AIA Bhd. (790895-D)

Corporate Solutions Division
Menara AIA, 99 Jalan Ampang
50450 Kuala Lumpur
P. O. Box 10140
50704 Kuala Lumpur
T : 03-2056 1111

AIA.COM.MY

CLAIMANT'S STATEMENT FOR LIFE / ACCIDENTAL DEATH AND DISABLEMENT / TOTAL AND PERMANENT DISABILITY / PARTIAL AND PERMANENT DISABILITY / CRITICAL ILLNESS
PERNYATAAN PIHAK MENUNTUT BAGI HAYAT / KEMATIAN DAN HILANG UPAYA DISEBABKAN OLEH KEMALANGAN / KEHILANGAN UPAYA KEKAL DAN SEMENTARA / PENYAKIT KRITIKAL

IMPORTANT NOTE / ***NOTA PENTING***

1. Please ensure that this claim form is fully completed before submission to avoid any delay in claim processing. / *Sila pastikan bahawa borang tuntutan dilengkapkan dengan sepenuhnya sebelum penyerahan bagi mengelakkan kelewatan dalam pemprosesan tuntutan.*
2. For processing of Critical Illness Claims, AIA may request for further medical report specific to the critical illness suffered (Please contact our Claim Department) / *Bagi pemprosesan Tuntutan Penyakit Kritikal, AIA mungkin akan meminta laporan perubatan yang terperinci bagi penyakit yang dihadapi (Sila hubungi Jabatan Tuntutan kami)*

CHECKLIST ON SUBMISSION OF CLAIM DOCUMENTS /
SENARAI SEMAK BAGI PENYERAHAN DOKUMEN-DOKUMEN TUNTUTAN

ALL COPIES OF DOCUMENTS MUST BE CERTIFIED TRUE COPY (CTC) /
KESEMUA SALINAN DOKUMEN HENDAKLAH DISAHKAN SEBAGAI SALINAN DIAKUI SAH (SDS)

☐ DISABILITY/CRITICAL ILLNESS CLAIM* /
*TUNTUTAN KEHILANGAN UPAYA/PENYAKIT KRITIKAL**

1. Completed Claimant's Statement by the Employer/Insured / *Pernyataan Pihak Menuntut yang dilengkapkan oleh Majikan/Orang yang Diinsuranskan*
2. Completed Attending Physician's Statement / *Laporan Perubatan yang lengkap daripada Doktor yang Merawat*
3. CTC of Insured's IC / *SDS Kad Pengenalan (KP) Orang yang Diinsuranskan*
4. CTC of Police Report (accidental causes only) / *SDS Laporan Polis (disebabkan oleh kemalangan sahaja)*
5. CTC of medical boarded out letter from Doctor and Employer / *SDS surat pengesahan ketidakmampuan bekerja daripada Doktor dan Majikan*
6. CTC of Employment Letter / *SDS Surat Penerimaan Bekerja*
7. CTC of last 3 months pay slips / *SDS slip gaji bagi 3 bulan terakhir*
8. Full length photograph of Insured (for loss/ amputation/bed-ridden) / *Gambar penuh Orang yang Diinsuranskan (untuk kehilangan/amputasi/terlantar sakit)*
9. Consent for the release of information form (5 copies enclosed) / *Borang Kebenaran untuk mengeluarkan maklumat (5 salinan asal dilampirkan)*

☐ DEATH CLAIM* /
*TUNTUTAN KEMATIAN**

1. Completed Claimant's Statement by the Employer/ Beneficiary / *Pernyataan Pihak Menuntut yang dilengkapkan oleh Majikan/Benefisiari*
2. CTC of Death Certificate / *SDS Sijil Kematian*
3. CTC of Deceased's IC / *SDS Kad Pengenalan (KP) Si Mati*
4. CTC of Employment Letter / *SDS Surat Penerimaan Bekerja*
5. CTC of last 3 months pay slips / *SDS slip gaji bagi 3 bulan terakhir*
6. Jabatan Pendaftaran Negara (JPN) letter for death outside Malaysia / *Surat JPN untuk kematian di luar Malaysia*

