



Insurance Application Form / Borang Permohonan Insurans

Corporate No. _____ Collection Station _____
No. Korporat _____ Stesen Kutipan _____

WARNING: Pursuant to Section 149(4) of the Insurance Act 1996, you are to disclose in this proposal form, fully and faithfully, all the facts which you know or ought to know, otherwise the policy issued hereunder may be invalidated. / AMARAN: Menurut Seksyen 149(4) Akta Insurans 1996, anda dikehendaki menyatakan di dalam borang cadangan ini dengan lengkap dan jujur, semua fakta yang anda tahu atau seharusnya tahu, sekiranya tidak, polisi yang dikeluarkan ini boleh menjadi tidak sah. In general, the Insurer will issue the policy contract for standard cases within one month from the date of receipt of the proposal form, together with the complete documents / requirements-including the appropriate premium payment. / Secara amnya, Syarikat Insurans akan mengeluarkan kontrak polisi bagi kes standard dalam tempoh satu bulan daripada tarikh penerimaan borang cadangan, bersama dengan dokumen-dokumen syarat-syarat lengkap termasuk bayaran premium berkenaan. This is a common proposal form and you are at liberty to purchase or not to purchase in any of the several products offered by this proposal form. / Ini adalah borang permohonan biasa dan anda bebas untuk membeli atau tidak membeli mana-mana produk yang ditawarkan di bawah borang permohonan ini.

Form section containing Agency Code, Agent Name, Agent Mobile No, Agent E-mail Address, and Special Request (Optional) with checkboxes for Medical/Non-Medical, Policy Dating, Conversion, Age admission, and Medical Exam.

Main application form section A: PERSONAL DETAIL (BUTIR-BUTIR PERIBADI). Includes fields for Name, Relationship, IC/Passport No., Gender, Race, Religion, Nationality, Date of Birth, Marital Status, Address, and Telephone No.

* For Juvenile Proposed Insured, please complete Section A items 1-8
Untuk Permohonan Insured Juvenil Yang Dicadangkan, sila jawab Bahagian A item 1-8
** For Juvenile Application, Applicant means Payor / Owner
Untuk Permohonan Juvenil, Pemohon bermakna Pembayar / Pemilik

Amount Paid
Jumlah Dibayar
RM

For Office Use
Untuk Kegunaan Pejabat

C1. DETAILS OF INSURANCE APPLIED FOR
BUTIR-BUTIR INSURANS YANG DIPOHON

1 (a) Participating Plan
Pelan Penyertaan

Name / Nama : _____

Amount / Jumlah (RM) : _____

A-Plus Enrich20

Only applicable to basic plan A-Enrich20
Hanya untuk pelan asas A-Enrich20

Attachable Riders / Rider Pelampiran

APDC RM _____

APW RM _____

APP RM _____

APCC RM _____

APCC (OL) RM _____

APHI RM _____

APTAS RM _____

APAS RM _____

APMED RM _____

RCC RM _____

RCC RM _____

Spouse / Suami / Isteri

Children / Anak

APCC (IL) RM _____

AGE 70 AGE 100

APWE RM _____

AGE 70 AGE 100

APMCC RM _____

APECC RM _____

APPE RM _____

APHIE RM _____

_____ RM _____

_____ RM _____

_____ RM _____

(b) Non-Participating Plan

Pelan Tanpa Penyertaan

Name / Nama : _____

Amount / Jumlah (RM) : _____

(c) Investment-Linked Plan

Pelan Berkaitan Pelaburan

Name / Nama : _____

Amount / Jumlah (RM) : _____

(d) Medical Plan

Pelan Perubatan

Name / Nama : _____

Amount / Jumlah (RM) : _____

Spouse / Suami/Isteri

Children / Anak

Note : Purchase of rider is not compulsory

Nota : Pembelian rider adalah tidak wajib

Investment-Linked Insurance Fund Details <i>Butir-Butir Dana Insurans Pelaburan</i>		C2. DETAILS OF PREMIUM PAYMENT OPTION (INVESTMENT-LINKED INSURANCE) / BUTIR-BUTIRAN OPSYEN BAYARAN (INSURANS PELABURAN SAHAJA)	
Fund Name <i>Nama Dana</i>	Percentage % / Peratusan %	1. Authorization of Policy Charges Deduction from Savings Account (A-Plus Saver Premium) <i>Pemberikuasaan bagi Pemotongan Caj-caj Polisi dari Akaun Simpanan (Premium A-Plus Saver)</i> <input type="checkbox"/> I/We allow the Company to deduct the Account Value of the Savings Account to pay all the Policy Charges in the event the Account Value of the Protection Account is insufficient to pay all the Policy Charges <i>Saya/Kami membenarkan Syarikat memotong Nilai Akaun dari Akaun Simpanan untuk membayar semua Caj-caj Polisi sekiranya Nilai Akaun dari Akaun Perlindungan tidak mencukupi untuk membayar semua Caj-caj Polisi.</i>	
	Regular Premium / A-Plus Saver / Ad Hoc Top Up <i>Premium Tetap / A-Plus Saver / Tokokan Ad Hoc</i>		
AIA Balanced Fund / <i>Dana Seimbang AIA</i>			
AIA Equity Plus Fund / <i>Dana Ekuiti Plus AIA</i>			
AIA Fixed Income Fund / <i>Dana Pendapatan Tetap AIA</i>			
AIA Dana Progresif / <i>Dana Progresif AIA</i>			
AIA Medium Cap Fund / <i>Dana Modal Sederhana AIA</i>			
AIA Aggressive Fund / <i>Dana Agresif AIA</i>			
AIA Dana Dinamik / <i>Dana Dinamik AIA</i>			
AIA New Horizon Fund / <i>Dana Horizon Baru AIA</i>			
AIA Asia Platinum Fund / <i>Dana Asia Platinum AIA</i>			
AIA International Small Cap Fund / <i>Dana Modal Kecil Antarabangsa AIA</i>			
AIA Eleven Plus Fund / <i>Dana Eleven Plus AIA</i>			
AIA Dana Bon / <i>Dana Bon AIA</i>			
AIA Asia Opportunity Fund / <i>Dana Asia Opportunity AIA</i>			
AIA Equity Dividend Fund / <i>Dana Dividen Ekuiti AIA</i>			
AIA Asian Debt Fund / <i>Dana Asian Debt AIA</i>			
AIA Asian Equity Fund / <i>Dana Ekuiti Asia AIA</i>			
AIA International High Dividend Fund / <i>Dana Dividen Tinggi Antarabangsa AIA</i>			
Total / <i>Jumlah</i>			

Note / Nota:
If the above option is not ticked, Account Value from Savings Account will not be deducted for the payment of policy charges
Jika pilihan di atas tidak ditandakan, Nilai Akaun dari Akaun Simpanan tidak akan ditolak bagi pembayaran Caj-caj Polisi.

