

Group Outpatient Claim / Tuntutan Pesakit Luar Kumpulan

(Claimant's Statement / Penyata Pihak Menuntut)

Particular of Policy Holder / Butir-butir Pemunya Polisi

Policy No. / No. Polisi : _____ Policy Holder / Pemunya Polisi : _____

Address of Policy Holder / Alamat Pemunya Polisi : _____

Payment Details / Butir-butir Pembayaran (Mandatory To Be Completed / Wajib Diisikan)

Payment payable to / Bayaran kepada: ☐ Employer / Majikan ☐ Employee / Pekerja

All eligible and admissible claim payment shall be credited into the Bank Account No. stated in the E-Payment (Direct Credit) Authorisation Form. Payment will be credited into your bank account within 3 working days from claim approval date. Failure to provide us with the correct account no. will result in a delay in claim payment. You shall submit a fresh copy of E-Payment (Direct Credit) Authorisation Form to us if there is any change to your bank account details. / Segala pembayaran tuntutan yang layak dan dapat diterima akan dikreditkan ke dalam No. Akaun Bank yang tertulis di dalam Borang Kebenaran E-Pembayaran (Kredit Terus). Pembayaran akan dikreditkan ke dalam akaun bank anda di dalam masa 5 hari bekerja bermula daripada tarikh tuntutan diluluskan. Kegagalan memberikan nombor akaun yang betul kepada kami akan menyebabkan kelewatan di dalam pembayaran tuntutan. Anda boleh menghantar salinan terbaru Borang Kebenaran E-Pembayaran (Kredit Terus) kepada kami sekiranya terdapat sebarang perubahan pada butir-butir akaun bank anda.

Particulars of Employee / Butir-butir Pekerja (Mandatory To Be Completed / Wajib Diisikan)

Name of Employee (same as NRIC) / Nama pekerja (sama dengan KP) :

NRIC No. / No. KP (Baru) : _____ Old IC No. / No. KP (Lama) : _____ Age / Umur : _____

Passport No. / No Pasport : _____ Gender / Jantina : ☐ Male / Lelaki ☐ Female / Perempuan

Tel. No. / No. Tel. : _____ Mobile Phone No. / No. Tel. Bimbit : _____

E-mail / Emel : _____

Correspondence Address / Alamat Surat-Menyurat : _____ Postcode / Poskod : _____

Particulars of Dependent (if patient is not Employee) / Butir-butir Pihak Tanggungan (jika pesakit bukan Pekerja)

Name of Dependent (same as NRIC) / Nama pihak Tanggungan (sama dengan KP) :

NRIC No. / No. KP (Baru) : _____ Old IC No. / No. KP (Lama) : _____

Passport No. / No Pasport : _____

Gender / Jantina : ☐ Male / Lelaki ☐ Female / Perempuan Age / Umur : _____

Relationship with Life Assured / Hubungan dengan Orang Diinsuranskan : ☐ Spouse / Pasangan ☐ Child / Anak

Is dependent employed? / Apakah tanggungan bekerja : ☐ No / Tidak ☐ Yes / Ya

☐ GP Claim / Tuntutan GP

Document checklist:

1. Original receipt / Resit asal 2. Details of charges (for bill above RM100) / Caj terperinci (untuk bil melebihi RM100)

☐ Panel GP / Klinik Panel ☐ Non-Panel GP / Klinik Bukan Panel
Reason(s) for seeking treatment at Non-Panel GP / Sebab-sebab menerima lawatan di klinik bukan panel:

☐ Specialist Claim / Tuntutan Pakar

Document checklist:

1. Original receipt / Resit asal 2. Original Final Tax Invoice/Detailed Itemized Bill / Salinan Asal Inbois Cukai/Bil Terperinci Tearakhir
3. Referral Letter / Salinan Surat Rujukan 4. Follow up Appointment Card / Kad Temujanji

☐ Paediatrician Claim / Tuntutan Pakar kanak-kanak

Head Office :