For Public Mutual Berhad Policy: / *Untuk Polisi Public Mutual Berhad:*

1. Not required - Employment Letter and pay slip. / *Tidak diperlukan - Surat Penerimaan Bekerja dan slip gaji.*
2. Required - Completed Attending Physician's Statement Death Claim. / *Laporan Perubatan yang lengkap daripada Doktor yang Merawat - Tuntutan Kematian.*

Additional documents for Accidental Death / *Dokumen tambahan untuk Kematian akibat Kemalangan*

1) CTC Details of Post Mortem & Toxicology Reports / *SDS Laporan Bedah Siasat dan Toksikologi*
2) CTC of Police Report/s / *SDS Laporan Polis*
3) CTC of Newspaper cutting/s (if any) / *SDS Keratan Akhbar (jika ada)*

TO BE COMPLETED BY CLAIMANT / ***DIISI OLEH PIHAK YANG MENUNTUT***

In what capacity do you claim this insurance? / *Di dalam kapasiti yang manakah anda ingin membuat tuntutan insurans ini?*

☐ Employer / *Majikan* ☐ Beneficiary/Nominee / *Benefisiari/Penama* ☐ Employee/Insured / *Pekerja/Orang yang Diinsuranskan*

*Name of Employer/ Beneficiary / *Nama Majikan/Benefisiari*	

INFORMATION OF EMPLOYEE/INSURED / ***MAKLUMAT PEKERJA/ORANG YANG DIINSURANSKAN***

*Full name of Employee/ Insured / *Nama penuh Pekerja/ Orang yang Diinsuranskan*	(as shown on IC/Passport/Army IC) / *(seperti yang tertera di dalam KP/Pasport/KP Tentera)*		
*New NRIC No. / *No. KP Baru*		Date of Birth / *Tarikh Lahir*	DD / *HH* – MM / *BB* – YYYY / *TTTT*
Policy No. / *No. Polisi*		Policy Plan / *Pelan Polisi*	
Occupation / *Pekerjaan*		Staff ID No. / *No. ID Pekerja*	
Sum Assured / *Jumlah yang Diinsuranskan*	RM		

Life Insurance Amount Covered by Other Companies / ***Amaun Insurans Hayat yang Diinsuranskan oleh Syarikat Lain***

Name of Insurance Companies / *Nama Syarikat Insurans*	Policy No. / *No. Polisi*	Effective Date (DD/MM/YYYY) / *Tarikh Berkuatkuasa (HH/BB/TTTT)*	Amount of Benefits (RM) / *Amaun Faedah (RM)*

Please ☑ check the appropriate box and complete the relevant section. / *Sila tandakan ☑ pada kotak yang sesuai dan lengkapkan bahagian yang berkaitan.*

☐ **DISABILITY/CRITICAL ILLNESS CLAIM / *TUNTUTAN KEHILANGAN UPAYA/PENYAKIT KRITIKAL***

Nature of Illness or Injury (please state exact diagnosis) which has caused the Insured to cease work / *Jenis Penyakit atau Kecederaan (sila nyatakan penyakit yang sebenar) yang mana telah menyebabkan Orang yang Diinsuranskan berhenti bekerja*			
Date first absent from work / *Tarikh mula tidak hadir bekerja*	DD / *HH* – MM / *BB* – YYYY / *TTTT*	Current Salary / *Gaji Semasa*	RM ____ . ____
Date of disability, illness or injury first occurred or was first diagnosed / *Tarikh mula kehilangan upaya, sakit/ kecederaan itu berlaku/mula didiagnosis*	DD / *HH* – MM / *BB* – YYYY / *TTTT*	First Treated / *Tarikh Rawatan Pertama*	DD / *HH* – MM / *BB* – YYYY / *TTTT*

