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/Proposal Form between the time of submission of the Application/Proposal Form and the time the contract is entered into, you are also required to disclose to AIA PUBLIC fully and accurately or correctly such changes.

In addition to answering the questions in the Application/Proposal 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 branches or contact AIA PUBLIC's authorised agent.

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 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.

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 cawangan AIA atau menghubungi ejen AIA PUBLIC.

J0408131

Certificate Number
Nombor Sijil

Agent Code / *Kod Ejen*

Agency Code / *Kod Agensi*

Agent Name / *Nama Ejen*

Agency Name / *Nama Agensi*

Agent Tel No. / *No. Tel Ejen*

Name of Person Covered
Nama Orang Dilindungi

IC 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 / *Pertukaran dalam Amaun*

Payment made / *Bayaran dibuat*

A. Information Concerning the Child (Person Covered under Juvenile Certificate) / *Maklumat Berkaitan Anak (Orang Dilindungi di bawah Sijil Juvenil)*

1. Name of Child / *Nama Anak*

Gender / *Jantina* ☐ Male / *Lelaki* ☐ *Female* / *Perempuan*

Race / *Bangsa*

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

Date of Birth / *Tarikh Lahir* (MM/DD/YYYY) *(BB/HH/TTTT)*

Age / *Umur*

2. Height / *Tinggi* *cm*

Weight / *Berat* *kg*

B. Information Concerning the Adult Person Covered / Applicant-Owner (under Juvenile Certificate)
Maklumat berkaitan Orang Dilindungi Dewasa / Pemohon-Pemilik (di bawah Sijil Juvenil)

1. Name / *Nama*

☐ Single / *Bujang* ☐ Married / *Berkahwin*
☐ Widowed / *Balu* ☐ Divorced / *Bercerai*

Gender / *Jantina* ☐ Male / *Lelaki* ☐ Female / *Perempuan*

Race / *Bangsa*

IC No. / *No. KP* –

Passport No. / *No. Pasport*

Date of Birth / *Tarikh Lahir* (MM/DD/YYYY) *(BB/HH/TTTT)*

Age / *Umur*

2. Height / *Tinggi* cm

Weight / *Berat* kg

3. (a) Residence Address / *Alamat Rumah*

Postcode / *Poskod*

District / City / Town / *Daerah / Bandar / Bandaraya*

(b) Office Address / *Alamat Pejabat*

Postcode / *Poskod*

District / City / Town / *Daerah / Bandar / Bandaraya*

(c) E-mail
E-mel

(d) Contact Tel No.
No. Tel

Residence / *Rumah* –

Office / *Pejabat* –

Handphone / *Tel Bimbit* –

For Office Use
Untuk Kegunaan Pejabat

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

(b) Name of Employer / *Nama Majikan* _____

(c) Nature of Business / *Jenis Perniagaan* _____

(d) Annual Earned Income (RM) / *Pendapatan Tahunan (RM)*

☐ < 25,000 ☐ 25 - 35,999 ☐ 36 - 50,999 ☐ 51 - 75,999
☐ 76 - 99,999 ☐ 100 - 149,999 ☐ 150 - 200,000 ☐ > 200,000

C. Other Takaful / Insurance Details / *Butiran Takaful / Insurans Yang Lain*

1. Please state your Takaful or Insurance Coverage (including Accident & Critical Illness) that are currently in force.
Sila nyatakan perlindungan Takaful atau insurans (termasuk Pelan Kemalangan & Penyakit Kritikal) yang masih berkuatkuasa.

(a) Child (Person Covered under Juvenile Certificate)
Anak (Orang Dilindungi di bawah Sijil Juvenil)

Takaful / *Takaful* _____

Critical Illness / *Penyakit Kritikal* _____

Accident / *Kemalangan* _____

(b) Adult Person Covered / Applicant-Owner (under Juvenile Certificate)
Orang Dewasa yang Dilindungi / Pemohon-Pemilik (di bawah Sijil Juvenil)

Takaful / *Takaful* _____

Critical Illness / *Penyakit Kritikal* _____

Accident / *Kemalangan* _____

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 Yang Dicadangkan / Pemilik)**	IC / Other Identification No. *No. KP / Identiti Lain*	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*
		cm	kg

(b)

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

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

E. Health Details of Proposed Person Covered / Applicant-Owner / Covered Members
Butir-butir Kesihatan Orang Dilindungi Yang Dicadangkan / Pemohon-Pemilik / 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 Person Covered *Orang Dilindungi yang Dicadangkan*		Applicant-Owner *Pemohon-Pemilik*		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.*	1. (a)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Proposed Person Covered *Orang Dilindungi yang Dicadangkan* ☐ sticks/day *batang/hari* Applicant-Owner *Pemohon-Pemilik* ☐ sticks/day *batang/hari* Spouse *Suami/isteri* ☐ sticks/day *batang/hari*							
(b) Have you smoked any cigarettes in the past 12 months? *Adakah anda merokok dalam tempoh dua belas 12 bulan yang lepas?*	(b)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(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)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(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)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