Level 29, Menara Allianz Sentral, 203, Jalan Tun Sambanthan, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Tel : +603-2264 1188 / 2264 0688 Fax : +603-2264 8440 (LHC) allianz.com.my facebook.com/allianzmalaysia

Customer Service Centre :

Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Toll Free : 1-300-22-5542 Tel : +603-2264 0700 Fax : +603-2264 8499 Email: customer.service@allianz.com.my



OTS001

Service & Treatment Information / Maklumat Servis & Rawatan (Please complete this section / Sila lengkapkan bahagian ini)

Date of Visit / Tarikh Lawatan : ____ / ____ / ____ (dd/mm/yyyy/ hh/bb/tttt)

Time of Visit / Masa Lawatan : _____ a.m/p.m. / pagi/petang

Diagnosis/Reason (s) for Visit / Diagnosis/Sebab-sebab lawatan (Please complete this section / Sila lengkapkan bahagian ini)

General Illness / Penyakit Umum

- ☐ Diarrhoea/Vomiting/Food Poisoning / Cirit-birit/Muntah-muntah/Keracunan Makanan
- ☐ Cuts/Soft Tissue Injury/Scalding / Luka/ Kecederaan Tisu/Melecur
- ☐ Abdominal Pain / Sakit Perut
- ☐ Eye Disorder / Sakit mata
- ☐ Headache/Migraine / Sakit Kepala/Migraine
- ☐ Sinusitis / Sinusitis
- ☐ URTI / Jangkitan Saluran Pernafasan

☐

Due to sickness / Disebabkan Penyakit

- ☐ Backache/Body Ache/Joint Ache / Sakit Tulang Belakang/Sakit Badan/Sakit Sendi
- ☐ Ear/Nose/Throat Disorder / Sakit Telinga/ Hidung/Tekak
- ☐ Dysmenorrhea / Senggugut
- ☐ Fracture/Sprain / Patah/Terseliuh
- ☐ Piles/Haemorrhoid / Piles/Buasir
- ☐ Tonsillitis/Pharyngitis / Tonsilitis/Sakit Tekak
- ☐ Vertigo/Giddiness / Vertigo/Pening

☐

Due to Accident / Disebabkan Kemalangan

- ☐ Bronchitis/Pneumonia / Bronkitis/Jangkitan Paru-paru
- ☐ Flu/Cough/Cold/Fever / Selsema/Batuk/Demam
- ☐ Eczema/Dermatitis / Ekzema/Dermatitis
- ☐ Gastritis / Gastrik
- ☐ Rashes/Urticaria / Ruam/Urtikaria
- ☐ Urinary Tract Infection / Jangkitan Saluran Kencing
- ☐ Others (Please specify) / Lain-lain (Sila Nyatakan) : _____

Long Term Illness / Penyakit Jangka Panjang

- ☐ Arthritis / Sakit Sendi
- ☐ Cerebrovascular Accident / Kecederaan Otak
- ☐ Gout / Gaut
- ☐ Parkinson / Parkinson
- ☐ Thyroid Disease / Tiroid

☐

Asthma / Asma

☐

Diabetes Mellitus / Kencing manis

☐

Hyperlipidaemia / Kolesterol Tinggi

☐

Peptic Ulcer / Rahang Usus

☐

Others (Please specify) / Lain-lain (Sila Nyatakan) : _____

☐

Coronary Heart Disease / Sakit Jantung

☐

Epilepsy / Sawan

☐

Hypertension / Darah Tinggi

☐

Psoriasis / Penyakit Kulit

☐

Child Immunization / Imunisasi Kanak kanak

☐

Panel GP / Klinik Panel

☐

Paediatrician / Pakar Kanak-Kanak

Name of Immunisation / Nama Imunisasi	Claim Amount (RM) / Amaun Yang Dituntut (RM)

☐

Dental Claim / Tuntutan Pergigian

Document checklist:

1. Original receipt / Resit asal

2. Diagnosis / Diagnosis

3. Details of Charges / Bil Terperinci

Consultation / Perundingan	RM	Extraction / Pencabutan	RM
Filling / Tampalan	RM	Scaling/Polishing / Mengikis/Membersih	RM
X-ray / X-ray	RM	Medicine / Ubat-ubatan	RM
Others / Lain-lain	RM		

Payment Method/ Kaedah Pembayaran (for Employee Only/ Untuk Pekerja Sahaja)

If you have not submitted E-payment Authorization form before, please complete the following:
Jika anda tidak pernah menghantar Borang Kebenaran E-Bayaran, sila lengkapkan seperti dibawah:

Direct Credit Account (E-payment) / Akaun Kredit Terus (E-Pembayaran)

Please enclose the following documents / Sila kemukakan dokumen seperti dibawah:

- A copy of NRIC/passport / Salinan Kad Pengenalan/Pasport
- A copy of bank statement/first page of bank account passbook with account details / Salinan Penyata bank atau halaman pertama buku akaun bank anda

Account Holder's Authorization / Kebenaran Pemegang Akaun

I hereby request and authorize ALLIANZ LIFE INSURANCE MALAYSIA BERHAD (ALIM) to direct credit the payment which is payable to me pursuant to this application into my bank account stated below. I agree that this request is governed by the Terms and Conditions as specified below / Saya dengan ini memohon dan bersetuju untuk ALLIANZ LIFE INSURANCE MALAYSIA BERHAD (ALIM) mengkreditkan bayaran yang akan dibayar kepada saya berikutan permohonan ini ke dalam akaun saya yang dinyatakan bawah. Saya bersetuju bahawa permohonan ini adalah tertakluk kepada Terma dan Syarat yang dinyatakan di bawah.

Bank Name / Nama Bank		Bank Account Holder's Full Name / Nama Pemegang Akaun Bank	
Bank Account No. / No. Akaun Bank		Account Type / Jenis Akaun	

Terms & Conditions / Terma & Syarat:

1. This option is to facilitate payment to be credited to your bank account directly ("Direct Credit") as the employee of the Policy as stated herein / Opsyen ini adalah untuk memudahkan pembayaran secara langsung ke akaun bank anda ("Kredit Langsung") sebagai pekerja seperti yang dinyatakan di sini.
2. Direct Credit is only available for direct credit to banks participating in the Interbank Giro Payment System (IBG) and not allowed for / Kredit langsung hanya disediakan untuk bank-bank yang mengambil bahagian dalam sistem pembayaran antara bank Giro (IBG) dan tidak dibenarkan untuk:
 - a. Overseas bank account / Akaun bank di luar negara;
 - b. Corporate bank account (for keyman policy, mortgage reducing term assurance policy) / Akaun bank korporat (untuk polisi Keyman, dasar jaminan jangka gadai janji);
 - c. Any local bank account not in the name of the Employee as stated in this form / Mana-mana akaun bank tempatan yang bukan atas nama pekerja seperti yang dinyatakan dalam borang ini.
 - d. Any joint bank account unless the Employee is the primary joint account holder / Mana-mana akaun bersama melainkan pekerja adalah pemegang akaun utama.
3. You are responsible for the accuracy of information provided in this form and ALIM shall not be held liable for any damages, losses, claims, costs, expenses and/or delay suffered by you due to incomplete or incorrect information provided by me in this form / Anda bertanggungjawab ke atas ketepatan maklumat yang diberikan dalam borang ini dan ALIM tidak akan bertanggungjawab ke atas sebarang kerosakan, kerugian, tuntutan, perbelanjaan dan/atau kelewatan yang anda alami disebabkan oleh maklumat yang tidak lengkap atau tidak betul yang diberikan oleh anda dalam borang ini.
4. The payment into the account provided herein shall be a valid discharge of ALIM's liability under the Policy / Pembayaran ke dalam akaun yang diberikan dalam borang ini adalah pelepasan liabiliti ALIM yang sah di bawah Polisi.
5. You shall immediately refund to ALIM in full any monies paid which you are not entitled to receive / Anda akan dengan segera membayar balik kepada ALIM sepenuhnya apa-apa wang yang dibayar yang anda tidak berhak terima.
6. You shall indemnify ALIM for any damages, losses, claims, costs and/or expenses incurred by ALIM arising from or in connection with payments made in accordance with your instructions herein / Anda akan menanggung rugi ALIM bagi apa-apa kerosakan, kerugian, tuntutan, kos dan/atau perbelanjaan yang ditanggung oleh ALIM yang timbul daripada atau berkaitan dengan pembayaran yang dibuat mengikut arahan saya di sini.
7. ALIM reserves the right to release payment by cheque if ALIM deems fit / ALIM berhak untuk melepaskan pembayaran melalui cek sekiranya ALIM anggap bersesuaian.
8. The information provided herein may be disclosed to relevant third parties for the purpose of this form and in compliance with any legal or regulatory requirements / Maklumat yang diberikan di sini boleh didedahkan kepada pihak ketiga yang berkaitan untuk tujuan borang ini dan untuk mematuhi undang-undang atau peraturan.