Additional information if disability was due to an accident / *Sila lengkapkan jika kehilangan upaya disebabkan kemalangan*

Please provide details of the accident / *Sila nyatakan butir-butir kemalangan*	Date / *Tarikh* DD / *HH* – MM / *BB* – YYYY / *TTTT* Time / *Masa* ____ : ____ ☐am ☐pm Place / *Tempat* ____
State how the accident occurred / *Nyatakan bagaimana kemalangan berlaku*	

Name and address of doctors who will be able to provide more information on the Insured's condition and treatments. /
Nama dan alamat semua doktor yang boleh memberikan maklumat yang terperinci bagi keadaan dan rawatan Orang yang Diinsuranskan.

Name of Doctor / *Nama Doktor*	Clinic/Hospital Name / *Nama Klinik/Hospital*	Address / *Alamat*

Has the Insured previously sought any treatment for the disability which he/she is now claiming? / *Adakah Orang yang Diinsuranskan sebelum ini pernah menerima sebarang rawatan bagi kehilangan upaya yang sedang dituntut sekarang?* ☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*

If "Yes", please give details of treatment / *Jika "Ya", sila berikan butiran rawatan*			
Name of Doctor / *Nama Doktor*		Date of Treatment / *Tarikh Rawatan*	DD / *HH* – MM / *BB* – YYYY / *TTTT*
Address of Clinic/Hospital / *Alamat Klinik/Hospital*			

I/We hereby declare that the statement(s) given are true and complete, that I/this Employee/Insured have/has not at any time returned to work since the date shown as first absent and that the sole reason for this absence has been the incapacity specified in the medical report. */ Saya/Kami dengan ini mengesahkan bahawa semua kenyataan yang diberi adalah benar dan lengkap, bahawa Saya/Pekerja/Orang yang Diinsuranskan ini tidak pada bila-bila masa kembali bekerja semenjak tarikh pertama tidak hadir bekerja dan alasan kukuh bagi ketidakhadiran ini ialah ketidakmampuan bekerja seperti yang dinyatakan di dalam laporan perubatan.*

Signed by the Insured/Beneficiary/For and on behalf of the Employer: */ Ditandatangani oleh Orang yang Diinsuranskan/Benefisiari/Untuk dan bagi pihak Majikan:*

Name / *Nama*			
Designation / *Jawatan*			
New NRIC No. / *No. KP Baru*			
Mobile No. / *No. Telefon Bimbit*			
E-mail Address / *Alamat E-mel*			
Signature / *Tandatangan*		Company Stamp / *Cop Syarikat*	
Date / *Tarikh*			

☐ DEATH CLAIM / *TUNTUTAN KEMATIAN*

Cause of death / *Sebab Kematian*			
Please state date, time & place of death / *Sila nyatakan tarikh, masa dan tempat kematian*	Date / *Tarikh* DD / *HH* – MM / *BB* – YYYY / *TTTT*	Time / *Masa* : ☐am ☐pm	Place / *Tempat*
Last Drawn Salary - Monthly Rated / *Gaji Terakhir - Kadar Bulanan*	RM .	Last Drawn Salary - Daily Rated / *Gaji Terakhir - Kadar Harian*	RM .

The undersigned hereby gives notice of the death of the Deceased and makes claim for the said insurance to AIA and agrees that the written statements and affidavits of all the physicians/ doctors who attended or treated the deceased and all other papers called for by the instruction hereon shall constitute and be made part of the proof of death. */ Dengan ini dimaklumkan bahawa pihak yang menurunkan tandatangan di bawah ini telah memberikan notis kematian simati dan membuat tuntutan pampasan kepada AIA dan bersetuju bahawa semua kenyataan bertulis dan affidavit bagi semua doktor yang pernah merawat simati dan lain-lain dokumen bersurat yang telah diperolehi adalah kandungan atau sebahagian bukti kematian.*