2. A-Plus Saver Premium RM _____
Premium A-Plus Saver RM _____

3. Ad Hoc Top up RM _____
Tokokan Ad Hoc RM _____

Minimum Ad Hoc Top Up = RM 500 for regular premium plans
Minimum Tokok Ad Hoc = RM 500 untuk premium tetap

Fund allocation must be in multiples of 5% and the total sum must be at 100%. / *Peruntukan Dana mesti dalam gandaan 5% dan berjumlah 100%.*
Maximum 10 funds can be selected. / *Hanya 10 dana boleh dipilih secara maksima.*

C3. DETAILS OF PREMIUM PAYMENT OPTION (LIFE INSURANCE ONLY)
BUTIR-BUTIRAN OPSYEN BAYARAN PREMIUM (INSURANS HAYAT SAHAJA)

1. Future Premium Deposit Fund (FPDF) + <i>Dana Deposit Premium Masa Hadapan (FPDF) +</i> <input type="checkbox"/> Deposit of Single / Lumpsum Payment for : RM _____ <i>Deposit Bayaran Tunggal / Sekali Gus untuk : RM _____</i> <input type="checkbox"/> Deposit of Annual / Semi-annual / Quarter (delete where applicable) payments for _____ year(s): RM _____ <i>Bayaran Deposit Tahunan / Setengah Tahun / Suku Tahun (potong yang tidak berkenaan) untuk _____ tahun bagi: RM _____</i> + I understand that by selecting this option, I have chosen to make additional payment on top of my premium into the FPDF as stipulated above. I understand that the premium under the above Policy, will be paid from the FPDF until the premium payment duration is reached. I understand that the amount accumulated in the FPDF is NOT GUARANTEED to be sufficient as the FPDF interest rate may vary from time to time, in which event, I agree to pay the difference to the Company in respect of premium due. + <i>Saya faham bahawa dengan memilih opsyen ini, Saya telah memilih untuk membuat bayaran tambahan di atas premium Saya dalam FPDF seperti dinyatakan di atas. Saya faham bahawa premium di bawah Polisi, akan dibayar daripada FPDF sehingga Tempoh bayaran premium dicapai. Saya faham bahawa amaun terkumpul dalam FPDF TIDAK DIJAMIN mencukupi kerana kadar faedah FPDF mungkin berubah dari masa ke semasa, dan sekiranya berlaku, Saya bersetuju untuk membayar perbezaan premium genap Tempoh yang perlu dibayar kepada Syarikat.</i>	2. Dividends and/or Guaranteed Cash Payments Option <i>Pilihan Dividen dan/atau Bayaran Tunai Terjamin</i> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Dividends <i>Dividen</i></td> <td style="text-align: center;">Guaranteed Cash / Payments <i>Bayaran Tunai Terjamin</i></td> </tr> </table> <p>Cash Payment Option <i>Pilihan Bayaran Tunai</i> This option allows the Company to pay all dividends and/or guaranteed cash payments / <i>Pilihan ini membolehkan Syarikat membayar semua dividen dan/atau bayaran tunai terjamin.</i></p> <p>Cash Accumulation Option <i>Pilihan Pengumpulan Tunai</i> This option allows the Company to accumulate all dividends and/or guaranteed cash payments with interest to be declared from time to time. / <i>Pilihan ini membolehkan Syarikat mengumpulkan semua dividen dan/atau bayaran tunai terjamin dengan faedah yang akan diisytiharkan dari semasa ke semasa.</i></p> <p>The Company will have the right to use any accumulated Dividends and/or Guaranteed Cash Payments to pay the unpaid premium, if premium due is not paid within the Grace Period. / <i>Syarikat berhak untuk menggunakan sebarang Dividen dan/atau Bayaran Tunai Terjamin terkumpul untuk membayar premium tertunggak, sekiranya premium tidak dibayar dalam Tempoh Ihsan.</i></p>		Dividends <i>Dividen</i>	Guaranteed Cash / Payments <i>Bayaran Tunai Terjamin</i>
	Dividends <i>Dividen</i>	Guaranteed Cash / Payments <i>Bayaran Tunai Terjamin</i>		

D. OTHER INSURANCE DETAILS / LAIN-LAIN BUTIRAN INSURANS

Details of all insurance policies with AIA and other insurers on the life of the following persons:
 Butir-butir semua polisi insurans dengan AIA dan syarikat-syarikat insurans lain atas hayat berikut:

1. Proposed Insured (includes pending proposals, in-force policies or policies lapsed within the last 1 year)
Insured yang dicadangkan (termasuk cadangan yang belum diterima atau polisi yang masih berkuatkuasa atau polisi yang telah luput dalam masa 1 tahun yang lepas)
2. Applicable for Juvenile Application only / Untuk Permohonan Juvenil Sahaja
 - a. Applicant-Owner / Pemilik-Pemohon
 - b. Parent (other than Applicant Owner) / Ibu Bapa (selain daripada Pemilik-Pemohon)
 - c. Brother/Sister / Adik-beradik Lelaki/Perempuan

	Insuring Company Syarikat Insurans			Life / Critical Illness / Health / Accident Hayat / Penyakit Kritikal / Kesihatan / Kemalangan	Sum Assured (RM) Jumlah Diinsuranskan(RM)	Year Issued Tahun Diterbitkan
	Age Umur	Gender Jantina	Insuring Company Syarikat Insurans	Life / Critical Illness / Health / Accident Hayat / Penyakit Kritikal / Kesihatan / Kemalangan	Sum Assured (RM) Jumlah Diinsuranskan(RM)	Year Issued Tahun Diterbitkan
Proposed Insured <i>Insured Yang Dicapangkan</i>						
Relationship to Proposed Insured <i>Hubungan kepada Insured Dicadangkan</i>						
Applicant Owner <i>Pemilik Pemohon</i>						
Parent (Other than Applicant Owner) <i>Ibu Bapa selain daripada Pemilik Pemohon</i>						
Brother / Sister <i>Adik beradik Lelaki / Perempuan</i>						

