



Collection Station    
Stesen Kutipan

**Health Certificate / Sijil Kesihatan**

Under Paragraph 5 of Schedule 9 of the Islamic Financial Services Act 2013, you are required to take reasonable care not to make any misrepresentation when answering any questions asked by AIA PUBLIC i.e. you should answer the questions fully and accurately or correctly. Please note that all the questions that are asked by AIA PUBLIC are relevant to AIA PUBLIC's 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 Islam 2013, anda dikehendaki mengambil langkah yang sewajarnya untuk tidak membuat sebarang salah nyata apabila menjawab sebarang soalan yang ditanya oleh AIA PUBLIC iaitu anda hendaklah menjawab soalan tersebut dengan lengkap dan dengan tepat atau betul. Sila ambil perhatian bahawa semua soalan yang ditanya oleh AIA PUBLIC adalah berkaitan dengan keputusan AIA PUBLIC 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 Form between the time of submission of the Application Form and the time the contract is entered into, you are also required to disclose to AIA PUBLIC fully and accurately or correctly such changes. / Jika terdapat sebarang perubahan pada jawapan yang diberikan dalam Borang Permohonan di antara masa penyerahan Borang Permohonan dan masa kontrak dimeterai, anda juga dikehendaki mendedahkan kepada AIA PUBLIC dengan sepenuhnya dan dengan tepat atau betul mengenai perubahan tersebut.

In addition to answering the questions in the Application Form fully and accurately or correctly, you are also required to take reasonable care to disclose to AIA PUBLIC fully and accurately or correctly any other matters which you know to be relevant to AIA PUBLIC's decision on whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied. / Di samping menjawab soalan dalam Borang Permohonan dengan lengkap dan dengan tepat atau betul, anda juga dikehendaki mengambil langkah yang sewajarnya untuk mendedahkan kepada AIA PUBLIC dengan sepenuhnya dan dengan tepat atau betul mengenai apa-apa perkara lain yang anda tahu sebagai berkaitan dengan keputusan AIA PUBLIC sama ada hendak menerima risiko atau tidak serta kadar dan terma yang akan dipakai.

If you do not understand your obligation or duty as stated above or if you need any further explanation, you can visit any AIA Customer Centre or contact your Life Planner. / Jika anda tidak memahami obligasi atau kewajipan anda seperti yang dinyatakan di atas atau jika anda memerlukan sebarang penjelasan lanjut, anda boleh mengunjungi mana-mana Pusat Pelanggan AIA atau hubungi Perancang Hayat anda.



Certificate Number  
Nombor Sijil

Agency Code / Kod Agensi

Agent Code / Kod Ejen

Agent Name / Nama Ejen

Agent Tel No. / No. Tel Ejen

Agency Name / Nama Agensi

Agent Email Address / Alamat Emel Ejen

Name of Person Covered  
Nama Orang Dilindungi

NRIC / Passport No.  
No. KP / Pasport

Application for  
Permohonan Untuk

Reinstatement /  
Placing of new Certificate  
Pembalikan Semula /  
Mengadakan Sijil baharu

Changes  
Pertukaran

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

Payment made / Bayaran dibuat

RM

**A. INFORMATION CONCERNING THE PERSON COVERED**  
MAKLUMAT BERKAITAN ORANG DILINDUNGI

Name of Person Covered  
Nama Orang Dilindungi

New NRIC No  
No. KP Baharu

Passport No.  
No. Pasport

(applicable for Non-Malaysian) / (untuk warga bukan Malaysia)

Date of Birth  
Tarikh Lahir

DD/MM/YYYY  
HH/BB/TTTT

Nationality  
Warganegara

Gender  
Jantina

Male  
Lelaki  Female  
Perempuan

Age  
Umur

Race  
Bangsa

Marital Status  
Taraf Perkahwinan

Single  
Bujang  Married  
Berkahwin  Widowed  
Balu  Divorced  
Berceraai

Height  
Tinggi

Weight  
Berat

Residential  
Address  
Alamat  
Rumah

Office  
Address  
Alamat  
Pejabat

Contact Tel. No.  
No. Tel. untuk  
Dilindungi

Residence  
Rumah

Office  
Pejabat

Hand Phone  
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)

