


**AIA PUBLIC
TAKAFUL**
Health Certificate / Sijil Kesihatan

 Collection Station
Stesen Kutipan

--	--

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.

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.

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.

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.

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.

Jika terdapat sebarang perubahan pada jawapan yang dibenikan 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.

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.

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

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

 Agent Code / Kod Ejen

--	--	--	--

 Agency Code / Kod Agensi

--	--	--	--

 Dispatch Location / Lokasi Penghantaran

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

 Agent Name / Nama Ejen

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

 Agency Name / Nama Agensi

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

 Agent Tel No. / No. Tel Ejen

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

 Name of Person Covered
Nama Orang Dilindungi

 NRIC No.
No. KP

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

 Application for Permohonan Untuk
 Reinstatement / Placing of new Certificate / Pengembalian Semula / Mengadakan Sijil baru
 Changes / Pertukaran
 Addition of Riders / Tambahan Rider
 Removal / Reduction in Ratings / Penghapusan / Pengurangan dalam Perkadaran
 Change in Amount / Perubahan dalam Amaun

 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 Baru

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

 -

--	--

 -

--	--	--	--

 Passport No. / No. Pasport

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

(Applicable for non-Malaysian) (untuk warga bukan Malaysia)

 Date of Birth / Tarikh Lahir

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

 Nationality / Warganegara

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

 Age / Umur

--	--

 Gender / Jantina
 Male / Lelaki
 Female / Perempuan

 Marital Status / Taraf Perkahwinan
 Single / Bujang
 Married / Berkahwin
 Widowed / Balu
 Divorced / Bercerai

 Race / Bangsa
 Height / Tinggi

--	--	--

 cm
 Weight / Berat

--	--	--

 kg

Residence Address / Alamat Rumah

Office Address / Alamat Pejabat

Contact Tel No. / No. Tel. Untuk Dihubungi

 Residence / Rumah

--	--	--	--

 -

--	--	--	--

 Office / Pejabat

--	--	--	--

 -

--	--	--	--

 Handphone / Tel Bimbit

--	--	--	--

 -

--	--	--	--

 Email / 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
 250,001 - 300,000
 > 300,000

B. Information concerning the Certificate Owner (if different from Person Covered) / Maklumat berkaitan Pemilik Sijil (jika lain daripada Orang Dilindungi)

Name of Person Covered / Certificate Owner / Nama Orang Dilindungi / Pemilik Sijil

 New NRIC No. / No. KP Baru

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

 -

--	--

 -

--	--	--	--

 Passport No. / No. Pasport

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

(Applicable for non-Malaysian) (untuk warga bukan Malaysia)

 Date of Birth / Tarikh Lahir

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

 Nationality / Warganegara

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

 Age / Umur

--	--

 For Office Use
Untuk Kegunaan Pejabat

Gender Jantina	<input type="checkbox"/> Male Lelaki	<input type="checkbox"/> Female Perempuan	Marital Status Taraf Perkahwinan	<input type="checkbox"/> Single Bujang	<input type="checkbox"/> Married Berkahwin	<input type="checkbox"/> Widowed Balu	<input type="checkbox"/> Divorced Bercera				
Race Bangsa	Height Tinggi			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm				
Residence Address /Alamat Rumah			Weight Berat					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg
Contact Tel No. / No Tel Untuk Dihubungi			Email E-mel								
Residence Rumah	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Occupation & Exact Duties Pekerjaan & Tugas Sebenar								
Office Pejabat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Name of Employer Nama Majikan								
Handphone Tel Bimbit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nature of Business Jenis Perniagaan								
Annual Earned Income (RM) Pendapatan Tahunan (RM)	<input type="checkbox"/> < 36,000	<input type="checkbox"/> 36,000 - 60,000	<input type="checkbox"/> 60,001 - 75,000	<input type="checkbox"/> 75,001 - 100,000	<input type="checkbox"/> 100,001 - 150,000	<input type="checkbox"/> 150,001 - 200,000	<input type="checkbox"/> 200,001 - 250,000	<input type="checkbox"/> > 250,000			