Name / *Nama*			
Designation / *Jawatan*			
New NRIC No. / *No. KP Baru*			
Mobile No. / *No. Telefon Bimbit*			
E-mail Address / *Alamat E-mel*			
Signature / *Tandatangan*		Company Stamp / *Cop Syarikat*	
Date / *Tarikh*			

PAYMENT DETAILS / *MAKLUMAT PEMBAYARAN*

Payment of Claim is to be made to (Kindly provide valid payee name) / *Pembayaran Tuntutan hendaklah dibayar kepada (Sila berikan nama penerima yang sah)*	

E-PAYMENT FACILITY / *KEMUDAHAN E-PEMBAYARAN*

Kindly provide the bank account information by completing this section and please attach a clear copy of the following document: */ Sila berikan maklumat akaun bank dengan mengisi bahagian ini dan sila lampirkan salinan yang jelas untuk dokumen-dokumen di bawah:*

(a) Photocopy of top portion of the bank statement of Current Account or Saving Account, OR */ Salinan foto bahagian atas penyata bank bagi Akaun Semasa atau Akaun Simpanan;* ***ATAU***
(b) Front page of the Savings Account Passbook, OR */ Muka depan Buku Akaun Simpanan,* ***ATAU***
(c) Confirmation letter from bank (certified true copy) */ Surat pengesahan daripada bank (salinan disahkan seperti asal)*

Bank Name / *Nama Bank*		Bank Account Holder Name / *Nama Pemegang Akaun Bank*	
Bank Account No. / *No. Akaun Bank*		E-mail Address / *Alamat E-mel*	

You will be notified by email once the payment has been made if you have provided your e-mail address. */ Anda akan dimaklumkan melalui e-mel sebaik sahaja pembayaran telah dibuat sekiranya alamat e-mel anda diberikan.*

I/We agree that AIA Bhd. ("AIA") accepts this instruction upon the following conditions: */ Saya/Kami bersetuju bahawa AIA Bhd. ("AIA") menerima arahan ini dengan syarat-syarat yang berikut:*

1. In consideration of AIA accepting the above instruction, I/We hereby undertake to indemnify and hold AIA harmless and indemnified against all actions, proceedings, claims, damages, cost, expenses, demands and losses which AIA may incur or sustain by reason of AIA carrying out the above instruction and/or howsoever arising from AIA acting on my/our instruction herein and/or arising from any error or omissions on my/our part. */ Sebagai balasan kepada AIA kerana menerima arahan di atas, dengan ini saya/kami mengaku janji untuk menanggung rugi dan tidak akan mempertanggungjawabkan AIA terhadap semua tindakan, prosiding, tuntutan, ganti rugi, kos, perbelanjaan, permintaan dan kerugian yang AIA mungkin alami atau tanggung kerana melaksanakan arahan-arahan di atas dan/atau dengan apa cara pun berlaku akibat daripada tindakan AIA melaksanakan arahan-arahan yang saya/kami berikan di dalam ini dan/atau disebabkan daripada apa-apa ralat atau ketinggalan di pihak saya/kami.*

2. I/We am/are responsible to notify AIA in writing immediately of any changes in my/our bank account number. The notice shall take effect on the date of receipt by AIA. */ Saya/Kami bertanggungjawab untuk memaklumkan kepada AIA secara bertulis dengan segera mengenai apa-apa perubahan nombor akaun saya/kami. Notis tersebut akan berkuat kuasa pada tarikh AIA menerima notis tersebut.*

3. This instruction shall remain binding upon me/us until AIA receipt of my/our written notification to cancel the instruction. */ Arahan ini akan kekal terikat ke atas saya/kami sehingga AIA menerima notis bertulis daripada saya/kami untuk membatalkan arahan berkenaan.*