< 36,000  36,000 - 60,000  60,001 - 75,000  75,001 - 100,000  
 100,001 - 150,000  150,001 - 200,000  200,001 - 250,000  > 250,000

For Office Use  
Untuk Kegunaan Pejabat

B. INFORMATION CONCERNING THE CERTIFICATE OWNER (if different from Person Covered) MAKLUMAT BERKAITAN PEMILIK SIJIL (jika lain daripada Orang Dilindungi)						
<b>Name of Person Covered / Certificate Owner</b> Nama Orang Dilindungi / Pemilik Sijil						
<b>New NRIC No.</b> No. KP Baharu			<b>Passport No.</b> No. Pasport			
<b>Date of Birth</b> Tarikh Lahir			<b>Nationality</b> Warganegara		<b>Height</b> Tinggi	
<b>Gender</b> Jantina			<b>Age</b> Umur		<b>Weight</b> Berat	
<b>Marital Status</b> Taraf Perkahwinan			<b>Race</b> Bangsa		<b>Office Address</b> Alamat Pejabat	
<b>Residential Address</b> Alamat Rumah			<b>E-mail</b> E-mel		<b>Occupation &amp; Exact Duties</b> Pekerjaan & Tugas Sebenar	
<b>Contact Tel. No.</b> No. Tel. untuk Dilindungi			<b>Name of Employer</b> Nama Majikan		<b>Nature of Business</b> Jenis Perniagaan	
<b>Annual Earned Income (RM)</b> Pendapatan Tahunan (RM)			<b>Office Address</b> Alamat Pejabat			
<b>C. OTHER TAKAFUL / INSURANCE DETAILS</b> LAIN-LAIN BUTIRAN TAKAFUL / INSURANS						
1. Please state sum covered / sum insured of your Takaful / insurance plan (including pending applications other than those with AIA PUBLIC) <sup>1</sup> . / Sila nyatakan jumlah dilindungi / diinsurankan pelan Takaful / insurans (termasuk permohonan Takaful atau insurans yang sedang dipertimbangkan selain dengan AIA PUBLIC) <sup>1</sup> a. Proposed Person Covered / Orang Dilindungi Dicadangkan						
2. Give details of other family members on the Takaful / Insurance Plan on each life (For Juvenile Application Only) <sup>2</sup> / Berikan butir-butir ahli keluarga yang lain / yang mengambil Pelan Takaful / Insurans yang dimiliki pada setiap diri (Untuk Permohonan Juvenil Sahaja) <sup>2</sup> a. Applicant-Participant / Pemohon-Peserta b. Parent (other than Applicant-Participant) / Ibu Bapa (selain daripada Pemohon-Peserta) c. Brother/Sister / Adik-beradik Lelaki/Perempuan						
	<b>Takaful Operator Insurance Company</b> Pengendali Takaful Syarikat Insurans		<b>Family Takaful / Life Insurance / Critical Illness / Health / Accident</b> Takaful Keluarga / Insurans Hayat / Penyakit Kritikal / Kesihatan / Kemalangan		<b>Sum Covered</b> Jumlah Dilindungi (RM)	<b>Date Issued</b> Tarikh Dikeluarkan
Proposed Person Covered Orang Dilindungi Dicadangkan						
Relationship to Proposed Person Covered Hubungan dengan Orang Dilindungi Dicadangkan	<b>Age</b> Umur	<b>Gender</b> Jantina	<b>Takaful Operator Insurance Company</b> Pengendali Takaful Syarikat Insurans	<b>Family Takaful / Life Insurance / Critical Illness / Health / Accident</b> Takaful Keluarga / Insurans Hayat / Penyakit Kritikal / Kesihatan / Kemalangan	<b>Sum Covered</b> Jumlah Dilindungi (RM)	<b>Date Issued</b> Tarikh Dikeluarkan
Applicant-Participant Pemohon-Peserta						
Parents (other than Applicant-Participant) Ibu bapa (selain daripada Pemohon-Peserta)						
Brother/Sister Adik-beradik Lelaki/Perempuan						