C. OTHER TAKAFUL / INSURANCE DETAILS / LAIN-LAIN BUTIRAN TAKAFUL / INSURANS

- Please state sum covered / sum insured of your Takaful / insurance plan (including pending applications other than those with AIA PUBLIC)1. / Sila nyatakan jumlah dilindungi / diinsurankan pelan Takaful / insurans (termasuk permohonan Takaful atau insurans yang sedang dipertimbangkan selain dengan AIA PUBLIC)1
 - Proposed Person Covered / Orang Dilindungi Dicapadangkan
- Give details of other family members on the Takaful / Insurance Plan on each life (For Juvenile Application Only)2 / Berikan butir-butir ahli keluarga yang lain / yang mengambil Pelan Takaful / Insurans yang dimiliki pada setiap diri (Untuk Permohonan Juvenil Sahaja)2
 - Applicant-Participant / Pemohon-Peserta
 - Parent (other than Applicant-Participant) / Ibu Bapa selain daripada Pemohon-Peserta
 - Brother/Sister / Adik-beradik Lelaki/Perempuan

	Takaful Operator / Insurance Company Pengendali Takaful / Syarikat Insurans		Family Takaful / Life Insurance / Critical Illness / Health / Accident Takaful Keluarga / Insurans Hayat / Penyakit Kritikal / Kesihatan / Kemalangan			Sum Covered (RM) Jumlah Dilindungi (RM)	Date Issued Tarikh Dikeluarkan
1 Proposed Person Covered 1 Orang Dilindungi Dicapadangkan							
2 Relationship to Proposed Person Covered 2 Hubungan dengan Orang Dilindungi Dicapadangkan	Age Umur	Gender Jantina	Takaful Operator / Insurance Company Pengendali Takaful / Syarikat Insurans	Family Takaful / Life Insurance / Critical Illness / Health / Accident Takaful Keluarga / Insurans Hayat / Penyakit Kritikal / Kesihatan / Kemalangan	Sum Covered (RM) Jumlah Dilindungi (RM)	Date Issued 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)	Name of Spouse / Nama Suami / Isteri (of the Proposed Person Covered / Owner)* (kepada Orang Dilindungi Dicapadangkan / Pemilik)*			NRIC / Other Identification No. No. KP / Identiti Lain	Nationality Warganegara	Gender (M/F) Jantina (L/P)	Date of Birth Tarikh Lahir MM/DD/YYYY BB/HH/TTTT	Age Umur
	Occupation / Pekerjaan			Name & address of Employer / Nama & Alamat Majikan		Height / Tinggi	Weight / Berat	
						<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>
(b)	Name of Children Nama Anak	NRIC No. / Passport No. No. KP / No. Pasport	Nationality Warganegara	Gender (M/F) Jantina (L/P)	Date of Birth Tarikh Lahir MM/DD/YYYY BB/HH/TTTT	Age Umur	Height Tinggi	Weight Berat
	1.						<input type="text"/>	cm
	2.						<input type="text"/>	cm
	3.						<input type="text"/>	cm
	4.						<input type="text"/>	cm