3. Contingent Owner (Co) (Juvenile Application Only; Co Must Be Attained Age 18 Years And Above)
Pemilik Kontigen (Pk) (Permohonan Juvenil Sahaja; Pk Mestilah Sekurang-Kurangnya 18 Tahun Dan Ke Atas)

Name Nama	New IC No. No. KP Baru	Old IC No. / Others No. KP Lama / Lain-lain	Gender / Jantina	Date Of Birth MM/DD/YYYY Tarikh Lahir Umur (BB/HH/TTTT)	Relationship to Proposed Insured Hubungan dengan Insured Dicapangkan	Age Umur

E. IMPORTANT NOTICE / NOTIS PENTING

It may not be advantageous to replace an existing life insurance policy with a new one. Some of the disadvantages are:

la mungkin tidak berfaedah untuk menggantikan polisi insurans hayat yang sedia ada dengan insurans hayat yang baru. Beberapa sebab ianya tidak berfaedah adalah:

- (a) By terminating your existing policies, you may not receive any surrender value if the policies have been purchased for less than 3 years.
Dengan menamatkan polisi anda yang sedia ada, anda mungkin tidak menerima apa-apa nilai pengembalian jika polisi yang dibeli adalah kurang daripada 3 tahun.
- (b) By terminating existing policies after having paid premiums for 3 years or more, you will be entitled to a surrender value which may be lesser than the total amount of premiums paid by you.
Dengan menamatkan polisi yang sedia ada setelah membayar premium selama 3 tahun atau lebih, anda berhak menerima nilai pengembalian yang mungkin kurang dari jumlah premium yang telah dibayar.

If you intend to surrender any of your existing policies, we recommend that you consult your present insurer before making a final decision.

Jika anda ingin menamatkan polisi yang sedia ada, kami syorkan anda berunding dengan insurur anda sebelum membuat keputusan muktamad.

1. Do you intend to surrender or terminate any of your existing life insurance policies including AIA's Single Premium and/or other Capital Guaranteed Assurance type plans? If yes, and the said policies are AIA policies, please provide the policy numbers of the affected policies: _____

Yes / Ya

No / Tidak

Adakah anda ingin mengembalikan atau menamatkan mana-mana polisi insurans hayat anda yang sedia ada termasuk Premium Tunggal AIA dan/atau lain-lain pelan jenis Insurans Dijamin Modal? Jika ya, dan polisi yang berkenaan adalah polisi AIA, sila berikan nombor polisi yang terbahit: _____

2. (a) Has any party influenced you to surrender or terminate any of your life insurance policies in the last 1 year? If the answer is Yes, please answer Q 2(b).

Yes / Ya

No / Tidak

Adakah anda dipengaruhi oleh mana-mana pihak untuk mengembalikan atau menamatkan polisi insurans hayat anda dalam masa satu tahun yang lepas? Jika ya, sila jawab soalan 2(b).

- (b) If the answer to Q 2(a) is Yes, were you fully satisfied with the explanation given to you?

Yes / Ya

No / Tidak

Jika jawapan untuk soalan 2(a) adalah Ya, adakah anda berpuas hati sepenuhnya dengan penerangan yang diberikan kepada anda?

3. For Citizen / Permanent Resident of United States of America, please provide your Taxpayer ID. _____

Untuk rakyat / Penduduk Tetap Amerika Syarikat, sila berikan ID Pembayar Cukai anda. _____

To receive information regarding exclusive promotions and offers for AIA policyholders, please tick below:!

Untuk menerima maklumat mengenai promosi-promosi dan tawaran-tawaran eksklusif untuk pemegang-pemegang polisi AIA, sila tandakan di bawah:

- I, Proposed Policy Owner, agree that any personal information collected or held by the Company (whether contained in this application or otherwise obtained) may be disclosed by the Company to any selected third party for the purposes of cross marketing, direct marketing, and data matching, and to communicate with me for such purposes. I understand that I have a right to obtain access to and to request correction of any personal information held by the Company concerning me. Such request can be made to any of the Company's Customer Service Centre.

Saya, Pemilik Polisi Dicadangkan, setuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh Syarikat (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh diberikan oleh Syarikat kepada mana-mana pihak ketiga yang dipilih bagi tujuan pemasaran silang, pemasaran langsung, dan pepadanan data, dan untuk berkomunikasi dengan saya untuk tujuan tersebut. Saya faham bahawa saya berhak memperoleh akses kepada, dan memohon pembetulan sebarang maklumat peribadi yang dipegang oleh Syarikat berkaitan dengan saya. Permohonan tersebut boleh dibuat di mana-mana Pusat Khidmat Pelanggan Syarikat.

Print Policy Contract in* / Cetak Kontrak Polisi dalam*

English / Bahasa Inggeris

Bahasa Malaysia / Bahasa Malaysia

* If this section is left blank, your policy contract will be printed and issued in English.

** Jika ruangan ini tidak diisi, kontrak polisi anda akan dicetak dan dikeluarkan dalam Bahasa Inggeris.*

F. NOMINATIONS PURSUANT TO THE INSURANCE ACT 1996 / PENAMAAN MENGIKUT AKTA INSURANS 1996

NOTICE: This nomination will form part of the Policy Contract. Please tick one only:

Perhatian: Penamaan ini akan membentuk sebahagian daripada Kontrak Polisi. Sila tandakan salah satu sahaja:

- 1. No nomination is made as policy is placed under Estate or Proposed Insured is not the Owner of this policy.
Tiada penamaan akan dibuat kerana polisi diletak di bawah Estet atau Insured dicadangkan bukan pemilik polisi ini.
- 2. **Section 166 of the Insurance Act 1996 / Seksyen 166 Akta Insurans 1996:**
 - (a) If you are a married NON-MUSLIM and your nominee is your spouse, child; or *Jika anda BUKAN BERAGAMA ISLAM dan telah kahwin dan penama anda adalah isteri/suami/anak-anak; atau*
 - (b) If you are a NON-MUSLIM and you are neither married nor have any children, and your nominee is your parent; *Jika anda BUKAN BERAGAMA ISLAM dan anda belum kahwin dan tidak mempunyai anak dan penama anda adalah ibubapa anda;*
your nomination will create a trust in favour of your nominee and you are advised to appoint a trustee(s). As a trust policy, you cannot revoke your nomination, vary or surrender the policy or assign or pledge the policy as security without the consent of the trustees. If there is no trustee appointed (a) the nominee who is competent to contract; or (b) where the nominee is incompetent to contract, the parent of the incompetent nominee and where there is no surviving parent, the Public Trustees, shall be the trustee of the policy moneys */ penamaan anda akan mewujudkan satu amanah bagi faedah penama anda dan anda dinasihatkan untuk melantik pemegang amanah. Sebagai polisi amanah, anda tidak boleh membatalkan penamaan, mengubah atau menyerahkan polisi, atau menyerahkan hak polisi sebagai gadaian keselamatan tanpa kebenaran pemegang amanah. Jika tiada pemegang amanah dilantik, (a) penama yang layak seperti di dalam kontrak; atau (b) jika tiada penama yang layak, ibubapa kepada penama yang tidak layak itu dan jika tiada ibubapa yang masih hidup, Pemegang Amanah Raya akan menjadi pemegang amanah untuk wang polisi tersebut.*
- 3. **Section 163/167 of the Insurance Act 1996 / Seksyen 163/167 Akta Insurans 1996:**
 - (a) If you are a MUSLIM, your nominee shall receive the policy monies as an executor and not solely as beneficiary. Any payment to the nominee shall form part of your estate and shall be distributed in accordance with Islamic law. *Jika anda BERAGAMA ISLAM, penama anda akan menerima wang polisi sebagai wasi dan bukan semata-mata sebagai benefisiari. Sebarang bayaran kepada penama tersebut akan menjadi sebahagian harta pusaka anda hendaklah dibahagikan mengikut undang-undang Islam.*
 - (b) If you are a NON-MUSLIM and married and your nominee is not as stated in clauses 2(a) and 2(b) above, your nominee shall receive the policy monies as executor and not as beneficiary and any payment to the nominee shall form part of your estate and be subject to your debts. *Jika anda BUKAN BERAGAMA ISLAM dan penama anda bukan seperti yang dinyatakan dalam klausa 2(a) dan 2(b) di atas, penama anda akan menerima manfaat sebagai wasi dan bukan sebagai benefisiari dan sebarang bayaran kepadanya akan menjadi sebahagian daripada harta pusaka anda dan tertakluk kepada hutang anda.*
 - (c) If you are a NON-MUSLIM and married and your nominee is not as stated in clauses 2(a) and 2(b) above but you intend for your nominee to receive the policy benefits beneficially and not as an executor, you should assign the policy to the nominee. The relevant Assignment form is available upon request *Jika anda BUKAN BERAGAMA ISLAM dan penama anda bukan seperti yang dinyatakan dalam klausa 2(a) dan 2(b) di atas tetapi anda berhasrat untuk penama anda menerima manfaat sebagai benefisiari dan bukan sebagai wasi, anda mesti menyerahkan hak polisi kepada penama anda. Borang serah hak yang berkenaan boleh didapati atas permintaan.*

4. **Section 166 & Section 163/167 combined / Kombinasi Seksyen 166 dan Seksyen 163/167.**

5. For further reference and information on the effect of nominations, please refer to the provisions of Part XIII of the Insurance Act 1996 (Act 553) */ Untuk rujukan dan informasi lanjut mengenai kesan penamaan, sila rujuk kepada peruntukan Bahagian XIII di dalam Akta Insurans 1996 (Akta 553).*

I, the Proposed Insured / Applicant hereby nominate the following as nominee(s) for the above policy.
Saya, Insured Dicadangkan / Pemohon, dengan ini menamakan yang berikut sebagai penama-penama di bawah polisi ini.

1. Name <i>Nama</i> _____	% of share <i>bahagian</i> _____	Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i> MM/DD/YYYY / BB/HH/TTTT
Address <i>Alamat</i> _____	IC No/Passport No/Others <i>No. KP/No. Passport/Lain-lain</i> _____	Relationship <i>Hubungan</i> _____
2. Name <i>Nama</i> _____	% of share <i>bahagian</i> _____	Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i> MM/DD/YYYY / BB/HH/TTTT
Address <i>Alamat</i> _____	IC No/Passport No/Others <i>No. KP/No. Passport/Lain-lain</i> _____	Relationship <i>Hubungan</i> _____
3. Name <i>Nama</i> _____	% of share <i>bahagian</i> _____	Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i> MM/DD/YYYY / BB/HH/TTTT
Address <i>Alamat</i> _____	IC No/Passport No/Others <i>No. KP/No. Passport/Lain-lain</i> _____	Relationship <i>Hubungan</i> _____
4. Name <i>Nama</i> _____	% of share <i>bahagian</i> _____	Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i> MM/DD/YYYY / BB/HH/TTTT
Address <i>Alamat</i> _____	IC No/Passport No/Others <i>No. KP/No. Passport/Lain-lain</i> _____	Relationship <i>Hubungan</i> _____

To be completed for section 166 nominations only / Untuk dilengkapkan bagi penamaan Seksyen 166 sahaja

Trustee's Name (1) <i>Nama Pemegang Amanah</i> _____	Trustee's Name (2) <i>Nama Pemegang Amanah</i> _____
IC No / Passport No/Others (1) <i>No. KP / No. Passport/Lain-lain (1)</i> _____	IC No / Passport No/Others (2) <i>No. KP / No. Passport/Lain-lain (2)</i> _____
Address / <i>Alamat</i> (1) _____	Address / <i>Alamat</i> (2) _____

A copy of this Nomination form has been filed at the Head Office of the AIA Bhd. */ Satu salinan borang Penamaan ini telah difailkan di Ibu Pejabat AIA Bhd.*

Note: The witness/trustee must be at least 18 years old and the witness is not a named nominee/trustee. */ Nota: Saksi/Pemegang Amanah mestilah sekurang-kurangnya berumur 18 tahun dan saksi tersebut bukannya penama/pemegang amanah yang dinamakan.*