4. AIA reserves the right at its absolute discretion to levy a charge on the above instruction. I/We hereby agree that AIA is entitled from time to time to vary such charges or impose other charges as deemed appropriate by AIA. */ AIA mempunyai hak mengikut budi bicara mutlaknya untuk mengenakan caj bagi arahan di atas. Saya/Kami bersetuju bahawa AIA berhak dari semasa ke semasa untuk mengubah caj berkenaan atau mengenakan caj-caj lain yang dianggap wajar.*

5. Any fee(s) imposed by the bank for this service shall be fully borne by me. */ Sebarang yuran yang dikenakan oleh pihak bank untuk perkhidmatan ini akan ditanggung sepenuhnya oleh saya.*

6. AIA reserves the right at any time: */ AIA berhak pada bila-bila masa:*

   a. Without prior notice to discontinue, interrupt, withdraw or suspend this service in whole as it deems fit and without assigning any reason whatsoever and AIA shall not be held liable for any loss or damage which may be suffered by me/us as a result of such action by AIA. */ Tanpa notis terlebih dahulu untuk menghentikan, mengendalakan, menarik balik atau menggantung perkhidmatan ini sepenuhnya sebagaimana yang AIA anggap sesuai dan tanpa memberi apa juga sebab, dan AIA tidak akan dipertanggungjawabkan atas apa-apa kerugian atau ganti rugi yang mungkin saya/kami mungkin alami berikutan tindakan sedemikian oleh AIA.*
   b. To add, delete or amend any of the above conditions. Such amendments shall become effective on such date as AIA may elect to adopt and the continued use of this service by me/us shall constitute my/our acceptance of the said amendments. */ Untuk menambah, memotong atau meminda mana-mana daripada syarat di atas. Pindaan sedemikian akan berkuat kuasa pada tarikh yang AIA mungkin pilih untuk diterima pakai, dan penggunaan perkhidmatan ini seterusnya oleh saya/kami akan dianggap sebagai penerimaan saya/kami akan pindaan tersebut.*
   c. To issue a cheque directly to me and send it to my correspondence address as per the Policy records with AIA in the event the information provided above is incorrect, incomplete and/or otherwise not possible due to no fault of AIA, to successfully process this request. */ Untuk memproses dan menghantar terus cek ke alamat surat menyurat saya yang ada dalam rekod AIA jikalau informasi yang diberi di atas tidak betul, mencukupi dan/atau tidak dapat di laksanakan bukan disebabkan kesalahan AIA dalam pemprosesan arahan ini.*

7. If there are trustees being appointed under Section 23 of Civil Law Act 1956, I/We must provide a joint account under the names of the trustee. */ Sekiranya Pemegang-pemegang Amanah dilantik di bawah Seksyen 23 Akta Undang-undang Sivil 1956, saya/kami perlu menyediakan akaun bersama Pemegang-pemegang Amanah.*

Notes: */ Nota:*

a. Please ensure that the bank account information provided in this Form is accurate. AIA shall not be liable if payments are erroneously credited due to inaccurate account number provided. */ Sila pastikan bahawa maklumat akaun bank yang dinyatakan dalam Borang ini adalah tepat. AIA tidak bertanggungjawab jika pembayaran dikreditkan secara salah disebabkan nombor akaun tidak tepat diberikan.*
b. Signature of policyowner/assignee or Company/Organisation's Rubber Stamp (where applicable) on this form must match with the signature or Company/Organisation's Rubber Stamp (where applicable) appeared in the insurance application form. */ Tandatangan pemegang polisi/Orang Diinsuranskan atau Cop Syarikat/Organisasi (di mana berkenaan) pada borang ini mesti sama dengan tandatangan atau Cop Syarikat/Organisasi (di mana berkenaan) yang dipaparkan dalam borang permohonan insurans.*
c. No joint name account is allowed. */ Akaun dengan nama bersama tidak dibenarkan.*

DECLARATION AND AUTHORISATION / *PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA*