Declaration & Authorisation by Life Assured/Policy Owner/Claimant / Pengisytiharan & Kebenaran oleh Orang Diinsuranskan/Pemunya Polisi/Pihak Menuntut

I/We declare that the information given in this form is true and correct. I/We agree that the written statement of all the physicians who attended to or treated the Life Assured, and all documents furnished shall constitute proofs in support of this claim and agree that the furnishing of this form or any other forms supplemental to that or any enquiry or investigation by Allianz Life Insurance Malaysia shall not be considered as an admission of liability by the Company. I/We further consent to release of any and all information to the Company or its representative by any physician, hospital, clinic or insurance company or other organizations, institutions or persons that have knowledge of the Life Assured or records in respect of, including but not limited to, the Life Assured's health, employment records or claims history for the purpose of the Company assessing this claim.

Saya/Kami mengaku bahawa maklumat yang diberikan dalam borang ini adalah benar dan betul. Saya/Kami bersetuju bahawa kenyataan bertulis daripada semua pakar perubatan yang merawat atau memeriksa Orang yang Diinsuranskan, dan semua dokumen yang dikemukakan hendaklah menjadi bukti-bukti untuk menyokong tuntutan ini dan bersetuju bahawa pemberian borang ini atau apa-apa bentuk lain tambahan kepada itu atau mana-mana pertanyaan atau penyiasatan oleh Allianz Life Insurance Malaysia tidak boleh dianggap sebagai pengakuan liabiliti oleh Syarikat. Saya/kami membenarkan untuk melepaskan mana-mana dan semua maklumat kepada Syarikat atau wakilnya oleh mana-mana doktor, hospital, klinik atau syarikat insurans atau lain-lain organisasi, institusi atau orang-orang yang mempunyai pengetahuan yang Diinsuranskan atau rekod berkenaan dengan, termasuk tetapi tidak terhad kepada, Hayat Diinsuranskan kesihatan, rekod pekerjaan atau tuntutan sejarah bagi tujuan Syarikat menilai tuntutan ini.

Signature of Claimant/Life Assured / Tandatangan Pihak Menuntut
/Orang Diinsuranskan

Name / Nama :
NRIC No. / No. KP (Baru) :
Date / Tarikh :

Authorised Signatory of Employer / Tandatangan Majikan

Designation / Jawatan :
Department / Jabatan :
Date / Tarikh :

Company Stamp / Cop Syarikat

Head Office :

Level 29, Menara Allianz Sentral, 203, Jalan Tun Sambanthan, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Tel : +603-2264 1188 / 2264 0688 Fax : +603-2264 8440 (LHC) allianz.com.my facebook.com/allianzmalaysia

Customer Service Centre :

Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Toll Free : 1-300-22-5542 Tel : +603-2264 0700 Fax : +603-2264 8499 Email: customer.service@allianz.com.my