G. DETAILS OF PROPOSED INSURED/APPLICANT-OWNER/COVERED MEMBERS											
BUTIR-BUTIR INSURED DICADANGKAN/PEMILIK-PEMOHON/AHLI KELUARGA YANG DILINDUNGI											
1. (a) Height and Weight of Proposed Insured <i>Tinggi dan Berat Badan Insured yang Dicapangkan</i>			(b) Name and Address of Proposed Insured's physician of last consultation. <i>Nama dan alamat pakar perubatan Insured Dicapangkan rundingan terakhir.</i>								
_____ cm _____ kg			_____								
2. (a) Height and Weight of Applicant-Owner <i>Tinggi dan Berat Badan Pemilik-Pemohon</i>			(b) Name and Address of Applicant-Owner's physician of last consultation. <i>Nama dan alamat pakar perubatan Pemilik-Pemohon rundingan terakhir.</i>								
_____ cm _____ kg			_____								
3. Particulars of Family Members(s) to be covered / <i>Butir-butir Ahli Keluarga yang akan dilindungi</i>											
Name of Spouse (of the Proposed Insured/Applicant) <i>Nama Suami/Isteri (kepada Insured Dicapangkan/Pemohon)</i>			IC No/Passport No/Others <i>No. KP/No. Passport/Lain-lain</i>		Gender <i>Jantina</i>	Date of Birth / Tarikh Lahir <i>MM/DD/YYYY / BB/HH/TTTT</i>		Age as at last Birthday <i>Umur pada Hari Jadi terakhir</i>			
Occupation & Exact Duties <i>Pekerjaan dan Tanggungjawab Sebenar</i>			Height (cm) <i>Tinggi (cm)</i>	Weight (kg) <i>Berat (kg)</i>	Name & Address of Employer <i>Nama & Alamat Majikan</i>						
Name of Children <i>Nama Anak</i>			IC No/Passport No/Others <i>No. KP/No. Passport/Lain-lain</i>		Gender <i>Jantina</i>	Date of Birth <i>Tarikh Lahir MM/DD/YYYY BB/HH/TTTT</i>	Age as at last Birthday <i>Umur pada Hari Jadi terakhir</i>	Height (cm) <i>Tinggi (cm)</i>	Weight (kg) <i>Berat (kg)</i>		
1.											
2.											
3.											
4.											
H. LIFESTYLE AND HEALTH DETAILS						Proposed Insured <i>Insured Dicapangkan</i>		Applicant-Owner <i>Pemilik-Pemohon</i>		Family Members/ Spouse <i>Ahli Keluarga/Suami Isteri</i>	
BUTIR-BUTIR GAYA HIDUP DAN KESIHATAN						Yes <i>Ya</i>	No <i>Tidak</i>	Yes <i>Ya</i>	No <i>Tidak</i>	Yes <i>Ya</i>	No <i>Tidak</i>
Lifestyle											
1. (a) Have you smoked any cigarettes in the past 12 months? <i>Adakah anda merokok dalam 12 bulan yang lepas?</i>						1(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Do you now smoke cigarettes? If yes, please state details below <i>Adakah kini anda merokok? Jika Ya, sila nyatakan butir-butir berikut</i>						(b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proposed Insured <input type="checkbox"/> cigs/day <i>Insured Dicapangkan rokok/hari</i>											
Applicant Owner <input type="checkbox"/> cigs/day <i>Pemilik Pemohon rokok/hari</i>											
Spouse <input type="checkbox"/> cigs/day <i>Suami Isteri rokok/hari</i>											
(c) Do you consume alcohol? If so, what type (e.g. beer, brandy, whisky, wine) and number of glasses per week? <i>Adakah anda mengambil alkohol? Jika ya, bentuk apa (contoh bir, brandi, wiski, wain) dan berapa gelas seminggu?</i>						(c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. (a) Do you engage in any hazardous sports or activities? If yes, please provide details. <i>Adakah anda terlibat dalam sebarang sukan atau aktiviti merbahaya? Jika ya, sila beri butiran lanjut.</i>						2(a)	<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 purposes 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 dalam 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>						(b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Previous Application											
3. Have any of your applications for or reinstatement of your life, group, credit, critical illness, health or accident insurance ever been declined, postponed, rated or in any way modified? <i>Pemahkah sebarang permohonan atau pengembalian insurans hayat, kumpulan, kredit, penyakit kritikal, kesihatan atau kemalangan anda ditolak, ditangguh, ditafsir atau diubah suai dalam apa-apa cara?</i>						3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Health Details											
4. Have you experienced any change in weight in excess of 5kg in the last 12 months? If yes, please give exact amount and reason. <i>Adakah anda mengalami perubahan berat badan melebihi 5kg dalam 12 bulan yang lepas? Jika ya, sila berikan jumlah yang tepat dan sebab.</i>						4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. LIFESTYLE AND HEALTH DETAILS <i>BUTIR-BUTIR GAYA HIDUP DAN KESIHATAN</i>		Proposed Insured <i>Insured Dicadangkan</i>		Applicant-Owner <i>Pemilik-Pemohon</i>		Family Members/ Spouse <i>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>	
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 atau adik-beradik anda menghidapi kanser, penyakit jantung, strok, tekanan darah tinggi, kencing manis, penyakit buah pinggang, gangguan mental atau sebarang penyakit keturunan?</i>	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Have you EVER had or been told you had or been treated for: <i>Pernahkah anda menghidap atau diberitahu bahawa anda pernah menghidap atau pernah dirawat akibat:</i>	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 or health impairments? <i>Hidung berdarah, penglihatan berganda, pekak, buta, penyakit mata, hidung, telinga, tekak atau pita suara, alkoholisma, ketagihan dadah, kecacatan fizikal atau kelemahan kesihatan?</i>	(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
(d)	Jaundice, hepatitis, being a hepatitis carrier, duodenal or gastric ulcer, hernia, hemorrhoids 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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
(f)	Arthritis, gout, prolapsed intervertebral disc, rheumatism, or disorders of the spine, back, joints, bones or muscles? <i>Arthritis, gout, prolaps piring intervertebral, reumatisma, atau gangguan tulang belakang, belakang, sendi, tulang atau otot?</i>	(f)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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, pengsan, lumpuh, 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"/>	<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, kebengkakan tidak normal atau kanser?</i>	(h)	<input type="checkbox"/>	<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 suami/isteri anda pernah menghidapi atau 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"/>	<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)	Operation not stated in any previous questions? <i>Pembedahan yang tidak disebut di sebarang soalan sebelum ini?</i>	(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b)	Illness, medical advice, hospital treatment, accident or injury not stated in any previous questions? <i>Penyakit, nasihat perubatan, rawatan hospital, kemalangan atau kecederaan yang tidak disebut di sebarang soalan sebelum ini?</i>	(b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c)	Physical check-up or test done, including but not limited to CT/MRI scan, x-ray, mammography, electrocardiogram, ultrasonogram, echocardiogram, biopsy, blood or urine test? <i>Pemeriksaan fizikal atau menjalani ujian, termasuk tetapi tidak terhad kepada imbasan CT/MRI, x-ray, mammografi, elektrokardiogram, ultrasonogram, ekokardiogram, biopsy, ujian darah atau air kencing?</i>	(c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	FEMALE ONLY / WANITA SAHAJA	9						
(a)	Are you presently pregnant? If yes, how many months? <i>Adakah anda mengandung sekarang? Jika ya, berapa bulan?</i>	(a)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
(c)	Have you suffered from any disorders of the breasts, disorders of female organs, stillbirth, complications at childbirth, abnormal papsmear(s) or irregular menses? <i>Pernahkah anda menghidap sebarang gangguan pada payudara, gangguan pada organ wanita, kematian bayi sewaktu lahir, komplikasi ketika melahirkan anak, pap smear tidak normal atau kedatangan haid tidak tetap?</i>	(c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DECLARATION / PENGISYTIHARAN