E. Health Details of Proposed Person Covered / Applicant-Owner / Covered Members *Butir-butir Kesihatan Orang Dilindungi Yang Dicadangkan / Pemohon-Pemilik / Ahli Keluarga Dilindungi yang Dicadangkan* **Q4 - 11 are not required for those undergoing medical exam** *Soalan 4 - 11 tidak diperlukan bagi mereka yang menjalani pemeriksaan perubatan*		Proposed Person Covered / *Orang Dilindungi yang Dicadangkan*		Applicant-Owner *Pemohon Sijil*		Family Members / Spouse *Ahli Keluarga / Suami Isteri*	
		Yes *Ya*	**No** *Tidak*	**Yes** *Ya*	**No** *Tidak*	**Yes** *Ya*	**No** *Tidak*
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.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Have you ever had or been told you had or been treated for: *Pernahkah anda menghidap atau diberitahu bahawa anda menghidap atau pernah dirawat akibat:*	6.						
(a) Nosebleeds, double vision, deafness, blindness, diseases of eyes, nose, ears, throat or vocal cords, alcoholism, drug habits or used habit forming drugs, physical defects ? *Hidung berdarah, penglihatan berganda, pekak, buta, penyakit atau gangguan mata, hidung, telinga, tekak atau pita suara, ketagih alkohol, ketagihan dadah, kecacatan fizikal ?*	(a)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(b) Asthma, bronchitis, tuberculosis, respiratory disorders or other lung disease, goiter, thyroid or endocrine system disorders? *Asma, bronkitis, tuberkulosis/batuk kering, gangguan pernafasan atau penyakit paru-paru yang lain, goiter, tiroid atau gangguan sistem endokrin?*	(b)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(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? *Ketidakselesaan atau sesak dada, sakit dada, palpitasi, serangan jantung, kolestrol meningkat, tekanan darah tinggi, anemia atau gangguan penyakit darah, jantung atau saluran darah?*	(c)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(d) Jaundice, hepatitis, being a hepatitis carrier, duodenal or gastric ulcer, hernia, haemorrhoids or other disorders or diseases of the stomach, intestines, liver or gallbladder? *Demam kuning, hepatitis, pembawa hepatitis, ulser gastrik atau duodenum, hernia, hemorrhoid atau lain-lain gangguan penyakit perut, usus, hati atau pundi hempedu?*	(d)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(e) Diabetes, sugar, albumin, blood or pus cells in the urine, kidney stones or other disorders of the genitourinary system? *Kencing manis, gula, albumin, darah atau sel nanah dalam air kencing, batu karang atau lain-lain gangguan sistem genitourinari?*	(e)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(f) Arthritis, gout, prolapsed intervertebral disc, rheumatism, or disorders of the spine, back, joints, bones or muscles? *Artritis, gout, prolaps piring intervertebral, reumatisma, atau gangguan tulang belakang, belakang ,sendi, tulang atau otot?*	(f)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(g) Fits, epilepsy, stroke, fainting spells, paralysis, mental or nervous disorders, abnormalities of the brain or nervous system? *Sawan, epilepsi, angin ahmar, pengsan, lumpuh, gangguan mental atau saraf, ketidaknormalan otak atau sistem saraf?*	(g)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(h) Severe skin infections, butterfly-like facial rash, enlarged lymph glands, cyst, tumors, lumps, abnormal swelling or cancers? *Jangkitan kulit yang teruk, ruam muka, kelenjar limfa membesar, sista, tumor, ketulan, kebengkakkan tidak normal atau kanser?*	(h)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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: fatique, weight loss, diarrhoea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions? *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.*	7.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. In the PAST FIVE YEARS, have you had any :- *Dalam LIMA TAHUN YANG LEPAS, adakah anda mengalami sebarang :*	8.						
(a) Illness, operation, medical advice, hospital treatment, accident, injury or claim history? *Penyakit, pembedahan, nasihat perubatan, rawatan hospital, kemalangan, kecederaan atau latar belakang tuntutan?*	(a)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(b) Physical check-up or tests done such as x-ray, mammography, electrocardiogram, ultrasonogram, echocardiogram, biopsy, blood or urine test? *Pemeriksaan fizikal atau menjalani ujian seperti x-ray, mammografi, elektrokardiogram, ultrasonogram, ekokardiogram, biopsi, ujian darah atau air kencing?*	(b)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. FEMALE ONLY / *WANITA SAHAJA*	9.						
(a) Are you presently pregnant? If yes, how many months? / *Adakah anda mengandung sekarang? Jika ya, berapa bulan?*	(a)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(b) Have you suffered from any breast cysts? / *Pernahkah anda menghidap sebarang sista payudara?*	(b)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(c) Have you suffered from any disorders of the breasts, breast lumps, female organs, stillbirth, complications at childbrith, abnormal papsmear(s) or irregular menses? *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.*	(c)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Have you ever suffered symptoms of or had any other illness, disease or disorder which not disclosed above? *Pernahkah anda menghidapi tanda-tanda atau mempunyai sebarang penyakit atau gangguan lain yang tidak dinyatakan di atas?*	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 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 mengenepikan 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 pofesional. Pengesahan ini hendaklah setiap masa mengikat waris-waris dan penama saya, dan kekal sah meskipun setelah kematian saya dan salinan pengesahan ini hendaklah sama berkesannya dengan yang asal.*

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

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

	I hereby agree to be the Person Covered / ***Saya dengan ini bersetuju menjadi Orang Dilindungi***	**I hereby agree to be the Person Covered /** ***Saya dengan ini bersetuju menjadi Orang Dilindungi***
Signature of Applicant-Owner, if other than Person Covered ***Tandatangan Pemohon-Pemilik, jika lain dari Orang Dilindungi***	**Signature of Proposed Person Covered** ***Tandatangan Orang Dilindungi yang Dicadangkan***	**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*