**D. INFORMATION CONCERNING FAMILY MEMBER(S) TO BE COVERED UNDER FAMILY COVERAGE**  
**MAKLUMAT BERHUBUNG AHLI KELUARGA YANG AKAN DILINDUNGI DI BAWAH PERLINDUNGAN KELUARGA**

(a)	<b>Name of Spouse</b> (of the Proposed Person Covered / Owner)* Nama Suami/Isteri (kepada Orang Dilindungi Dicapangkan / Pemilik)*	<b>NRIC / Other Identification No.</b> No. KP / Identiti Lain	<b>Nationality</b> Warganegara	<b>Gender</b> (M/F) Jantina (L/P)	<b>Date of Birth</b> (DD/MM/YYYY) Tarikh Lahir (HH/BB/TTTT)	<b>Age</b> Umur		
	<b>Occupation / Pekerjaan</b>	<b>Name &amp; address of Employer / Nama &amp; Alamat Majikan</b>		<b>Height / Tinggi</b>	<b>Weight / Berat</b>			
(b)	<b>Name of Children</b> Nama Anak	<b>NRIC / Passport No.</b> No. KP / Pasport	<b>Nationality</b> Warganegara	<b>Gender</b> (M/F) Jantina (L/P)	<b>Date of Birth</b> (MM/DD/YYYY) Tarikh Lahir (BB/HH/TTTT)	<b>Age</b> Umur	<b>Height</b> Tinggi	<b>Weight</b> Berat

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

**E. HEALTH DETAILS OF PROPOSED PERSON COVERED / APPLICANT-OWNER / COVERED MEMBERS**  
**BUTIR-BUTIR KESIHATAN ORANG DILINDUNGI DICADANGKAN / PEMOHON-PEMILIK / AHLI KELUARGA DILINDUNGI DICADANGKAN**

**Q1 - 10 must be answered for non-medical and medical applications**  
**Soalan 1 - 10 hendaklah dijawab untuk permohonan bukan perubatan dan perubatan**