DATA PRIVACY NOTICE & CONSENT FORM (CLAIMS) / NOTIS DATA PRIVASI & BORANG PERSETUJUAN (TUNTUTAN)

1. Processing of Your Personal Data / Pemprosesan Data Peribadi Anda

Allianz Life Insurance Malaysia Berhad ("Company") will use the information you supply in the Claims Form to, among others, process your claim in accordance with the Personal Data Protection Act 2010, other related legislation, the Company's and/or its Group's own strict internal policy. / *Allianz Life Insurance Malaysia Berhad ("Syarikat") akan menggunakan maklumat yang anda bekalkan dalam Borang Tuntutan untuk, antaranya, memproses tuntutan anda mengikut Akta Perlindungan Data Peribadi 2010, undang-undang lain yang berkaitan, polisi dalaman Syarikat dan/atau Kumpulannya sendiri yang ketat.*

The personal information, which is either supplied by you or by other members of your family, will include policy information, financial information and sensitive personal data about you and any other members of your family including information on physical or mental health or medical condition or religious beliefs if they are also covered by the insurance for which a claim is being made ("Personal Data"). / *Maklumat peribadi tersebut, samada yang dibekalkan oleh anda atau ahli keluarga anda yang lain, akan termasuk maklumat polisi, kewangan dan data peribadi sensitif berkenaan anda dan mana-mana ahli keluarga anda merangkumi maklumat berkaitan kesihatan fizikal atau mental, keadaan perubatan atau kepercayaan agama, sekiranya mereka juga dilindungi di bawah insurans yang mana suatu tuntutan dibuat ("Data Peribadi").*

The Company may also obtain your Personal Data from other sources, such as bureau or agencies established or to be established by regulatory authorities, operators of registers or databases available to the insurance industry, other external database suppliers, governmental departments, agencies or authorities, any party who has, does or will provide products or services to you and to whom you have granted consent, the Company's commercial partners, insurance intermediaries, reinsurers, third party administrators and/or service providers, other insurance companies, your attending doctors, hospitals, clinics, other medical professionals, facilities or pharmacies, laboratories, lawyers, agents, proposed assignees, group policyholders, benefit plan administrators and your employer, or related persons or organizations from whom such information would be essential for the proper processing of the data for the purposes as stated herein. / *Syarikat juga mungkin memperoleh Data Peribadi anda daripada sumber-sumber lain, seperti biro atau agensi-agensi yang ditubuhkan atau akan ditubuhkan oleh pihak berkuasa kawal selia, operator rekod atau pangkalan data yang tersedia kepada industri insurans, atau pembekal-pembekal pangkalan data luar, jabatan kerajaan, agensi atau pihak berkuasa, mana-mana pihak yang telah, sedang atau akan membekalkan produk atau khidmat kepada anda dan kepada siapa yang anda telah memberikan persetujuan, rakan-rakan komersil Syarikat, pihak perantara insurans, pihak penanggung insurans semula, pengurus dan/atau pembekal perkhidmatan pihak ketiga, syarikat insurans yang lain, doktor perawat anda, hospital, klinik, ahli profesional perubatan lain, kemudahan atau farmasi perubatan yang lain, makmal, peguam, agen, pemegang serah hak yang dicadangkan, pemunya polisi berkumpulan, pihak pengurusan pelan manfaat dan majikan anda, atau orang-orang yang berkaitan atau organisasi daripada mana maklumat sebegini adalah penting untuk pemprosesan data yang sepatutnya untuk tujuan yang dinyatakan di sini.*

