



PROPOSAL FORM / BORANG PERMOHONAN - TA

IMPORTANT NOTICE: Section 150 Insurance Act 1996 provides:
 "Before a contract of insurance is entered into, a proposer shall disclose to the licensed insurer a Matter that -
 (a) he knows to be relevant to the decision of the licensed insurer on whether to accept the risk or not and
 The rates and terms to be applied; or
 (b) a reasonable person in circumstances could be expected to know to be relevant."
 If the proposer does not fully faithfully give the facts as he knows them or ought to know them, the policy may be invalidated.
 Note: It is important that you read your policy contract as it contains the terms and conditions of your insurance coverage. All enquiries concerning policy matters should be directed to 1800 88 8811.

NOTIS PENTING: Mengikut Seksyen 150 Akta Insurans Malaysia 1996:
 "Sebelum kontrak insurans dimeterai, pencadang perlu mendedahkan kepada penginsurans Berlesen bahawa -
 (a) beliau memahami berkaitan keputusan yang dicapai tentang penginsurans berlesen sama ada untuk
 Menerima risiko atau tidak, dan kadar dan syarat yang diterimapakai; atau
 (b) orang yang munasabah dalam keadaan ini yang diketahui adalah berkaitan.
 Jika pencadang tidak memberikan fakta yang dia ketahui atau sepatutnya diketahui secara lengkap dan
 Benar, polisi yang dikeluarkan ini akan terbatal.
 Nota: Sila pastikan bahawa anda membaca kontrak polisi anda yang mengandungi terma-terma dan syarat-syarat
 perlindungan insurans anda. Semua pertanyaan berkaitan hal polisi hendaklah terus kepada 1800 88 8811.

This application serves as part of your Certificate of Insurance and is subject to the terms and conditions of the Master Policy. (Applicable to Malaysian Resident Only)
 Borang permohonan ini adalah menjadi sebahagian dari Sijil Insurans anda dan tertakluk kepada syarat-syarat dan terma-terma Polisi Utama. (Untuk Kegunaan Penduduk Malaysia Sahaja)

Please fill in CAPITAL LETTERS only. / Sila isikan dengan HURUF BESAR sahaja.

Mr / Encik Mrs / Puan Miss / Cik

Full Name / Nama Penuh (as per I.D. / Passport seperti dalam KP / Paspot) _____

Preferred Name / Nama Pilihan _____

Address / Alamat _____

City / Bandar _____ Postcode / Poskod _____

State / Negeri _____

Gender / Jantina Male / Lelaki Female / Perempuan Date of Birth / Tarikh Lahir _____

ID Number / Nombor Kad Pengenalan (If not new IC, fill into 1st 8 boxes / Jika bukan IC baru, isi kotak 8 yang pertama) _____ ID Type / Jenis Kad Pengenalan N=New/Baru; O=Old/Lama; P=Police/Polis; M=Military/Tentera; F=Foreign Passports/Pasport Luar Negara; X=Others/Lain-lain

Occupation / Pekerjaan _____

Email Address / Alamat Emel _____

Tel. No. (H) / No. Tel (R) _____ HP No. / No. Tel Bimbit _____

FOR FAMILY PLAN / UNTUK PELAN KELUARGA : Please fill in Spouse and children particulars / Sila isikan butir-butir pasangan dan anak.

1. Full Name / Nama Penuh _____ I.C. No. / No. KP _____ Date of Birth / Tarikh Lahir _____

2. Full Name / Nama Penuh _____ I.C. No. / No. KP _____ Date of Birth / Tarikh Lahir _____

3. Full Name / Nama Penuh _____ I.C. No. / No. KP _____ Date of Birth / Tarikh Lahir _____

4. Full Name / Nama Penuh _____ I.C. No. / No. KP _____ Date of Birth / Tarikh Lahir _____

Choice of Plan / Pelan Pilihan Individual / Individu Family / Keluarga Insured & Spouse / Penginsurans & Pasangan

Area / Kawasan Region 1 / Wilayah 1 Region 2 / Wilayah 2 Region 3 / Wilayah 3

Choice of Benefits / Manfaat Pilihan Domestic Superior Premier

Per Trip / Pra Perjalanan Per Trip / Pra Perjalanan

Furthest Destination / Destinasi seterusnya _____ (both days inclusive / termasuk kedua-dua hari)

No of days cover / Perlindungan untuk selama (hari) _____

Date of Departure / Tarikh Berlepas _____ Date of Return / Tarikh Pulang _____

Annual / Tahunan: Maximum of up to 100 days per trip / Maksima sehingga 100 hari setiap satu perjalanan Annual / Tahunan

Effective Date / Tarikh Berkuatkuasa _____ Expiry Date / Tarikh Luput _____

If you wish to nominate your nominee, you may download a nomination form from our website at www.aiggeneral.com.my and fax to us at 03-2058 5112. Please be advised that if no nomination is made, any death benefits payable will be paid to insured's estate.

Sekiranya anda ingin menamakan pewaris wasiat anda, sila muat turunkan borang penamaan dari laman web kami di www.aiggeneral.com.my dan fakskan kepada kami di 03-2058 5112. Adalah dimaklumkan bahawa, sekiranya tiada penamaan dibuat, manfaat untuk kematian akan dibayar kepada ahli keluarga orang yang menerima perlindungan.