	Proposed Person Covered Orang Dilindungi Dicapangkan		Applicant-Owner Pemohon Sijil		Family Members / Spouse Ahli Keluarga / 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.  <b>Proposed Person Covered</b> <input type="text"/> sticks/day Orang Dilindungi Dicapangkan <input type="text"/> batang/hari <b>Applicant-Owner</b> <input type="text"/> sticks/day Pemohon-Pemilik <input type="text"/> batang/hari <b>Spouse</b> <input type="text"/> sticks/day Suami/Isteri <input type="text"/> batang/hari	1. (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Have you smoke any cigarettes in the past 12 months? / Adakah anda merokok dalam 12 bulan yang lepas?	(b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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?	(c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. (a) Do you engage in or intend to engage in any of the following: aviation (other than as a passenger on a recognized airline), motor racing, scuba diving, caving, mountain climbing or any other hazardous activities? If yes, please provide details. / Adakah anda terbabit atau berniat untuk terbabit dalam sebarang yang berikut: penerbangan (selain daripada sebagai penumpang dalam penerbangan yang diiktiraf), perlumbaan bermotor, penyelaman skuba, penerokaan gua, pendakian gunung atau mana-mana aktiviti berbahaya yang lain? Jika ya, sila beri butiran lanjut.	2. (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Do you plan to travel or reside in a country other than your present country of residence for purpose other than brief holidays/trips in the coming 3 months? If yes, please provide us the name of the country. / Adakah anda merancang untuk melawat atau menetap di Negara selain daripada Negara kediaman anda sekarang untuk tujuan selain daripada percutian/lawatan singkat dalam 3 bulan akan datang? Jika ya, sila nyatakan nama negara.	(b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has any of your application for or reinstatement of your Takaful, life insurance, group, credit, critical illness, health or accident insurance ever been declined, postponed, rated or in any way modified? / Pernahkah sebarang permohonan atau pengembalian semula Takaful, insurans hayat, kumpulan, kredit, penyakit kritikal, kesihatan atau kemalangan anda ditolak, ditangguh, ditafsir atau diubahsuai dalam sebarang cara?	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Any change in weight excess of 5kg in the last 12 months? If "Yes", please give exact amount and reason. / Pernahkah anda mengalami perubahan berat badan melebihi 5 kg dalam 12 bulan yang lepas? Jika "Ya", sila berikan jumlah yang tepat dan sebab.	4.	<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 ever had cancer, heart diseases, stroke, high blood pressure, diabetes, kidney diseases, mental disorder or any hereditary diseases? / Pernahkah sesiapa di antara ibu bapa, adik beradik kandung anda pernah menghidap kanser, penyakit jantung, angin ahmar, tekanan darah tinggi, kencing manis, penyakit buah pinggang, gangguan mental atau sebarang penyakit keturunan?	5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. HEALTH DETAILS OF PROPOSED PERSON COVERED / APPLICANT-OWNER / COVERED MEMBERS <i>BUTIR-BUTIR KESIHATAN ORANG DILINDUNGI DICADANGKAN / PEMOHON-PEMILIK / AHLI KELUARGA DILINDUNGI DICADANGKAN</i>	Proposed Person Covered <i>Orang Dilindungi Dicalangkan</i>		Applicant-Owner <i>Pemohon Saji</i>		Family Members <i>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>
<b>Q1 - 10 must be answered for non-medical and medical applications</b> <i>Soalan 1 - 10 hendaklah dijawab untuk permohonan bukan perubatan dan perubatan</i>						
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? / <i>Hidung berdarah, penglihatan berganda, pekak, buta, penyakit atau gangguan mata, hidung, telinga, tekak atau pita suara, alkoholisma, ketagihan dadah, kecacatan fizikal?</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 pain, 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>Artritis, 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 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? / <i>Pernahkah anda atau pasangan 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 / <i>WANITA SAHAJA</i>	9.					
(a) Are you presently pregnant? If yes, how many months? / <i>Adakah anda mengandung sekarang? Jika ya, berapa bulan?</i> <input type="text"/> <input type="text"/> months <input type="text"/> bulan	(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Have you suffered from any breast cysts? / <i>Pernahkah anda menghidap sebarang sista payudara?</i>	(b)	<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, breast lumps, female organs, stillbirth, complications at childbirth, abnormal papsmear(s) or irregular menses? / <i>Pernahkah anda menghidap sebarang gangguan pada payudara, ketulan payudara, organ wanita, kematian bayi sewaktu lahir, komplikasi ketika melahirkan, papsmear tidak normal atau kedatangan haid tidak tetap.</i>	(c)	<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? / <i>Pernahkah anda menghidapi tanda-tanda atau mempunyai sebarang penyakit atau gangguan lain yang tidak dinyatakan di atas?</i>	10.	<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. / <i>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.</i>						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						

**DECLARATION AND AUTHORIZATION / PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA**

I/We declare that: *I Saya/Kami mengakui bahawa:*

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

I agree that the 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 contribution, until this Certificate shall be duly approved by AIA PUBLIC. I further that if my application for reinstatement, change or addition of supplement contract be accepted by AIA PUBLIC, the Indisputability and Suicide Provisions thereof shall effect from the approval date of my application for reinstatement, change or addition. *I Saya bersetuju bahawa pengembalian semula, pertukaran atau tambahan tidak boleh dianggap sebagai berkuatkuasa melalui apa-apa wang yang dibayar atau pembayaran yang dibuat atau untuk apa-apa caruman, sehingga Sijil ini diluluskan seperti yang sepatutnya oleh AIA PUBLIC. Saya selanjutnya bersetuju bahawa sekiranya permohonan saya untuk pengembalian semula, pertukaran atau tambahan bagi kontrak tambahan diterima oleh AIA PUBLIC, maka Peruntukan Tidak Boleh Tanding dan Bunuh Diri akan berkuatkuasa bermula dari tarikh kelulusan permohonan bagi pengembalian semula, pertukaran dan tambahan.*