1) I/We confirm that the answers given are true and accurate. */ Saya/Kami mengesahkan bahawa jawapan yang diberikan adalah benar dan tepat.*

2) I/We understand that AIA Bhd.'s acceptance of this form is not an admission of AIA Bhd.'s liability of my/our claim. */ Saya/Kami memahami bahawa penerimaan borang oleh AIA Bhd. tidak boleh dianggap sebagai penerimaan liabiliti ke atas tuntutan yang dibuat.*

3) I/We authorise any institution or individual that has any records or knowledge of my/our health and medical history to disclose such information to AIA Bhd. or its representative. */ Saya/Kami memberi kuasa kepada mana-mana institusi atau individu yang mempunyai rekod atau maklumat tentang kesihatan dan sejarah perubatan saya/kami untuk mendedahkannya kepada AIA Bhd atau wakil AIA Bhd.*

4) I/We understand and agree that any personal information collected or held by AIA Bhd. (whether through this application or otherwise obtained) may be used and disclosed by AIA Bhd. to individuals/institutions related to and associated with AIA Bhd. or any selected third party within or outside Malaysia such as reinsurers, claims investigation companies and industry associations to process this application. The information may also be used to provide service for this and other financial products and to communicate with me/us. I/We understand that I/we have a right to get access to and request for correction of any personal information held by AIA Bhd. Such requests can be made at any AIA Bhd. Customer Centres. */ Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa maklumat peribadi yang dikumpul atau dipegang oleh AIA Bhd. (sama ada melalui pemohonan ini ataupun cara lain) boleh digunakan dan didedahkan kepada individu atau institusi yang berkaitan dengan AIA Bhd. atau mana-mana pihak ketiga di dalam atau di luar Malaysia seperti penanggung insurans semula (reinsurer), syarikat penyiasatan tuntutan dan persatuan industri bagi memproses permohonan ini. Maklumat tersebut juga boleh digunakan untuk memberikan perkhidmatan ke atas permohonan ini dan juga produk kewangan lain. Saya/Kami memahami bahawa saya/kami mempunyai hak untuk mendapatkan dan memohon pembetulan dibuat ke atas mana-mana maklumat persendirian yang disimpan oleh AIA Bhd. Permohonan tersebut boleh dibuat di mana-mana cawangan Pusat Khidmat Pelanggan AIA Bhd.*

Signature of Policy Owner/Assignee/ Beneficiary/Company/Organisation's Rubber Stamp (where applicable) */ Tandatangan Pemilik Polisi/ Pemegang Serah Hak/Benefisiari/ Cop Syarikat/Organisasi (yang mana berkenaan)*		Name / *Nama*	
		New NRIC No. / *No. KP Baru*	
		Date / *Tarikh*	

FATCA Declaration / *Pengisytiharan FATCA*

Policy Number
Nombor Polisi

I declare and agree on behalf of myself and any person or persons, firm or corporation, who may have or claim any interest in any insurance on this request/application, that:- / *Saya isytiharkan dan bersetuju bagi pihak saya dan sesiapa sahaja, firma perseorangan atau swasta, yang mungkin mempunyai dan menuntut apa-apa kepentingan dalam mana-mana insurans pada permintaan/permohonan ini, bahawa:*

a. **U.S Person Declaration & Change of Circumstances** / ***Pengakuan Warga Amerika Syarikat & Perubahan Keadaan***