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 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 permohonan ini, bahawa:

- (a1) By purchasing this policy and signing below, I represent that I am not a U.S. person for purposes of U.S. federal income tax and that I am not acting for, or on behalf of, a U.S. person.
Melalui pembelian polisi ini dan penandatanganan di bawah, saya menjelaskan bahawa saya bukan warga Amerika Syarikat bagi tujuan cukai pendapatan persekutuan Amerika Syarikat dan saya tidak bertindak untuk atau bertindak bagi pihak warga Amerika Syarikat.
- (a2) A false statement or misrepresentation of tax status by a U.S. person could lead to penalties under U.S. law. If your tax status changes and you become a U.S. citizen or resident, you must notify us within 30 days. **(United States citizens or residents must strike out this clause (a1) and initial the change at the left side)**
Kenyataan palsu atau gambaran yang salah berhubung status cukai oleh warga Amerika Syarikat merupakan satu kesalahan yang boleh membawa hukuman di bawah undang-undang Amerika Syarikat. Sekiranya status cukai anda berubah dan anda menjadi rakyat atau penduduk tetap Amerika Syarikat, anda perlu memaklumkan kepada kami dalam masa 30 hari. (Rakyat atau Penduduk Tetap Amerika Syarikat dikehendaki menggugurkan fasal ini (a1) dan memapar/initial perubahan tersebut di bahagian kiri)
- (a3) I agree to indemnify the Company in respect of any false or misleading information regarding my USA tax status.
Saya bersetuju untuk membayar ganti-rugi kepada Syarikat berhubung apa-apa maklumat palsu atau mengelirukan berhubung status cukai A.S. saya.
- (b) All declarations, statements, and answers in this application form, questionnaires, written amendments or any other documents completed in connection with this application, and statements and answers (irrespective whether the same was required or otherwise) made to the Company's medical examiner(s), are full, complete and true, and shall form the basis and constitute the entire contract between myself and the Company. I further understand that the Company, believing the above to be such, will rely and act on them, otherwise any policy issued hereunder may be void.
Semua pengakuan, pernyataan dan jawapan dalam borang permohonan, soal selidik, pindaan bertulis atau apa-apa dokumen lain yang dilengkapkan berkaitan permohonan ini, dan pernyataan dan jawapan (tanpa mengira sama ada dikehendaki atau tidak) dibuat kepada pemeriksa perubatan Syarikat, adalah penuh, lengkap dan benar, dan akan membentuk asas dan keseluruhan kontrak di antara saya dan Syarikat. Saya selanjutnya memahami bahawa Syarikat, menyakini seperti yang sedemikian, akan bergantung dan bertindak ke atasnya, jika tidak apa-apa polisi yang dikeluarkan di bawah ini adalah tidak sah.
- (c) Notwithstanding any payment made by me/us, I agree that no cover shall be granted where the applicant and/or proposed insured is not or would not be insurable at all or for any reason whatsoever under AIA's existing underwriting rules or in the absolute discretion of AIA. Any payment effected will be refunded without interest if the proposed insurance is not accepted or if a policy is issued other than as applied for and is not accepted by the proposer.
Tanpa mengambil kira sebarang bayaran yang saya/kami buat, saya bersetuju bahawa tiada perlindungan akan diberikan sekiranya pencadang tidak boleh diinsuranskan atau tidak akan boleh diinsuranskan sama sekali atau atas apa jua sebab di bawah peraturan-peraturan pengunderaitan AIA yang sedia ada ataupun mengikut budi bicara mutlak AIA. Apa-apa bayaran yang dibuat akan dibayar balik tanpa faedah jika insurans yang dicadangkan ini tidak diterima atau jika polisi yang dikeluarkan itu lain daripada yang dipohon dan tidak diterima oleh pencadang.
- (d) I am making this application independent of any statement made by your agent named below to whom, I have given no other information, except those written in this application and that to the best of my knowledge and belief, your said agent has given no other information, relating to any circumstances relevant to the acceptance of the risk. I further acknowledge that all the terms have been fully explained to me and the answers provided are the actual information disclosed by me.
Saya membuat permohonan ini tanpa pengaruh daripada sebarang pernyataan yang dibuat oleh agen anda yang bernama seperti di bawah di mana saya tidak memberi sebarang maklumat kepadanya, melainkan seperti yang tertulis dalam permohonan ini, dan setakat pengetahuan terbaik dan kepercayaan saya, agen tersebut tidak memberi lain-lain maklumat yang berkaitan dengan sebarang keadaan yang ada kena-mengena dengan penerimaan ini jika risiko yang saya maklumkan bahawa semua syarat telah diterangkan secara penuh kepada saya dan semua jawapan yang diberikan adalah maklumat sebenar yang diberikan oleh saya.
- (e) I confirm and declare that in the course of applying for the insurance here, I have not made any statements and or representations to the agent which in substance and or fact differs in a material respect to the answers I have given in this application form. I confirm and declare that the agent has not made any statement or done any act that has influenced me in any manner or form to answer the questions in this application form incorrectly and or untruthfully.
Saya mengesahkan dan mengisytiharkan bahawa semasa memohon perlindungan insurans ini, saya tidak membuat sebarang kenyataan dan atau penjelasan kepada ejen yang mana kandungan dan fakta materialnya adalah berbeza dengan jawapan yang saya berikan di dalam borang permohonan ini. Saya mengesahkan dan mengisytiharkan bahawa ejen tidak membuat apa-apa kenyataan atau perlakuan yang mempengaruhi saya dalam sebarang bentuk atau cara untuk menjawab soalan di dalam borang permohonan ini secara tidak betul atau tidak benar.
- (f) I/We understand and agree that any personal information collected or held by the Company (whether contained in this application or otherwise obtained) may be held, used, and disclosed by the Company to individuals/organization related to and associated with the Company or any selected third party (within or outside of Malaysia, including reinsurance and claims investigation companies and industry associations/federations) for the purpose of processing this application and providing subsequent service for this and other financial products and service 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 the Company concerning me/us. Such request can be made to any of the Company's Customer Service Centre.
