than Policy Owner) / Ibumbapa (selain daripada Pemilik Polisi)
 - Siblings / Adik-beradik

| Insured / Insured | Insuring Company / Syarikat Insurans | | | Life/Critical Illness/Health/Accident / Hayat/Penyakit Kritikal/Kesihatan/Kemalangan | Sum Insured / Jumlah Diinsuranskan (RM) | Year Issued / Tahun Diterbitkan |
|--|--------------------------------------|------------------|--------------------------------------|--|---|---------------------------------|
| | | | | | | |
| Relationship to Insured / Hubungan kepada Insured | Age / Umur | Gender / Jantina | Insuring Company / Syarikat Insurans | Life/Critical Illness/Health/Accident / Hayat/Penyakit Kritikal/Kesihatan/Kemalangan | Sum Insured / Jumlah Diinsuranskan (RM) | Year Issued / Tahun Diterbitkan |
| Policy Owner / Pemilik Polisi | | | | | | |
| Parent (Other than Policy Owner) / Ibumbapa (selain daripada Pemilik Polisi) | | | | | | |
| Siblings / Adik-beradik | | | | | | |

D. Information concerning Family Member(s) to be covered under family coverage
 Maklumat berkenaan Ahli Keluarga yang akan dilindungi di bawah perlindungan keluarga

(a) **Name of Spouse / Nama Suami/Isteri** (of the Policy Owner)* / (Kepada Pemilik Polisi)*
 NRIC No. / No. KP Sex (M/F) / Jantina (L/P) Date of Birth (DD/MM/YYYY) / Tarikh Lahir (HH/BB/TTTT) Age / Umur

Occupation / Pekerjaan **Name & address of Employer / Nama & Alamat Majikan** **Height / Tinggi** **Weight / Berat**

(b) **Name of Children / Nama Anak** **IC/BC No. / No. KP/SL** **Sex (M/F) / Jantina (L/P)** **Date of Birth (DD/MM/YYYY) / Tarikh Lahir (HH/BB/TTTT)** **Age / Umur** **Height / Tinggi** **Weight / Berat**

*Please delete whichever not applicable / Sila potongkan yang mana tidak berkenaan.

E. Health Details of Insured / Policy Owner / Family Members and/or Spouse
 Butir-butir Kesihatan Insured / Pemilik Polisi / Ahli Keluarga dan/atau Suami/Isteri
 Q1 - 3 must be answered for non-medical and medical applications
 Soalan 1 - 3 hendaklah dijawab untuk permohonan bukan perubatan dan perubatan

| | Insured / Insured | | Policy Owner / Pemilik Polisi | | Family Members and/or Spouse / Ahli Keluarga dan/atau Suami/Isteri | |
|---|-------------------|------------|-------------------------------|------------|--|------------|
| | Yes / Ya | No / Tidak | Yes / Ya | No / Tidak | Yes / Ya | No / Tidak |
| 1. (a) Do you now smoke cigarettes? If "yes", please state details below. Adakah kini anda merokok? Jika "Ya", sila nyatakan butir-butir berikut. Insured <input type="text"/> cigs/day / Insured <input type="text"/> rokok/hari Policy Owner <input type="text"/> cigs/day / Pemilik Polisi <input type="text"/> rokok/hari Spouse <input type="text"/> cigs/day / Suami/isteri <input type="text"/> rokok/hari | | | | | | |
| (b) Have you smoke any cigarettes in the past 12 months? / Adakah anda merokok dalam 12 bulan yang lepas? | | | | | | |
| (c) Do you consume alcohol? If so, in what type (e.g. beer, brandy, whisky, wine) and number of glasses per week? Adakah anda mengambil alkohol? Jika ya, dalam jenis apa (contoh bir, brandi, wiski, wine) dan berapa gelas seminggu? | | | | | | |