☐ I/We hereby declare that I/We am/are not a "U.S. person" for U.S. federal income tax purposes and that I/We am/are not acting for, or on behalf of, a U.S. person. I/We understand that AIA, believing this statement to be true, will rely on it and act on it. In the event this statement is false, any policy issued may be considered void in which case AIA shall notify me/us and repay the premiums less reasonable charges and policy withdrawals. In view that this is a fundamental term, AIA shall be entitled to cancel this Policy and pay reasonable compensation to me/us in consideration of such termination. / *Saya/Kami dengan ini menyatakan bahawa Saya/Kami bukan warga Amerika Syarikat bagi tujuan cukai pendapatan persekutuan Amerika Syarikat dan Saya/Kami tidak bertindak untuk atau bertindak bagi pihak warga Amerika Syarikat. Saya/Kami faham bahawa AIA, dengan mempercayai kenyataan ini adalah benar, akan bergantung kepadanya dan bertindak keatasnya. Sekiranya kenyataan ini adalah palsu, mana-mana polisi yang dikeluarkan boleh dianggap sebagai tidak sah di mana AIA hendaklah memaklumkan saya/kami dan membayar balik premium tolak caj-caj munasabah dan pengeluaran polisi. Memandangkan ini adalah syarat asas, AIA adalah berhak untuk membatalkan Polisi ini dan membayar pampasan yang munasabah kepada saya/kami sebagai balasan terhadap penamatan tersebut.*

I/We agree to notify AIA within thirty days of any change in my status as U.S. person for the purposes of U.S. federal income tax. / *Saya/Kami bersetuju untuk memaklumkan AIA dalam tempoh tiga puluh hari mengenai sebarang perubahan status saya sebagai warga Amerika Syarikat bagi tujuan cukai pendapatan persekutuan Amerika Syarikat.*

(Please note that on the making an application for insurance, U.S. persons or residents must complete an IRS Form W-9). / *(Sila ambil perhatian bahawa apabila membuat permohonan insurans, warga atau penduduk tetap Amerika Syarikat mesti melengkapkan borang IRS W-9).*

*Note: A false statement or misrepresentation of tax status by a U.S. person could lead to penalties under U.S. law. / *Nota: Kenyataan palsu atau gambaran yang salah berhubung status cukai oleh warga Amerika Syarikat boleh membawa hukuman di bawah undang-undang Amerika Syarikat.*

Account Holders who have or may have U.S. Indicia: / *Pemegang Akaun yang mempunyai atau boleh mempunyai Indicia Amerika Syarikat:*

*Note: The below paragraph applies only to: / *Nota: Perenggan di bawah hanya terpakai untuk:*

(i) U.S. persons for U.S. federal income tax purposes; or / *Warga Amerika Syarikat bagi tujuan cukai pendapatan persekutuan Amerika Syarikat; atau*
(ii) If your tax status changes and you become a U.S. Person; or / *Jika status cukai anda berubah dan anda menjadi warga Amerika Syarikat; atau*
(iii) You or beneficiaries in connection with this Policy have indicated through information provided to us that you or such Beneficiary may be in fact a U.S. person for U.S. federal income tax purposes (including for example a U.S. address, a U.S. telephone number, a TIN etc.) / *Anda atau waris yang berkaitan dengan Polisi ini telah menunjukkan melalui maklumat yang diberikan kepada kami bahawa anda atau waris tersebut mungkin warga Amerika Syarikat bagi tujuan cukai pendapatan persekutuan Amerika Syarikat (contoh termasuk alamat, nombor telefon warga Amarika Syarikat, TIN, dan sebagainya.)*

The term "U.S. Indicia" as used below refers to any of the three circumstances described in (i) to (iii) above. / *Istilah "Indicia Amerika Syarikat" seperti yang digunakan di bawah merujuk kepada mana-mana tiga keadaan yang digambarkan dalam (i) hingga (iii) di atas.*

