



Health Certificate / Sijil Kesihatan

WARNING: Pursuant to Section 149(4) of the Insurance Act 1996, you are to disclose in this proposal form, fully and faithfully, all the facts which you know or ought to know, otherwise the policy issued hereunder may be invalidated.

AMARAN: Menurut Seksyen 149(4) Akta Insurans 1996, anda dikehendaki menyatakan di dalam borang cadangan ini dengan lengkap dan jujur, semua fakta yang anda tahu atau seharusnya tahu, sekiranya tidak, polisi yang dikeluarkan ini boleh menjadi tidak sah.

Collection Station
Stesen Kutipan

--	--

 <p style="text-align: center;">* B Q 7 Q 6 Q 8 8 *</p>	<p>Policy Number / Nombor Polisi</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Basic Plan <i>Pelan Asas</i></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Basic Term (P) <i>Tempoh Asas (P)</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> </table>	Basic Plan <i>Pelan Asas</i>	Basic Term (P) <i>Tempoh Asas (P)</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"/>
Basic Plan <i>Pelan Asas</i>	Basic Term (P) <i>Tempoh Asas (P)</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"/>				

Agent Code / Kod Ejen	Agency Code / Kod Agensi	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Agent Name / Nama Ejen	Agency Name / Nama Agensi	Agent Tel No. / No. Tel Ejen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Name of Insured <i>Nama Insured</i>	NRIC No. <i>No. KP</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Reinstating Agent / Ejen Pengembalian Semula
(Applicable if lapsation / ETI more than 3 months) / (Diterima pakai kalau pelupusan / ETI lebih dari 3 bulan)

Application for/ <i>Pemohonan Untuk</i>	<input type="checkbox"/> Reinstatement / Placing of <i>new policy / Pengembalian Semula/Mengadakan polisi baru</i>	<input type="checkbox"/> Changes / <i>Pertukaran</i>	- Addition of Riders / <i>Tambahan Riders</i> - Change in Plan / Amount / <i>Pertukaran dalam Pelan / Amaun</i> - Removal / Reduction in Ratings / <i>Penghapusan Pengurangan dalam Perkadaran</i>	Payment made / <i>Bayaran dibuat</i>
				RM <input type="text"/>

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

1. Name of Child / *Nama Anak*

Sex <i>Jantina</i>	<input type="checkbox"/> Male <i>Lelaki</i>	<input type="checkbox"/> Female <i>Perempuan</i>	Race <i>Bangsa</i>	IC No. / Passport No. / BC No. <i>No. KP / No. Pasport / No. SL</i>
				<input type="text"/>

Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i>	(MM/DD/YYYY) <i>(BB/HH/TTTT)</i>	Age / <i>Umur</i>	2. Height <i>Tinggi</i>	cm	Weight <i>Berat</i>	kg
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Occupation & Exact Duties (if applicable)
Pekerjaan & Tugas Sebenar (jika ada)

**B. Information Concerning the Adult Assured / Applicant Owner (under Juvenile Policy)
Maklumat berkaitan Asured Dewasa / Pemohon Pemilik (di bawah Polisi Juvenil)**

1. Name of Applicant / *Nama Pemohon*

<input type="checkbox"/> Single <i>Bujang</i>	<input type="checkbox"/> Married <i>Berkahwin</i>	Sex <i>Jantina</i>	<input type="checkbox"/> Male <i>Lelaki</i>	Race / <i>Bangsa</i>	New IC / <i>KP Baru</i>
<input type="checkbox"/> Widowed <i>Balu</i>	<input type="checkbox"/> Divorced <i>Bercerai</i>		<input type="checkbox"/> Female <i>Perempuan</i>		<input type="text"/>
					Old IC / <i>KP Lama</i>
					<input type="text"/>

Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i>	(MM/DD/YYYY) <i>(BB/HH/TTTT)</i>	Age / <i>Umur</i>	2. Height <i>Tinggi</i>	cm	Weight <i>Berat</i>	kg
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. (a) E-mail
E-mel

(b) Contact Tel No. Residence Office Mobile
No. Tel *Rumah* *Pejabat* *Tel Bimbit*

- - - -

4. (a) Occupation & Exact Duties
Pekerjaan & Tugas Sebenar

(b) Name of Employer
Nama Majikan

(c) Nature of Business
Jenis Perniagaan

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

For Office Use
Untuk Kegunaan Pejabat

C. OTHER INSURANCE DETAILS / LAIN-LAIN BUTIRAN INSURANS

1. Total amount of insurance on your life :- including pending proposals or in-force policy or lapsed policy within the last 1 year and (other than those with AIA).
Jumlah amaun insurans hayat anda:- termasuk cadangan yang belum diterima atau polisi yang masih berkuatkuasa atau polisi yang telah luput dalam masa satu tahun yang lepas dan (selain daripada dengan AIA)