Furthermore, I hereby authorize any physician, hospital, clinic, Insurance Company, Takaful Operator 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 AIA PUBLIC 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 Certificate, 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. *I Selanjutnya, saya dengan ini membenarkan mana-mana pakar perubatan, hospital, klinik, syarikat insurans, Pengendali Takaful 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 PUBLIC atau wakilnya apa-apa atau segala maklumat dan mengeneipkan bagi pihak saya atau sesiapa, yang akan memiliki atau menuntut apa-apa kepentingan daripada Sijil 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.*

**PRIVACY STATEMENT / KENYATAAN PRIVASI**

I/We understand and agree that any personal information collected or held by AIA PUBLIC (whether contained in this application or otherwise obtained, including through credit reporting agencies) may be held, used, and disclosed by AIA PUBLIC to individuals/organizations related to and associated with AIA PUBLIC or any selected third party (within or outside of Malaysia, including but not limited to retakaful and claims investigation companies, industry associations/federations and credit reporting agencies) for the purpose of (a) processing this application; (b) providing subsequent service for this; (c) for AIA PUBLIC data matching; and (d) to review and advise on my/our coverage with AIA PUBLIC. I/We understand that I/we have a right to obtain access to and to request correction of any personal information held by AIA PUBLIC concerning me/us. Such request can be made to any of AIA's Customer Centre. *I Saya/Kami faham dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh AIA PUBLIC (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain, termasuk melalui agensi pelaporan kredit) boleh dipegang, digunakan, dan diberikan oleh AIA PUBLIC kepada individu/ organisasi yang berhubung dan berkaitan dengan AIA PUBLIC atau mana-mana pihak ketiga yang dipilih (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk tetapi tidak terhad kepada syarikat pengendali takaful semula dan syarikat penyiasatan tuntutan, persatuan/persekutuan industri dan agensi pelaporan kredit) bagi tujuan (a) memproses permohonan ini (b) memberikan khidmat seterusnya (c) untuk pepadanan data AIA PUBLIC; dan (d) menyemak dan memberi nasihat mengenai perlindungan saya/kami dengan AIA PUBLIC. Saya/Kami faham bahawa saya/kami berhak memperoleh akses kepada, dan memohon pembetulan sebarang maklumat peribadi yang dipegang oleh AIA PUBLIC berkaitan dengan saya/kami. Permohonan seperti itu boleh dibuat di mana-mana Pusat Pelanggan AIA.*

**Important Note: / Nota Penting:**

AIA PUBLIC may review and/or update the Privacy Statement from time to time to reflect the changes in law and/or AIA PUBLIC internal policy. For more information on how AIA PUBLIC deals with personal information, please refer to the latest Privacy Statement on our website at [www.aia.com.my](http://www.aia.com.my). *I AIA PUBLIC mungkin menyemak semula dan/atau mengemas kini Kenyataan Privasi dari masa ke masa berdasarkan perubahan dalam undang-undang dan/atau polisi dalaman AIA PUBLIC. Untuk maklumat lanjut mengenai cara AIA PUBLIC menguruskan maklumat peribadi, sila rujuk Kenyataan Privasi terbaru di laman web kami di [www.aia.com.my](http://www.aia.com.my).*