| E. Health Details of Insured / Policy Owner / Family Members and/or Spouse <i>Butir-butir Kesihatan Insured / Pemilik Polisi / Ahli Keluarga dan/atau Suami/Isteri</i> Q4 - 10 must be answered for non-medical and medical applications <i>Soalan 4 - 10 hendaklah dijawab untuk permohonan bukan perubatan dan perubatan</i> | Insured <i>Insured</i> | | Policy Owner <i>Pemilik Polisi</i> | | Family Members and/or Spouse <i>Ahli Keluarga dan/ atau Suami/Isteri</i> | |
|--|---------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| | Yes <i>Ya</i> | No <i>Tidak</i> | Yes <i>Ya</i> | No <i>Tidak</i> | Yes <i>Ya</i> | No <i>Tidak</i> |
| 2. Do you engage in or intend to engage in any of the following: abseiling, aviation (other than as a passenger on a recognised airline), football (all codes), long-distance sailing, hand gliding, scuba diving, motor racing, parachuting, powerboat racing, mountaineering, martial arts or any other hazardous activity; or resided for more than three months in other than your present country or residence? / Adakah anda terlibat atau berhasrat untuk melibatkan diri dalam mana-mana kegiatan yang berikut: abseiling, penerbangan (selain daripada sebagai penumpang berbayar dalam penerbangan yang diiktiraf), bola sepak (kesemua kod), belayar jarak jauh, luncur udara, selam skuba, perlumbaan motor, payung terjun, perlumbaan motor bot, mendaki gunung, seni mempertahankan diri atau apa-apa aktiviti berbahaya yang lain; atau menetap lebih dari tiga bulan selain dari negara atau kediaman sekarang? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Has any application for or reinstatement of life, group, credit, critical illness, health or accident insurance ever been declined, postponed, rated or in any way modified? / Pernahkah sebarang permohonan atau pengembalian insurans hayat, kumpulan, kredit, penyakit kritikal, kesihatan atau kemalangan anda ditolak, ditangguh, ditafsir atau diubahsuai dalam apa-apa cara? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Have you experienced any change in weight in excess of 5kg in the last 12 months? If "Yes", please give exact amount and reason. / Adakah anda mengalami perubahan berat badan melebihi 5kg dalam 12 bulan yang lepas? Jika "Ya", sila berikan jumlah yang tepat dan sebab. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Have any of your natural parents, brothers or sisters suffered or died from cancer, heart diseases, stroke, high blood pressure, diabetes, kidney diseases, mental disorder or any hereditary diseases? / Pernahkah sesiapa di antara ibu bapa, adik beradik lelaki atau perempuan anda menghidap atau mati akibat kanser, penyakit jantung, strok, tekanan darah tinggi, kencing manis, penyakit buah pinggang, gangguan mental atau sebarang penyakit keturunan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Have you ever had or been told you had or been treated for: / Pernahkah anda menghidap atau diberitahu bahawa anda pernah menghidap atau pernah dirawat akibat: | | | | | | |
| (a) Nosebleeds, double vision, deafness, blindness, diseases of eyes, nose, ears, throat or vocal cords, alcoholism, drug habits or used habit forming drugs, physical defects? / Hidung berdarah, penglihatan berganda, pekak, buta, penyakit atau gangguan mata, hidung, telinga, tekak atau pita suara, alkoholisma, ketagihan dadah, kecacatan fizikal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (b) Asthma, bronchitis, tuberculosis, respiratory disorders or other lung disease, goiter, thyroid or endocrine system disorders? / Asma, bronkitis, tuberkulosis/batuk kering, gangguan pernafasan atau penyakit paru-paru yang lain, goiter, tiroid atau gangguan sistem endokrin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (c) Discomfort or tightness of chest, chest pain, palpitation, heart attack, raised cholesterol, high blood pressure, anemia or disorders or diseases of the blood, heart or blood vessels? / Ketidakselesaan atau sesak dada, sakit dada, palpitasi, serangan jantung, kolestrol meningkat, tekanan darah tinggi, anemia atau gangguan atau penyakit darah, jantung atau saluran darah? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (d) Jaundice, hepatitis, being a hepatitis carrier, duodenal or gastric ulcer, hernia, haemorrhoids or other disorders or diseases of the stomach, intestines, liver or gallbladder? / Demam kuning, hepatitis, pembawa hepatitis, ulser gastrik atau duodenum, hernia, hemorrhoid atau lain-lain gangguan atau penyakit perut, usus, hati atau pundi hempedu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (e) Diabetes, sugar albumin, blood or pus cells in the urine, kidney stones or other disorders of the genitourinary system? / Kencing manis, gula albumin, darah atau sel nanah dalam air kencing, batu karang atau lain-lain gangguan sistem genitourinari? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (f) Arthritis, gout, prolapsed intervertebral disc, rheumatism, or disorders of the spine, back, joints, bones or muscles? / Arthritis, gout, prolaps piring intervertebral, reumatisma, atau gangguan tulang belakang, belakang, sendi, tulang atau otot? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (g) Fits, epilepsy, stroke, fainting spells, paralysis, mental or nervous disorders, abnormalities of the brain or nervous system? / Sawan, epilepsi, strok, pingsan, gangguan mental atau saraf, ketidaknormalan otak atau sistem saraf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (h) Severe skin infections, butterfly-like facial rash, enlarged lymph glands, cyst, tumors, lumps, abnormal swelling or cancers? / Jangkitan kulit yang teruk, ruam muka seperti kupu-kupu, kelenjar limfa membesar, sista, tumor, ketulan, bengkak tidak normal atau kanser? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Have you or your spouse EVER had or been told to have, received any medical advice, counseling or treatment in connection with sexually transmitted disease, AIDS, AIDS Related Complex or any other AIDS related condition or a positive blood test for antibodies to the AIDS virus (HIV) or at anytime in the past 3 months had any of the following symptoms for more than one week continuously: fatigue, weight loss, diarrhea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions? / Pernahkah anda atau suami / isteri anda pernah menghidap atau diberitahu menghidap, menerima sebarang nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan berhubung dengan penyakit jangkitan seks, AIDS, Kompleks Berkaitan AIDS atau lain-lain keadaan berkaitan AIDS atau ujian darah positif bagi antibodi terhadap virus AIDS (HIV) atau pada bila-bila masa dalam 3 bulan yang lepas mengalami sebarang simptom berikut selama lebih satu minggu secara berterusan: kelesuan, hilang berat badan, cirit-birit, nodus limfa membesar atau lesion/ luka kulit yang luar biasa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. In the PAST FIVE YEARS, have you had any: / Dalam LIMA TAHUN YANG LEPAS, adakah anda mengalami sebarang: | | | | | | |
| (a) Operation not stated in any previous questions? / Pembedahan yang tidak disebut di sebarang soalan sebelum ini? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (b) Illness, medical advice, hospital treatment, accident or injury not stated in any previous questions? / Penyakit, nasihat perubatan, rawatan hospital, kemalangan atau kecederaan yang tidak disebut di sebarang soalan sebelum ini? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (c) Physical check-up or tests done, including but not limited to CT/MRI scan, x-ray, mammography, electrocardiogram, ultrasonogram, echocardiogram, biopsy, blood or urine test? / Pemeriksaan fizikal atau menjalani ujian, termasuk tetapi tidak terhad kepada imbasan CT/MRI, x-ray, mammografi, elektrokardiogram, ultrasonogram, ekokardiogram, biopsi, ujian darah atau air kencing? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. FEMALE ONLY / WANITA SAHAJA | | | | | | |
| (a) Are you presently pregnant? If yes, how many months? / Adakah anda mengandung sekarang? Jika ya, berapa bulan? <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (b) Have you suffered from any breast cysts? / Pernahkah anda menghidap sebarang sista payudara? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (c) Have you suffered from any disorders of the breasts, disorders of female organs, stillbirth, complications at childbirth, abnormal papsmear(s) or irregular menses? / Pernahkah anda menghidap sebarang gangguan pada payudara, gangguan pada organ wanita, kematian bayi sewaktu lahir, komplikasi ketika melahirkan, papsmear tidak normal atau kedatangan haid tidak tetap? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Have you ever suffered symptoms of or had any other illness, disease or disorder which is not disclosed above? / Pernahkah anda menghidap tanda-tanda atau mempunyai sebarang penyakit atau gangguan lain yang tidak dinyatakan di atas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. If any answer to the questions 1 to 10 is "YES", please provide full particulars below (diagnosis, dates, names and addresses of attending doctors or medical facilities, conditions or symptoms present, length of time symptom free), noting the question number and the covered individual (Insured/Applicant-Owner/Spouse/Covered Dependent) / Jika ada di antara jawapan bagi soalan 1 ke 10 adalah "YA", sila berikan keterangan penuh di bawah (diagnosis, tarikh, nama dan alamat doktor yang merawat atau kemudahan perubatan, keadaan atau simptom sekarang, jarak masa bebas simptom) dengan menyatakan nombor soalan dan individu yang dilindungi (Insured/Pemohon-Pemilik/Suami atau Isteri/Tanggungjawab yang Dilindungi)