2. Impact resulting from failure to supply information / Akibat daripada kegagalan untuk membekalkan maklumat

You may choose whether or not to provide your Personal Data to the Company. However, failure to supply your Personal Data as requested may result in the Company being unable to evaluate your claim, which may lead to your claim being denied. Hence, it is obligatory for you to provide the Company your Personal Data when you choose to make a claim in respect of a policy with the Company. / *Anda boleh memilih sama ada hendak memberikan Data Peribadi anda kepada Syarikat atau tidak. Walaubagaimanapun, kegagalan untuk memberikan Data Peribadi anda seperti yang diminta mungkin akan mengakibatkan Syarikat tidak dapat menilai tuntutan anda, yang mana boleh menyebabkan tuntutan anda ditolak. Dengan itu, adalah menjadi obligasi anda untuk membekalkan kepada Syarikat Data Peribadi anda apabila anda memilih untuk membuat tuntutan terhadap polisi dengan Syarikat.*

3. Purposes of Collecting and Using Your Personal Data / Tujuan Mengumpul dan Menggunakan Data Peribadi Anda

Your Personal Data will be collected, used and otherwise processed by the Company for the following purposes: / *Data Peribadi anda akan dikumpul, diguna dan sebaliknya diproses oleh Syarikat untuk tujuan-tujuan berikut:*

- (a) for claims processing, evaluation, administration and claim settlement; / *untuk memproses tuntutan, menilai, mentadbir dan penyelesaian tuntutan;*
- (b) for detection and prevention of criminal activity or fraud in connection with an insurance transaction and/or improper claim; / *untuk mengesan dan mengelakkan aktiviti jenayah atau penipuan berkaitan dengan transaksi insurans dan/atau tuntutan tidak betul;*
- (c) to ensure that the Company's records are updated; / *untuk memastikan bahawa rekod Syarikat adalah terkini;*
- (d) for statistical analysis and surveys; / *untuk analisis statistik dan kaji selidik;*
- (e) for data transfer to, and sharing with, other members of the Group and/or third parties acting on behalf of the Company, including those located outside Malaysia. / *untuk pemindahan data kepada, dan berkongsi dengan, ahli-ahli lain dalam Kumpulan dan/atau pihak ketiga yang bertindak bagi pihak Syarikat, termasuk yang berada di luar Malaysia.*

4. Disclosure of Your Personal Data / Pendedahan Data Peribadi Anda

Your Personal Data may also be disclosed to authorized third parties including our agents and/or other intermediaries, other insurers, brokers, credit organizations, underwriters, reinsurers, group policyholders, benefit plan administrators, those to whom the Company outsource certain business operations, the Company's commercial partners, regulatory authorities, bureau or agencies established or to be established by regulatory authorities, operators of registers or databases available to the insurance industry, loss adjusters, lawyers, auditors, persons conducting actuarial or research studies, accountants, consultants, surveyors, external claims data collectors, investigators and medical professionals, and any other contractors or sub-contractors as required or permitted by law or as the Company may determine to be necessary or appropriate. / *Data Peribadi anda juga boleh didedahkan kepada pihak ketiga yang diberi kuasa termasuk agen*

Syarikat dan/atau intermediari lain, syarikat insurans yang lain, broker, organisasi-organisasi kredit, pengunderait, pihak penanggung insurans semula, pemunya polisi berkumpulan, pihak pengurusan pelan manfaat, kepada mereka yang mana Syarikat telah menyumber luar operasi bisnes Syarikat yang tertentu, rakan-rakan komersil Syarikat, pihak berkuasa kawal selia, biro atau agensi yang telah atau akan ditubuhkan oleh pihak berkuasa kawal selia, operator rekod atau pangkalan data yang tersedia kepada industri insurans, penyelaras kerugian, peguam, juruaudit, mereka yang melaksanakan penyelidikan aktuari atau kaji selidik, akauntan, pakar runding, peninjau, pengumpul data tuntutan luar, penyiasat dan profesional perubatan dan mana-mana kontraktor atau sub-kontraktor lain yang diperlukan atau dibenarkan oleh undang-undang atau yang diputuskan oleh Syarikat sebagai perlu atau bersesuaian.