- (a) Proposed Insured / Insured yang dicadangkan
 Give details of other family members and the insurance on each life (FOR JUVENILE APPLICATION ONLY).
Berikan butir-butir ahli keluarga yang lain dan insurans yang dimiliki (UNTUK PERMOHONAN JUVENIL SAHAJA)
- (b) Applicant-Owner / Pemilik-Pemohon
- (c) Parent (other than Applicant Owner / Ibu Bapa selain daripada Pemilik Pemohon)
- (d) Brother / Sister / Adik-beradik Lelaki / Perempuan

Relationship to Proposed Insured <i>Hubungan kepada Insured Dicadangkan</i>	Age <i>Umur</i>	Gender <i>Jantina</i>	Insuring Company <i>Syarikat Insurans</i>	Type of plan <i>Jenis pelan</i>	Sum Assured (RM) <i>Jumlah Diinsuranskan (RM)</i>	Year issued <i>Tahun Diterbitkan</i>

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

(a)	Name of Spouse / Nama Suami / Isteri (of the Proposed Insured / Owner)* <i>(kepada Insured Dicapangkan / Pemohon)*</i>		NRIC No. <i>No. KP</i>		Sex (M/F) <i>Jantina (L/P)</i>	Date of Birth <i>Tarikh Lahir MM/DD/YYYY BB/HH/TTTT</i>	Age / <i>Umur</i>
	Occupation / <i>Pekerjaan</i>	Name & address of Employer / Nama & Alamat Majikan			Height / <i>Tinggi</i>	Weight / <i>Berat</i>	
					_____ cm	_____ kg	
(b)	Name of Children <i>Nama Anak</i>	IC/BC Number <i>No. KP/SL</i>	Sex (M/F) <i>Jantina (L/P)</i>	Date of Birth <i>Tarikh Lahir MM/DD/YYYY BB/HH/TTTT</i>	Age <i>Umur</i>	Height <i>Tinggi</i>	Weight <i>Berat</i>
	1.					_____ cm	_____ kg
	2.					_____ cm	_____ kg
	3.					_____ cm	_____ kg
	4.					_____ cm	_____ kg

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

E. Health Details of Proposed Insured / Applicant-Owner / 2nd Life Insured / Covered Members
*Butir-butir Kesihatan Insured Dicapangkan / Pemilik-Pemohon / Orang Diinsuranskan Kedua /
 Ahli Keluarga Yang Dilindungi*

Q1 - 3 must be answered for non-medical and medical applications
Soalan 1 - 3 hendaklah dijawab untuk permohonan bukan perubatan dan perubatan