DECLARATION AND AUTHORISATION

I hereby declare and agree that :-
 a. All written information provided by me in this application form, any formal questionnaire, other documents signed by me in connection with this application, and statements and answers so made to AIG General Insurance (Malaysia) Berhad (795492-W) ("Company") are full, complete, true and correct. I understand and agree that the Company, will rely and act on such information, otherwise any policy issued or coverage granted to me may be void at the Company's option.
 b. Any personal information collected or held by the Company (whether contained and/or obtained in this application or otherwise) may be held, used and disclosed by the Company to individuals, service providers and organizations associated with the Company and/or any other selected third parties (within or outside of Malaysia) for purposes of processing this application; providing subsequent services; furnish me with other financial products and services; direct marketing; data matching and to communicate with me for such purposes. I understand that I have the right to obtain access to and to request correction of my personal information held by the Company.
 c. Furthermore, I hereby irrevocably authorize any organization, institution or individual that has any records or knowledge of me/my insured family member(s) health, medical history, any treatment and/or advice, to disclose such information to the Company. This information shall bind me/my insured family member(s) our respective successors and assigns, and remain valid, notwithstanding me/my insured family member(s) death or incapacity. A copy of this form shall be as valid as a written authorisation.

PENGISYTIHARAN DAN PEMBERIKUASAAN

Saya dengan ini mengisytiharkan dan bersetuju bahawa :-
 a. Semua maklumat bertulis yang disediakan oleh saya dalam borang permohonan ini atau soal selidik rasmi atau lain-lain dokumen yang ditandatangani oleh saya berhubung dengan permohonan dan jawapan yang diberi kepada AIG General Insurance (Malaysia) Berhad (795492-W) ("Syarikat") adalah penuh, lengkap, benar dan betul, dan saya faham bahawa Syarikat meyakinkan kebenaran maklumat yang diberi akan bergantung dan bertindak berdasarkan maklumat tersebut, jika tidak mana-mana polisi yang dikeluarkan atau perlindungan yang diberi oleh Syarikat adalah tidak sah dan boleh dibatalkan atas budi bicara penanggung insuran.
 b. Mana-mana maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh Syarikat (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) diberikan kepada Syarikat dan boleh dipegang, diguna, dan dikemukakan oleh Syarikat kepada individu, badan atau organisasi yang menyediakan perkhidmatan, organisasi yang berkaitan dengan Syarikat atau mana-mana pihak ketiga yang dipilih (dalam atau luar Malaysia, termasuk syarikat-syarikat reinsurans dan penyiasatan tuntutan dan persatuan/perbadanan industri) bagi tujuan memproses permohonan ini dan memberikan perkhidmatan seterusnya untuk produk dan perkhidmatan kewangan yang lain, pemasaran langsung pemedanan data, dan untuk berkomunikasi dengan saya/kami untuk tujuan seperti itu. Saya faham bahawa saya berhak memperoleh akses kepada, dan memohon pembetulan apa-apa maklumat peribadi yang dipegang oleh Syarikat berkaitan dengan saya. Permohonan seperti itu boleh dibuat di mana-mana Pusat Perkhidmatan Pelanggan Syarikat.
 c. Seterusnya saya dengan muktamad membenarkan mana-mana organisasi, institusi atau individu yang mempunyai rekod dan pengetahuan mengenai kesihatan dan latarbelakang perubahan dan sebarang rawatan tentang saya/ahli keluarga yang diinsurankan/orang yang dicadangkan untuk mendedahkan maklumat tersebut kepada Syarikat. Maklumat ini akan mengikat saya/ahli keluarga yang diinsurankan/orang yang dicadangkan, waris dan pemegang serah hak, dan akan terus berkuatkuasa, walaupun dengan kematian atau ketidakupayaan saya/ahli keluarga yang diinsurankan/orang yang dicadangkan. Salinan pemberikuasaan ini adalah sah seperti yang asal.

PREMIUM PAYABLE / JUMLAH BAYARAN PREMIUM RM _____

SERVICE TAX / TAX PERKHIDMATAN (5%) RM _____

TOTAL PREMIUM PAYABLE / JUMLAH BAYARAN PREMIUM RM _____

Applicant's Signature / Tandatangan Pemohon _____

Date / Tarikh : _____

DECLARATION BY AGENT/OFFICER / PENGISYTIHARAN OLEH EJEN/PEGAWAI
 I declare that I have sighted the original NRIC of the applicant and thereby verify his/her identity. / Saya mengisytiharkan bahawa saya telah meneliti Kad Pengenalan asli pemohon dan dengan itu, mengesahkan identiti beliau.

Name / Nama _____
 Date / Tarikh _____ Signature (Agent/Officer) / Tandatangan (Ejen/Pegawai) _____

FOR OFFICE USE ONLY / UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA

Certificate No. / No. Sijil : _____

02G - AA - TA _____

Producer Code / Kod Produser : _____ - _____ - _____

Agent's Name / Nama Agen : _____ Tel No. / No. Tel : _____