**Please complete the relevant fields if there has been any changes to the information since your last update OR if you have NOT provided the information to us previously. You may login to My AIA to view the current information in our records. / Sila lengkapkan ruangan berkaitan sekiranya terdapat perubahan maklumat semenjak kemaskini terakhir anda ATAU sekiranya anda TIDAK pernah memberikan maklumat tersebut kepada kami sebelum ini. Anda boleh log masuk ke My AIA untuk melihat maklumat semasa anda yang terdapat dalam rekod kami.**

Executed on  -  - 20   DD/MM/YYYY  
*Dikuatkuasakan pada*  -  - 20   HH/BB/TTTT

**Signature of Applicant-Owner**  
 (if other than Person Covered)  
*Tandatangan Pemohon-Pemilik*  
 (jika lain dari Orang Dilindungi)

I hereby agree to be the Person Covered  
*Saya dengan ini bersetuju menjadi Orang Dilindungi*

**Signature of Proposed Person Covered**  
*Tandatangan Orang Dilindungi Dicalangkan*

I hereby agree to be the Person Covered  
*Saya dengan ini bersetuju menjadi Orang Dilindungi*

**Signature of Spouse / Family member**  
 (If applicable) (of the Person Covered / Owner)\*\*  
*Tandatangan Suami / Isteri / Ahli keluarga*  
 (jika berkenaan) (kepada Orang Dilindungi / Pemilik)\*\*  
 \*\*Please delete which is not applicable  
 \*\*Sila potongkan yang mana tidak berkenaan

Name / Nama

Name / Nama

NRIC / Passport No. / No. KP / Pasport

NRIC / Passport No. / No. KP / Pasport



**Customer Due Diligence Form (for Individual only) / Borang Usaha Wajar Pelanggan (untuk Perseorangan sahaja)**

This form is for the use of: / Borang ini adalah untuk kegunaan:

**AIA Bhd.** 200701032867 (790895-D), **AIA PUBLIC Takaful Bhd.** 201101007816 (935955-M) and **AIA General Berhad** 201001040438 (924363-W)

**Please complete the relevant fields if there has been any changes to the information since your last update OR if you have NOT provided the information to us previously. You may login to My AIA to view the current information in our records. / Sila lengkapkan ruangan berkaitan sekiranya terdapat perubahan maklumat semenjak kemaskini terakhir anda ATAU sekiranya anda TIDAK pernah memberikan maklumat tersebut kepada kami sebelum ini. Anda boleh log masuk ke My AIA untuk melihat maklumat semasa anda yang terdapat dalam rekod kami.**

**Policy/Certificate Number / Nombor Polisi/Sijil**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I have submitted a copy of NRIC (for Malaysian citizen only) or Passport (for Non-Malaysian citizen only) / Saya telah menghantar salinan Kad Pengenalan (untuk warganegara Malaysia sahaja) atau Pasport (untuk bukan warganegara Malaysia sahaja)

Policy/Certificate Owner Pemilik Polisi/Sijil	<input type="checkbox"/> Yes Ya	<input type="checkbox"/> No (please submit copy of NRIC/Passport) Tidak (sila hantar salinan KP/Pasport)
Payor/Contributor Pembayar/Pencarum	<input type="checkbox"/> Yes Ya	<input type="checkbox"/> No (please submit copy of NRIC/Passport) Tidak (sila hantar salinan KP/Pasport)

**i. POLICY/CERTIFICATE OWNER DETAILS / BUTIR-BUTIR PEMILIK POLISI/SIJIL**  
All sections are required to be completed / Semua bahagian perlu dilengkapkan