Declaration And Authorisation / Pengisytiharan Dan Pemberikuasaan

- I declare that: / Saya mengakui bahawa:
- (a) I am aware that it is my pre-contractual duty of disclosure that I must exercise reasonable care not to misrepresent i.e. to give false answers/information when answering any questions asked by AIA and that I am to answer the questions fully and accurately/correctly; / Saya mengetahui bahawa adalah menjadi kewajipan pendedahan prakontrak saya bahawa saya mestilah mengambil langkah yang sewajarnya untuk tidak membuat salah nyata, iaitu memberi jawapan/maklumat palsu apabila menjawab sebarang soalan yang ditanya oleh AIA dan Saya hendaklah menjawab soalan dengan lengkap dan dengan tepat/betul;
 - (b) I have read and understood the contents of the application/proposal form including all warnings and notices therein and I have fully and accurately answered all the questions in the application/proposal form and the other questions asked by AIA, if any, after having fully read and understood the questions. / Saya telah membaca dan memahami isi kandungan borang permohonan/borang cadangan termasuk semua peringatan dan notis di dalamnya dan Saya telah menjawab semua soalan dalam borang permohonan/borang cadangan dan soalan lain yang ditanya oleh AIA, jika ada, dengan lengkap dan tepat selepas membaca dan memahami soalan-soalan tersebut sepenuhnya.
 - (c) I am aware that I must inform AIA of any change to the answers given in the proposal form if the change occurred after I have submitted the proposal form but before the contract is entered into. / Saya mengetahui bahawa saya mesti memberitahu anda mengenai sebarang perubahan pada jawapan yang telah diberikan dalam borang cadangan jika perubahan tersebut berlaku selepas saya menyerahkan borang cadangan tetapi sebelum kontrak dimeterai.
 - (d) I fully understand that my answers and/or statements given in respect of the questions asked by AIA, and any other relevant documents completed by me in connection with the application/proposal and in any medical report or amendments (collectively referred to as "the information") are relevant to AIA in deciding whether to accept my application/proposal or not and the rates and terms to be applied; / Saya benar-benar memahami bahawa jawapan dan/atau pernyataan yang saya beri berkaitan dengan soalan yang ditanya oleh AIA, dan mana-mana dokumen lain yang berkaitan yang dilengkapkan oleh saya berhubung dengan permohonan/cadangan dan dalam mana-mana laporan perubatan atau pindaan (secara kolektif dirujuk sebagai "maklumat") adalah berkaitan dengan AIA dalam membuat keputusan sama ada hendak menerima permohonan/cadangan saya atau tidak serta kadar dan terma yang akan dipakai;
 - (e) I am aware that if any of my answers or statements or information given by me is not accurate/correct, the policy may be avoided, my claim denied or reduced, the terms of the policy changed or varied, or the Policy terminated. / Saya menyedari bahawa jika mana-mana jawapan atau pernyataan atau maklumat yang diberikan oleh saya adalah tidak tepat/tidak betul, polisi ini boleh dielakkan dan tuntutan saya dinafikan atau dikurangkan, terma-terma polisi ditukar atau diubah, atau Polisi ini ditamatkan.

Furthermore, I hereby authorise any physician, hospital, clinic or insurance company or other organisation, institutions or persons, that has any records or knowledge of me or my family members or my family member's health, to disclose to the AIA or its representatives any and all such information and expressly waive on behalf of any person, who shall have or claim any interest, in the said policy, all provisions of law forbidding any physician or surgeon from disclosing any information acquired while attending to me in a professional capacity. This authorisation shall irrevocably bind my successors and assigns and remain valid, notwithstanding my death or incapacity and a copy of this authorisation shall be as effective and valid as the original. / Selanjutnya, saya dengan ini membenarkan mana-mana pakar perubatan, hospital, klinik atau syarikat insurans atau lain-lain organisasi, institusi atau perseorangan, yang mempunyai apa-apa rekod atau pengetahuan tentang saya atau ahli keluarga saya atau kesihatan saya atau kesihatan ahli keluarga saya, untuk mendedahkan kepada AIA atau wakilnya apa-apa atau segala maklumat dan mengeneipkan bagi pihak saya atau sesiapa, yang akan memiliki atau menuntut apa-apa kepentingan daripada polisi tersebut, maka semua peruntukan undang-undang yang melarang mana-mana doktor perubatan atau doktor bedah daripada mendedahkan apa-apa maklumat yang diperolehi semasa merawat saya secara profesional. Pengesahan ini hendaklah setiap masa mengikat waris-waris dan penama saya, dan kekal sah meskipun setelah kematian saya dan salinan pengesahan ini hendaklah sama berkesannya dengan yang asal.

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 the 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.

Executed on
Dikuatkuasakan pada

| | | | | | | | | | | | |
|---------|--|---------|--|---|--|---|--|------|--|------|--|
| | | | | | | | | | | | |
| DD / HH | | MM / BB | | 2 | | 0 | | YYYY | | TTTT | |

Signature of Policy Owner
Tandatangan Pemilik Polisi

Name / Nama

NRIC No. / No. KP

Signature of Insured (if age > 16 years) /
Tandatangan Insured (Jika berumur > 16 tahun)

Name / Nama

NRIC No. / No. KP

Signature of Spouse / Family member (if age > 16 years) (If applicable)
Tandatangan Suami/Isteri / Ahli keluarga (jika berumur >16 tahun) (jika berkenaan) (of the Policy Owner)**
(Kepada Pemilik Polisi)**

Name / Nama

NRIC No. / No. KP

**Please delete the one which is not applicable
**Sila potongkan yang mana tidak berkenaan