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

E. Health Details of Proposed Person Covered / Applicant-Owner / Covered Members <i>Butir-butir Kesihatan Orang Dilindungi Dicapadangkan / Pemohon-Pemilik / Ahli Keluarga Dilindungi Dicapadangkan</i>	Proposed Person Covered / Orang Dilindungi Dicapadangkan		Applicant-Owner Pemohon Sijil		Family Members / Spouse Ahli Keluarga / Suami Isteri		
	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak	
	Q4 - 11 are not required for those undergoing medical exam <i>Soalan 4 - 11 tidak diperlukan bagi mereka yang menjalani pemeriksaan perubatan</i>						
<p>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></p> <p>Proposed Person Covered sticks/day Applicant-Owner sticks/day Spouse sticks/day <i>Orang Dilindungi Dicapadangkan batang/hari Pemohon-Pemilik batang/hari Suami/isteri batang/hari</i></p> <p>(b) Have you smoked any cigarettes in the past 12 months? <i>Adakah anda merokok dalam tempoh dua belas 12 bulan yang lepas?</i></p> <p>(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></p>	1. (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>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. <i>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.</i></p> <p>(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. <i>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.</i></p>	2. (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>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? <i>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?</i></p>	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4. Any change in weight excess of 5kg in the last 12 months? If "Yes" please give exact amount and reason. <i>Pernahkah anda mengalami perubahan berat badan melebihi 5 kg dalam 12 bulan yang lepas? Jika "Ya" sila berikan jumlah yang tepat dan sebab.</i></p>	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>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? <i>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?</i></p>	5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>6. Have you ever had or been told you had or been treated for: <i>Pernahkah anda menghidap atau diberitahu bahawa anda menghidap atau pernah dirawat akibat:</i></p> <p>(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, ketagih alkohol, ketagihan dadah, kecacatan fizikal ?</i></p> <p>(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></p> <p>(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, kolesterol meningkat, tekanan darah tinggi, anemia atau gangguan penyakit darah, jantung atau saluran darah?</i></p> <p>(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 penyakit perut, usus, hati atau pundi hempedu?</i></p> <p>(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></p> <p>(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></p> <p>(g) Fits, epilepsy, stroke, fainting spells, paralysis, mental or nervous disorders, abnormalities of the brain or nervous system? <i>Sawan, epilepsi, angin ahmar, pengsan, lumpuh, gangguan mental atau saraf, ketidaknormalan otak atau sistem saraf?</i></p> <p>(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, kelenjar limfa membesar, sista, tumor, ketulan, kebengkakkan tidak normal atau kanser?</i></p>	6. (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>7. Have you or your spouse been told to have, received any medical advice, counselling 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, diarrhoea, 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></p>	7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>8. In the PAST FIVE YEARS, have you had any :- <i>Dalam LIMA TAHUN YANG LEPAS, adakah anda mengalami sebarang :</i></p> <p>(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></p> <p>(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></p>	8. (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b)	<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</i>	Proposed Person Covered <i>Orang Dilindungi Dicadangkan</i>		Applicant-Owner <i>Pemohon-Pemilik</i>		Family Members / Spouse <i>Ahli Keluarga / Suami Isteri</i>	
	Yes	No	Yes	No	Yes	No
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Q1 - 3 must be answered for non-medical and medical applications Soalan 1 - 3 hendaklah dijawab untuk permohonan bukan perubatan dan perubatan						
9. FEMALE ONLY / WANITA SAHAJA (a) Are you presently pregnant? If yes, how many months? / Adakah anda mengandung sekarang? Jika ya, berapa bulan? (b) Have you suffered from any breast cysts? / Pernahkah anda menghidap sebarang sista payudara? (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>	9.					
10. Have you ever suffered symptoms of or had any other illness, disease or disorder which not disclosed above? <i>Pernahkah anda menghidapi tanda-tanda atau mempunyai sebarang penyakit atau gangguan lain yang tidak dinyatakan di atas?</i>	10.					

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.
 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.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DECLARATION AND AUTHORIZATION / PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA

I/We hereby acknowledge that I/we have reviewed the Sustainability Quotation and understand the impact of the changes requested to the sustainability of my Certificate*.
 Saya/Kami dengan ini mengakui bahawa saya/kami telah meneliti Sebut Harga Kemampunan dan memahami kesan daripada sebarang perubahan yang diminta terhadap kemampunan Sijil saya*.

*Only applicable for investment-linked Certificates. AIA PUBLIC is not able to process your request for change if this declaration is not selected.
 *Terpakai untuk sijil berkaitan-pelaburan sahaja. AIA PUBLIC tidak dapat memproses permintaan anda untuk membuat sebarang perubahan sekiranya pengisytiharan ini tidak ditandakan

- I/We declare that: / 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; / 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; / 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; / 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 / 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 dilengkapkan oleh saya/kami berhubung dengan permohonan dan dalam mana-mana laporan perubatan 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. / 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. / 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. / 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 advice 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 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 pembedaan sebarang maklumat peribadi yang dipegang oleh AIA 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. *I AIA PUBLIC mungkin menyemak semula dan/atau mengemas kini Pernyataan 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 Pernyataan Privasi terbaru di laman web kami di www.aia.com.my.*

Executed on

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

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

Name / Nama

NRIC No. / No. KP

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

Signature of Proposed Person Covered
Tandatangan Orang Dilindungi Dicadangkan

Name / Nama

NRIC No. / No. KP

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

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

Name / Nama

NRIC No. / No. KP