<b>Name</b> Nama	<b>NRIC No.</b> (For Malaysian citizen only) No. KP (Untuk warganegara Malaysia sahaja)		
<b>Date of Birth</b> Tarikh Lahir	(DD/MM/YYYY) (HH/BB/TTTT)	<b>Gender</b> Jantina	<input type="checkbox"/> Male Lelaki <input type="checkbox"/> Female Perempuan
<b>Passport No.</b> (For Non-Malaysian citizen only) No. Pasport (Untuk bukan warganegara Malaysia sahaja)	<b>Passport Expiry Date</b> Tarikh Luput Pasport	(DD/MM/YYYY) (HH/BB/TTTT)	
<b>Nationality</b> Kewarganegaraan	<b>Name of Employer</b> Nama Majikan		
<b>Nature of Business</b> Jenis Perniagaan	<b>Occupation</b> Pekerjaan		
<b>Exact Duties</b> Tanggungjawab Sebenar	<b>E-mail Address</b> (Optional) Alamat E-mel (Pilihan)		
<b>Telephone No.</b> No. Telefon	<b>Mobile</b> Tel. Bimbit	<b>Residence</b> Rumah	<b>Office</b> Pejabat

**Owner's Correspondence Address / Alamat Surat-menyurat Pemilik**  
(A correspondence address is where you send and receive all mail items) / (Alamat surat-menyurat ialah tempat anda menghantar dan menerima semua item mel)

**Is Owner's Residential Address same with Owner's Correspondence Address? / Adakah Alamat Kediaman pemilik sama dengan Alamat Surat-menyurat Pemilik?**

Yes  
Ya                       No (I will fill in the Residential Address section below)  
Tidak (Saya akan melengkapkan alamat kediaman di bahagian berikutnya)

**Owner's Residential Address / Alamat Kediaman Pemilik**  
(A Residential address is the address at which you presently or normally resides) / (Alamat kediaman adalah alamat di mana anda tinggal sekarang)

**If you are the Policy/Certificate Owner, are you also the Payor/Contributor of the policy/certificate?  
Sekiranya anda adalah Pemilik Polisi/Sijil, adakah anda juga Pembayar/Pencarum polisi/sijil yang berkenaan?**

Yes  
Ya                       No. I will complete the Payor/Contributor information section below  
Tidak. Saya akan melengkapkan maklumat Pembayar/Pencarum di bahagian berikutnya