5. Your Rights of Access to Your Personal Data / Hak Anda Untuk Akses Kepada Data Peribadi Anda

You have the right to request in writing access to, enquire and complain in respect of your Personal Data held by the Company by contacting the Company's Customer Service Officer at **1300-22-5542** from 8.45 a.m. to 5.45 p.m., Monday to Friday or email at customer.service@allianz.com.my or via our Fax No. 03-2264 8499. You also have the right to request in writing for the Company to cease processing your Personal Data. / Anda berhak untuk meminta secara bertulis akses kepada, membuat apa-apa pertanyaan atau aduan berkaitan dengan Data Peribadi anda yang disimpan oleh Syarikat dengan menghubungi Pegawai Perkhidmatan Pelanggan Syarikat di **1300-22-5542**, dari 8.45 pagi hingga 5.45 petang, Isnin hingga Jumaat atau emel kepada customer.service@allianz.com.my atau melalui No. Faks 03-22648499. Anda juga boleh meminta secara bertulis kepada Syarikat untuk berhenti memproses Data Peribadi anda.

6. Information About Another Person / Maklumat Berkaitan Orang Lain

When you give the Company, information about another person, you confirm that they have appointed you to act for them, to consent to the processing of their personal data and to receive on their behalf, any data privacy notices. / Apabila anda memberi Syarikat maklumat berkaitan orang lain, anda mengesahkan bahawa mereka telah melantik anda untuk bertindak bagi pihak mereka untuk bersetuju dengan pemprosesan Data Peribadi mereka dan untuk menerima bagi pihak mereka apa-apa notis data privasi

CONSENT TO PROCESS AND DISCLOSE PERSONAL DATA / PERSETUJUAN UNTUK MEMPROSES DAN MENDEDAH DATA PERIBADI

I have fully read and understood this Data Privacy Notice. I hereby confirm that I give explicit consent, in accordance with the provisions of the Personal Data Protection Act 2010, on behalf of myself and any family members, dependants, or other persons (collectively referred to as "other persons"), to the Company and/or its Group to collect, use, disclose, transfer, share or otherwise process my Personal Data and the Personal Data of the other persons including sensitive personal data for the abovementioned purposes. I confirm that where I have provided Personal Data about the other persons, as part of my claim, I have obtained the consent of the individual(s) concerned to enable the Company and/or its Group to use their Personal Data, including any sensitive personal data. I also confirm that I have brought the Data Privacy Notice to the attention of the other persons who confirm that they understand, agree and authorize the Company and/or its Group to deal with their Personal Data in accordance with the declaration above. / Saya telah membaca dan memahami sepenuhnya Notis Data Privasi ini. Saya mengesahkan bahawa saya memberi persetujuan yang nyata, mengikut peruntukan Akta Perlindungan Peribadi 2010 bagi pihak saya dan mana-mana ahli keluarga, tanggungan, benefisiari, pemegang amanah, wakil peribadi, penama, pemegang serah hak atau sesiapa yang dinamakan dalam borang ini (secara kolektifnya dirujuk sebagai "orang-orang lain"), kepada Syarikat dan/atau Kumpulannya untuk mengumpul, menggunakan, mendedahkan, memindahkan, berkongsi atau sebaliknya memproses Data Peribadi saya dan Data Peribadi orang-orang lain termasuk data peribadi sensitif untuk tujuan-tujuan yang dinyatakan di atas. Saya mengesahkan bahawa di mana saya telah memberikan Data Peribadi berkenaan dengan orang-orang lain, saya telah memperoleh persetujuan individu yang berkaitan untuk membolehkan Syarikat dan/atau Kumpulannya menggunakan Data Peribadi mereka, termasuk apa-apa data peribadi sensitif. Saya juga mengesahkan bahawa saya telah membawa Notis Data Privasi ini kepada perhatian orang-orang lain yang telah mengesahkan bahawa mereka memahami, bersetuju dan memberi kuasa kepada Syarikat dan/atau Kumpulannya untuk mengurus dengan Data Peribadi mereka mengikut deklarasi di atas.

Signature / Tandatangan

Date / Tarikh

Full Name / Nama Penuh :

NRIC No. / No. Kad Pengenalan :