This is a fundamental term and in the event you have U.S. Indicia and fail after request to provide such information, consent and/or assistance as AIA may from time to time reasonably require to allow it to comply with its contractual, legal and/or regulatory obligations under the United States Foreign Account Tax Compliance Act, including any required reporting to the Internal Revenue Service of information relating to you or Beneficiaries in connection with this Policy, AIA reserves the right and shall be entitled to take the necessary action which may include submitting the necessary reports, suspending your account/policy, withholding the necessary monies to be remitted, terminating this Policy and returning the cash value (if any) less any indebtedness without interest in the event of such termination. / *Ini adalah syarat asas dan sekiranya anda mempunyai Indicia Amerika Syarikat dan setelah dipinta gagal untuk memberikan maklumat, kebenaran dan/atau bantuan tersebut, yang mana AIA mungkin memerlukan dari masa ke masa untuk membolehkan ia mematuhi kewajipan kontraktual, undang-undang atau kawal selia di bawah United States Foreign Account Tax Compliance Act, termasuk sebarang laporan kepada Perkhidmatan Hasil Dalam Negeri mengenai maklumat berkaitan dengan anda atau Waris yang berkaitan dengan Polisi ini, AIA berhak untuk mengambil tindakan yang sepatutnya yang mana mungkin termasuk menyerahkan laporan yang sepatutnya, menggantung akaun/polisi anda, menahan wang yang perlu dikirimkan, menamatkan Polisi ini dan memulangkan nilai tunai (jika ada) tolak sebarang keterhutangan tanpa faedah sekiranya penamatan tersebut berlaku.*

b. **FATCA Data Privacy Waiver (applicable to both individuals and corporates)** / ***Penepian Maklumat Privasi FATCA (terpakai untuk kedua-dua individu dan korporat)***

☐ "AIA and its affiliates ("the Group") are subject to and required to, or have agreed to, comply with certain legal, regulatory and/or other requirements (the "Reporting Requirements"). As such, I/we provide our express consent that AIA shall have the right to provide such personal data and information to any governmental authorities, regulatory bodies and/or any other person(s) in respect of the Reporting Requirements. I/We understand that such disclosures may involve the cross border transfer of personal data outside the jurisdiction and that such disclosures may be with respect to i) the personal data of the Owner, the Contingent Owner, the Insured, and the Beneficiaries ("the Parties"), or any of them; ii) any information relating to this Policy; and iii) any information relating to any other policies held by the Parties or any of them. I/We understand that AIA will not be able to sell any insurance product to me/us and provide any service if I/we refuse to give the said express consent." / *"AIA dan gabungannya ("Kumpulan") adalah tertakluk kepada dan diperlukan untuk, atau telah bersetuju untuk mematuhi undang-undang, kawal selia dan/atau keperluan tertentu ("Keperluan Laporan"). Oleh itu, Saya/Kami memberikan kebenaran yang nyata bahawa AIA hendaklah berhak untuk menyediakan maklumat peribadi dan maklumat tersebut kepada sebarang badan kerajaan, badan kawal selia dan/atau mana-mana orang yang berkaitan dengan Keperluan Laporan. Saya/Kami faham bahawa pendedahan tersebut mungkin melibatkan pemindahan merentasi sempadan data peribadi di luar bidang kuasa dan pendedahan tersebut mungkin berkaitan dengan i) Data peribadi Pemilik, Pemilik Bersama, Insured dan Waris ("Pihak-Pihak") atau mana-mana daripadanya; ii) sebarang maklumat mengenai Polisi ini; dan iii) sebarang maklumat mengenai mana-mana polisi yang dipegang oleh Pihak-Pihak atau mana-mana daripadanya. Saya/Kami faham bahawa AIA tidak boleh menjual sebarang produk insurans kepada saya/kami dan menyediakan sebarang perkhidmatan sekiranya saya/kami menolak untuk memberi kebenaran nyata tersebut."*

Note: Please take note that AIA will not be able to process this request/application without your consent to the above. / *Nota: Sila ambil perhatian bahawa AIA tidak boleh memproses permintaan/permohonan ini tanpa kebenaran anda terhadap perkara di atas.*

Signature of Policy Owner / *Tandatangan Pemilik Polisi*

Name / *Nama*

NRIC / Passport No. / *No. KP / Pasport*

Date / *Tarikh*

Signature of Witness / *Tandatangan Saksi*

Name / *Nama*

NRIC / Passport No. / *No. KP / Pasport*

Date / *Tarikh*