Saya/Kami faham dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh Syarikat (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh dipegang, digunakan, dan diberikan oleh Syarikat kepada individu/organisasi yang berhubung dan berkaitan dengan syarikat atau mana-mana pihak ketiga yang dipilih (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk syarikat-syarikat reinsurans dan penyiasatan tuntutan dan persatuan/persekutuan industri) bagi tujuan memproses permohonan ini dan memberikan khidmat seterusnya untuk produk 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 pembedaan sebarang maklumat peribadi yang dipegang oleh Syarikat berkaitan dengan saya/kami. Permohonan seperti itu boleh dibuat di mana-mana Pusat Khidmat Pelanggan Syarikat.
- (g) The Insurance applied here will only take effect if a policy is issued and delivered on this application and the first premium is actually paid in full during my / life insured's life time. However, upon an Official Receipt being issued in respect of any payment received from the proposer in connection with this application, the terms and conditions of the Interim Cover will apply until a policy is issued to me / life insured. (The terms and conditions of the Interim Cover are stated on the reverse side of the Official Receipt).
Insurans yang dipohon di sini hanya akan berkuatkuasa jika polisi dikeluarkan dan diserahkan pada permohonan ini dan premium pertamanya telah pun dibayar sepenuhnya semasa hayat saya/orang diinsuranskan. Bagaimanapun, apabila Resit Rasmi dikeluarkan bagi mana-mana bayaran yang diterima daripada cadangan berhubung dengan permohonan ini, terma-terma dan syarat-syarat Perlindungan Interim akan diterima pakai sehingga polisi itu keluaran kepada saya/orang yang diinsuranskan. (Terma-terma dan syarat-syarat Perlindungan Interim diberikan di belakang Resit Rasmi).
- (h) **Participating Policies / Polisi Penyertaan :**
I understand that the dividends and accumulation rates shown in the sales illustration are not guaranteed and the actual dividends and accumulation rates that will be declared may be more or less, depending on the operating and investment results experienced by AIA.
Saya memahami bahawa dividen dan kadar terkumpul seperti ditunjukkan dalam ilustrasi jualan tidak dijamin dan dividen dan kadar terkumpul sebenar yang akan diisytiharkan mungkin lebih atau kurang bergantung kepada keputusan operasi dan pelaburan yang dialami AIA.
- (i) **Investment-Linked Insurance Policies / Polisi Insurans Berkaitan Pelaburan :**
I understand that the projected benefits shown in the sales illustrations are for illustration purposes only and are not guaranteed. The assumptions used to illustrate a range of returns on the AIA Investment-Linked Fund(s) are hypothetical and actual returns may be higher or lower than these assumptions.
Saya memahami bahawa manfaat yang diunjurkan dalam ilustrasi jualan adalah sebagai gambaran sahaja dan tidak dijamin. Andaian yang digunakan bagi menggambar-barkan pulangan ke atas Dana Pelaburan AIA hanyalah sebagai anggapan dan pulangan sebenar mungkin lebih tinggi atau rendah daripada andaian ini.
- (j) **Premium Holiday Declaration / Pengakuan Cuti Premium :**
In the event of my failure/omission and/or neglect to pay the premium due under the Policy, I confirm and agree that the Premium Holiday provision in the Policy will apply so as to allow the Policy Charges (as defined in the Policy) payable under the Policy to be deducted through cancellation of Units allocated to the Policy provided there are always sufficient Units for AIA to do so.
Sekiranya saya gagal, tertinggal dan/atau cuai untuk membayar premium yang perlu dibayar di bawah Polisi ini, Saya mengesahkan dan bersetuju bahawa peruntukan Cuti Premium di dalam Polisi akan digunapakai bagi membolehkan Caj Polisi (sepertimana yang didefinisikan di dalam Polisi) yang perlu dibayar di bawah Polisi akan dipotong menerusi pembatalan Unit-unit yang diagihkan kepada Polisi dengan syarat Unit-unit adalah sentiasa mencukupi bagi AIA melaksanakannya.

AUTHORIZATION / PEMBERIKUASAAN

I hereby authorize any doctor/specialist, hospital, clinic, insurance company or other organization, institution or person, that has any records or knowledge of my / my child / ward's health and medical history and any hospitalization, advice, treatment, disease or ailment, to disclose such information to AIA Bhd., or its representative. This authorization shall irrevocably bind my successors and assigns and remain valid notwithstanding my death or incapacity. A photostat copy of this authorization shall be as effective and valid as the original. Furthermore, the Company shall, at all times, keep all results of any such tests confidential and the use thereof shall only be for the purposes of this application or further applications for insurance with the Company except to such an extent that disclosure is required by the Life Insurance Association of Malaysia, any proper Government Authority or by Law. / Saya dengan ini membenarkan mana-mana doktor/pakar, hospital, klinik, syarikat insurans dan lain-lain organisasi, institusi atau perseorangan, yang mempunyai rekod atau pengetahuan tentang kesihatan dan latar belakang perubatan saya / anak / tanggungan saya dan sebarang hospitalisasi, nasihat, rawatan atau penyakit, untuk mendedahkan maklumat tersebut kepada AIA Bhd., atau wakilnya. Pengesahan ini akan mengikat waris-warisan dan penama saya, dan kekal sah meskipun selepas kematian ataupun ketidaklayakan saya. Salinan foto pengesahan ini adalah sama kesannya dengan yang asal. Selanjutnya, Syarikat akan, pada setiap masa menyimpan secara sulit, semua keputusan daripada sebarang ujian dan akan menggunakan keputusan ujian-ujian tersebut untuk tujuan permohonan insurans ini dan sebarang permohonan insurans lanjut dengan Syarikat sahaja, melainkan pendedahan itu dikehendaki oleh Persatuan Insurans Hayat Malaysia dan mana-mana pihak Berkuasa atau Undang-Undang Kerajaan.