	Proposed Insured / <i>Insured Dicapangkan</i>		Applicant Owner/ <i>Pemilik Pemohon / 2nd Life Insured Orang Diinsuranskan Kedua</i>		Family Members / <i>Spouse Ahli Keluarga / 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>	
1. (a) Do you now smoke cigarettes? If yes, please state details below. <i>Adakah kini anda merokok? Jika Ya, sila nyatakan butir-butir berikut.</i> Proposed Insured _____ cigs/day Applicant-owner _____ cigs/day Spouse _____ cigs/day <i>Insured Dicapangkan _____ rokok/hari Pemilik Pemohon _____ rokok/hari Suami/isteri _____ rokok/hari</i> (b) Have you smoke any cigarettes in the past 12 months? <i>Adakah anda merokok dalam 12 bulan yang lepas?</i> (c) Do you consume alcohol? If so, in what type (e.g. beer, brandy, whisky, wine) and number of glasses per week? <i>Adakah anda mengambil alkohol? Jika ya, dalam jenis apa (contoh bir, brandi, wiski, wine) dan berapa gelas seminggu?</i>	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Are you now a member of any military force, do you contemplate to engage in any private flying or hazardous sports or hobbies or races or flying other than as a fare paying passenger on a regular scheduled airline or have you in the last three years engaged in such flying or sports or resided for more than three months in other than your present country or residence? <i>Adakah anda menganggotai mana-mana angkatan tentera, atau merancang untuk melibatkan diri dalam kegiatan sukan atau hobi yang merbahaya atau perlumbaan atau penerbangan, selain dari penumpang berbayar bagi penerbangan berjadual tetap atau pernahkah anda dalam tiga tahun yang lepas melibatkan diri dalam penerbangan atau sukan sedemikian atau menetap lebih dari tiga bulan selain dari negara atau kediaman sekarang?</i>	2.	<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? <i>Pernahkah sebarang permohonan atau pengembalian insurans hayat, kumpulan, kredit, penyakit kritikal, kesihatan atau kemalangan anda ditolak, ditangguh, ditafsir atau diubahsuai dalam apa-apa cara?</i>	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Health Details of Proposed Insured / Applicant-Owner / 2nd Life Insured / Covered Members <i>Butir-butir Kesehatan Insured Dicadangkan / Pemilik-Pemohon / Orang Diinsuranskan Kedua / Ahli Keluarga Yang Dilindungi</i>	Proposed Insured / Insured Dicadangkan		Applicant Owner/ Pemilik Pemohon/ 2nd Life Insured Orang Diinsuranskan Kedua		Family Members / Spouse Ahli Keluarga / Suami Isteri	
	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak
	Q4 - 10 are not required for those undergoing medical exam <i>Soalan 4 - 10 tidak diperlukan bagi mereka yang menjalani pemeriksaan perubatan</i>					
4. Any loss in weight excess of 5kg in the last 12 months? If "Yes" please give exact amount and reason. <i>Adakah anda kehilangan berat badan melebihi 5 kg dalam 12 bulan yang lepas? Jika "Ya" sila berikan jumlah yang tepat dan sebab.</i>	<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? <i>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?</i>	<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: <i>Pernahkah anda menghidap atau diberitahu bahawa anda pernah menghidap atau pernah dirawat akibat:</i>						
(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 or health impairments? <i>Hidung berdarah, penglihatan berganda, pekak, buta, penyakit atau gangguan mata, hidung, telinga, tekak atau pita suara, alkoholisma, ketagihan dadah, kecacatan fizikal atau kelemahan kesihatan?</i>	(a)	<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? <i>Asma, bronkitis, tuberkulosis/batuk kering, gangguan pernafasan atau penyakit paru-paru yang lain, goiter, tiroid atau gangguan sistem endokrin?</i>	(b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Discomfort or tightness of chest, chest pains, palpitation, heart attack, raised cholesterol, high blood pressure, anemia or disorders or diseases of the blood, heart or blood vessels? <i>Ketidakselesaan atau sesak dada, sakit dada, palpitasi, serangan jantung, kolestrol meningkat, tekanan darah tinggi, anemia atau gangguan atau penyakit darah, jantung atau saluran darah?</i>	(c)	<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? <i>Demam kuning, hepatitis, pembawa hepatitis, ulser gastrik atau duodenum, hernia, hemorrhoid atau lain-lain gangguan atau penyakit perut, usus, hati atau pundi hempedu?</i>	(d)	<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? <i>Kencing manis, gula, albumin, darah atau sel nanah dalam air kencing, batu karang atau lain-lain gangguan sistem genitourinari?</i>	(e)	<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? <i>Arthritis, gout, prolaps piring intervertebral, reumatisma, atau gangguan tulang belakang, belakang, sendi, tulang atau otot?</i>	(f)	<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? <i>Sawan, epilepsi, strok, pengan, gangguan mental atau saraf, ketidaknormalan otak atau sistem saraf?</i>	(g)	<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? <i>Jangkitan kulit yang teruk, ruam muka seperti kupu-kupu, kelenjar limfa membesar, sista, tumor, ketulan, bengkak tidak normal atau kanser?</i>	(h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Have you or your spouse 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? <i>Pernahkah anda atau suami / isteri anda diberitahu menghidap, menerima sebarang nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan berhubung dengan penyakit jangkitan seks, AIDS, AIDS Related Complex 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.</i>	7.	<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 :- <i>Dalam LIMA TAHUN YANG LEPAS, adakah anda mengalami sebarang :</i>	8.					
(a) Illness, operation, medical advice, hospital treatment, accident, injury or claim history? <i>Penyakit, pembedahan, nasihat perubatan, rawatan hospital, kemalangan, kecederaan atau latar belakang tuntutan?</i>	(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Physical check-up or tests done such as x-ray, mammography, electrocardiogram, ultrasonogram, echocardiogram, biopsy, blood or urine test? <i>Pemeriksaan fizikal atau menjalani ujian seperti x-ray, mammografi, elektrokardiogram, ultrasonogram, ekokardiogram, biopsi, ujian darah atau air kencing?</i>	(b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. FEMALE ONLY / WANITA SAHAJA	9.					
(a) Are you now pregnant? If yes, how many months? / Adakah anda mengandung? Jika ya, berapa bulan?	(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Have you suffered from any disorders of the breasts, female organs, stillbirth, complications at childbirth, abnormal papsmear(s) or irregular menses? <i>Pernahkah anda menghidap sebarang gangguan pada payudara, organ wanita, kematian bayi sewaktu lahir, komplikasi ketika melahirkan, papsmear tidak normal atau kedatangan haid tidak tetap.</i>	(b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. If any answer to the questions 1 to 9 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.