For Office Use  
Untuk Kegunaan Pejabat

ii. PAYOR/CONTRIBUTOR DETAILS / BUTIR-BUTIR PEMBAYAR/PENCARUM																								
All sections are required to be completed / Semua bahagian perlu dilengkapkan																								
<b>Name</b> Nama		<b>NRIC No.</b> (For Malaysian citizen only) No. KP (Untuk warganegara Malaysia sahaja)																						
<b>Date of Birth</b> Tarikh Lahir	(DD/MM/YYYY) (HH/BB/TTTT)	<b>Gender</b> Jantina	<input type="checkbox"/> Male Lelaki	<input type="checkbox"/> Female Perempuan																				
<b>Passport No.</b> (For Non-Malaysian citizen only) No. Pasport (Untuk bukan warganegara Malaysia sahaja)		<b>Passport Expiry Date</b> Tarikh Luput Pasport		(DD/MM/YYYY) (HH/BB/TTTT)																				
<b>Nationality</b> Kewarganegaraan		<b>Name of Employer</b> Nama Majikan																						
<b>Nature of Business</b> Jenis Perniagaan		<b>Occupation</b> Pekerjaan																						
<b>Exact Duties</b> Tanggungjawab Sebenar		<b>E-mail Address</b> (Optional) Alamat E-mel (Pilihan)																						
<b>Telephone No.</b> No. Telefon	<b>Mobile</b> Tel. Bimbit	<b>Residence</b> Rumah	<b>Office</b> Pejabat																					
<b>Relationship with Owner</b> Hubungan dengan Pemilik	<input type="checkbox"/> Spouse Suami/isteri	<input type="checkbox"/> Parent Ibu/bapa	<input type="checkbox"/> Children Anak	<input type="checkbox"/> Grand Parent Datuk/nenek																				
	<input type="checkbox"/> Siblings Adik beradik	<input type="checkbox"/> Sibling of Parent Adik beradik Ibu/bapa	<input type="checkbox"/> Legal Guardian Penjaga yang Sah	<input type="checkbox"/> Grand Child Cucu																				
<b>Payor/Contributor's Correspondence Address</b> / <i>Alamat Surat-menyurat Pembayar/Pencarum</i> (A correspondence address is where you send and receive all mail items) / <i>(Alamat surat-menyurat ialah tempat anda menghantar dan menerima semua item mel)</i>																								
<b>Is Payor/Contributor's Residential Address same with Payor/Contributor's Correspondence Address?</b> / <i>Adakah Alamat Kediaman Pembayar/Pencarum sama dengan Alamat Surat-menyurat Pembayar/Pencarum?</i>																								
<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No (I will fill in the Residential Address section below) Tidak (Saya akan melengkapkan alamat kediaman di bahagian berikutnya)																								
<b>Payor/Contributor's Residential Address</b> / <i>Alamat Kediaman Pembayar/Pencarum</i> (A Residential address is the address at which you presently or normally resides) / <i>(Alamat kediaman adalah alamat di mana anda tinggal sekarang)</i>																								
DECLARATION / PENGISYTIHARAN																								
<p>I/We understand and agree that any personal information collected or held by AIA Bhd. / AIA PUBLIC Takaful Bhd. / AIA General Berhad (hereinafter referred to as "AIA") (whether contained in this form or otherwise obtained, including through credit reporting agencies) may be held, used, and disclosed by AIA to individuals/organisations related to and associated with AIA or any selected third party (within or outside of Malaysia, including but not limited to regulators/authorities, reinsurance companies/retakaful operators, claims investigation companies, industry associations/federations and credit reporting agencies) for the purpose of (a) processing this form; (b) providing subsequent service for this; (c) for AIA data matching; (d) to review and advice on my/our coverage with AIA; and (e) for regulatory and/or statutory compliance purposes. I/We understand that I/we have the 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's Customer Service Centres. / <i>Saya/Kami faham dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh AIA Bhd. / AIA PUBLIC Takaful Bhd. / AIA General Berhad (selepas ini dirujuk sebagai "AIA") (sama ada terkandung dalam borang ini atau diperolehi dengan cara lain, termasuk melalui agensi pelaporan kredit) 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 tetapi tidak terhad kepada pihak berkuasa, syarikat reinsurans/pengendali retakaful, syarikat penyiasatan tuntutan, persatuan/persekutuan industri dan agensi pelaporan kredit) bagi tujuan (a) memproses permohonan ini; (b) memberikan khidmat seterusnya; (c) untuk pemadanan data AIA; (d) menyemak dan memberi nasihat mengenai perlindungan saya/kami dengan AIA; dan (e) bagi tujuan pematuhann undang-undang dan/atau statutori. 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.</i></p> <p><b>Important Note: / Nota Penting:</b> AIA may review and/or update the Privacy Statement from time to time to reflect the changes in law and/or AIA internal policy. For more information on how AIA deals with personal information, please refer to the latest Privacy Statement on our website at <a href="http://www.aia.com.my">www.aia.com.my</a>. / <i>AIA mungkin menyemak semula dan/atau mengemas kini Kenyataan Privasi dari masa ke semasa berdasarkan perubahan dalam undang-undang dan/atau polisi dalaman AIA. Untuk maklumat lanjut mengenai cara AIA menguruskan maklumat peribadi, sila rujuk Kenyataan Privasi terbaru di laman web kami di <a href="http://www.aia.com.my">www.aia.com.my</a>.</i></p>																								
<b>Executed on</b> Dikuatkuasakan pada		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td>-</td><td>2</td><td>0</td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">DD / HH</td> <td colspan="2">MM / BB</td> <td colspan="6">YYYY / TTTT</td> </tr> </table>					-			-	2	0			DD / HH		MM / BB		YYYY / TTTT					
		-			-	2	0																	
DD / HH		MM / BB		YYYY / TTTT																				
<b>Signature of Policy/Certificate Owner</b> Tandatangan Pemilik Polisi/Sijil																								
<b>Name / Nama</b>																								
<b>NRIC/Passport No. / No. KP/Pasport</b>																								