Dated at , Malaysia on
 Tarikh , Malaysia pada
 Place / Tempat (MM/DD/YYYY) / (BB/HH/TTTT)

Agent's Declaration / Pengisytiharan Ejen

- (a) I declare that all the information contained in the application is the only information given to me by the Proposer, and I have not withheld any other information which might influence the acceptance of this application by AIA. / Saya mengakui bahawa semua maklumat yang terkandung dalam permohonan ini merupakan satu-satunya maklumat yang diberikan kepada saya oleh Pencadangan dan saya tidak menyembunyikan apa-apa maklumat lain yang boleh pengaruhi penerimaan permohonan ini oleh AIA.
- (b) I have not made any statement, representation or promise to the Proposer which is contrary to and/or misrepresents the terms of the policy of insurance. Further, I have not acted or conducted myself in such a way that amounts to misrepresenting the terms of the policy of insurance. / Saya telah tidak membuat apa-apa kenyataan, pernyataan atau janji kepada Pencadangan yang bercanggah dan/atau memberikan gambaran yang salah tentang terma-terma polisi insurans. Selain itu, saya tidak bertindak atau berkelakuan dalam cara sedemikian rupa sehingga memberikan gambaran yang salah tentang terma-terma polisi insurans.
- (c) I have explained to the Proposed Insured/Applicant that the bonuses, dividends and accumulation rates shown in the sales illustration are not guaranteed and the actual bonuses, dividends and accumulation rates that will be declared may be more or less, depending on the operating and investment results experienced by AIA. / Saya telah menerangkan kepada Insured Dicalangkan/Pemohon bahawa bonus, dividen dan kadar terkumpul seperti ditunjukkan dalam ilustrasi jualan tidak dijamin dan bonus, dividen dan kadar terkumpul sebenar yang akan diisytiharkan mungkin lebih atau kurang bergantung kepada keputusan operasi dan pelaburan yang dialami AIA.
- (d) I understand that the projected benefits shown in the sales illustrations are for illustration purposes only and are not guaranteed. The assumptions used to illustrate a range of returns on the AIA Investment-Linked Fund(s) are hypothetical and actual returns may be higher or lower than these assumptions. I have not misrepresented otherwise to the Application or Proposed Insured. / Saya memahami bahawa manfaat yang diunjurkan dalam ilustrasi jualan adalah sebagai gambaran sahaja dan tidak dijamin. Andaian yang digunakan bagi menggambarkan pulangan pelaburan ke atas Dana Pelaburan AIA hanyalah sebagai anggapan dan pulangan sebenar mungkin lebih tinggi atau rendah daripada andaian ini. Saya juga tidak menyalah nyata kepada Pemohon atau Insured Dicalangkan.
- (e) Pursuant to regulatory Anti-Money Laundering requirement, I confirm that / Menurut peraturan dalam Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram, saya mengesahkan bahawa :
- (i) Where the person is an individual, I have sighted the original NRIC/valid Passport and verified the identity and details of the Proposed Insured/Applicant; or / Bagi individu, saya mengesahkan bahawa saya telah melihat KP asal/Pasport dan mengesahkan identiti dan butiran Insured Dicalangkan/Pemohon; atau
- (ii) Where the person is a body corporate/club/society/charity, I have sighted the original constituent and identification documents; and have verified the beneficial owners and details of the Proposed Insured/Applicant. / Bagi badan korporat/kelab/persatuan/persatuan amal, saya mengesahkan bahawa saya telah melihat dokumen asal konstituen dan pengenalan; dan mengesahkan pemilik benefisial dan butiran Insured Dicalangkan/Pemohon.
- (f) Is the proposed single premium for this application wholly or partly funded from the surrender or withdrawal from another AIA policy, including Single Premium and/or other Guaranteed Assurance type plans? / Adakah Premium Tunggal yang dicalangkan untuk permohonan ini, dibayar sepenuhnya atau sebahagian darinya, daripada penyerahan atau penarikan semula polisi AIA yang lain, termasuk Premium Tunggal dan/atau jenis pelan Modal Terjamin yang lain? Yes/Ya No/ Tidak
- If yes, and the said policies are AIA policies, please provide the policy numbers of the affected policies. / Jika ya, dan polisi-polisi yang berkenaan adalah polisi AIA, sila berikan nombor polisinya di sini. _____

Signature of Intermediary / Witness
 Tandatangan Pengantara / Saksi

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

Signature of Proposed Insured
 Tandatangan Insured Dicalangkan

Signature of Intermediary / Witness (2)
 Tandatangan Pengantara / Saksi (2)

Signature of Card Member, if other than Proposed Insured / Applicant (Owner)
 Tandatangan Pemegang Kad, jika lain dari Insured Dicalangkan / Pemohon (Pemilik)

Signature of Employee (for payroll deduction authorization) (Only applicable to WSM)
 Tandatangan Pekerja (Untuk kebenaran potongan gaji) (Untuk WSM sahaja)

Signature of Spouse (*If applicable)
 Tandatangan Suami / Isteri (*Jika berkenaan) (of the Proposed Insured / Owner)** (Kepada Insured Dicalangkan / Pemohon)**
 **Please delete the one which is not applicable
 **Sila potongkan yang mana tidak berkenaan

Signature of Trustee (1)
 Tandatangan Pemegang Amanah (1)

Signature of Trustee (2)
 Tandatangan Pemegang Amanah (2)