Jika ada di antara jawapan bagi soalan 1 ke 9 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.

Declaration And Authorization / Pengisytiharan Dan Pemberikuasaan

I HEREBY DECLARE THAT I have read the application or the same was interpreted to me and the answers entered in the application are mine and I HEREBY CERTIFY, on behalf of myself and on behalf of any person who may have or claim any interest in the said policy, that each of the above answers is full, complete and true, and I AGREE that they shall be taken as the basis of the proposed reinstatement, change or addition. I FURTHER AGREE that such reinstatement, change or addition shall not be considered as effected by reason of any money paid or settlement made in payment of, or on account of any premium, until this Certificate shall be duly approved by an authorized Officer of the Company. I FURTHER AGREE that if my application for reinstatement, change or addition of supplement contract be accepted by the Company, the Incontestability and Suicide Provisions thereof shall effect from the approval date of my application for reinstatement, change or addition.

SAYA DENGAN INI MENGISYTIHARKAN BAHAWA saya telah membaca permohonan tersebut dan yang sama telah diinterpretasikan kepada saya dan jawapan yang dimasukkan ke dalam permohonan ini adalah milik saya dan SAYA DENGAN INI MENGESAHKAN, bagi pihak saya dan bagi sesiapa yang mungkin mempunyai atau menuntut apa-apa kepentingan dalam polisi tersebut, bahawa setiap jawapan di atas adalah penuh, lengkap dan benar, dan SAYA BERSETUJU bahawa ia akan diambil sebagai asas pengembalian semula, pertukaran atau tambahan yang dicadangkan. SAYA SELANJUTNYA BERSETUJU bahawa pengembalian semula, pertukaran atau tambahan seperti itu tidak boleh dianggap sebagai berkuatkuasa melalui apa-apa wang yang dibayar atau pembayaran yang dibuat atau untuk apa-apa premium, sehingga Sijil ini diluluskan seperti yang sepatutnya oleh Pegawai yang diberi kuasa. SAYA SELANJUTNYA BERSETUJU bahawa sekiranya permohonan saya untuk pengembalian semula, pertukaran atau tambahan bagi kontrak tambahan diterima oleh Syarikat, maka Peruntukan Ketakbolehtandingan dan Bunuh Diri akan berkuatkuasa bermula dari tarikh kelulusan permohonan bagi pengembalian semula, pertukaran dan tambahan.

Furthermore, I hereby authorize any physician, hospital, clinic or insurance company or other organization, 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 Bhd. or its representatives any and all such information and expressly waive on behalf of myself or 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 me in a professional capacity. This authorization shall irrevocably bind my successors and assigns and remain valid, notwithstanding my death or incapacity and copy of this authorization 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 Bhd. atau wakilnya apa-apa atau segala maklumat dan mengeneipikan 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 the Company (whether contained in this application or otherwise obtained) may be held, used, and disclosed by the Company to individuals/organization related to and associated with the Company 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 product and/or communicate with me 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 the Company concerning me/us. Such request can be made to any of the Company's Customer Service Centre. *Saya/Kami faham dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh Syarikat (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh dipegang, digunakan, dan diberikan oleh Syarikat kepada individu/organisasi yang berhubung dan berkaitan dengan syarikat 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 ini dan/atau untuk berkomunikasi dengan saya untuk tujuan seperti itu. Saya/Kami faham bahawa saya/kami berhak memperoleh akses kepada, dan memohon pembetulan sebarang maklumat peribadi yang dipegang oleh Syarikat berkaitan dengan saya/kami. Permohonan seperti itu boleh dibuat di mana-mana Pusat Khidmat Pelanggan Syarikat.*

Executed on

Dikuatkuasakan pada _____ (MM/DD/YYYY) / (BB/HH/TTTT)

Signature of Applicant (owner), if other than Insured
Tandatangan Pemohon (Pemilik), jika lain dari Insured

Name / Nama

NRIC No. / No. K.P.

Signature of Proposed Insured (if age > 16 years) / 2nd Life Insured
"Tandatangan Insured Dicapangkan (Jika berumur > 16 tahun) / Orang Diinsuranskan Kedua"

Name / Nama

NRIC No. / No. K.P.

Signature of Spouse / Family member (> 16 years) (If applicable)
*Tandatangan Suami/Isteri / Ahli keluarga (>16 tahun) (jika berkenaan) (of the Insured / Owner)** (kepada Insured / Pemohon)***

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

Name / Nama

NRIC No. / No. K.P.