

Group Hospitalisation & Surgical / Tuntutan Penghospitalan & Pembedahan Kumpulan

(Claimant's Statement / Penyata Pihak Menuntut)

Particular of Policy Holder / Butir-butir Pemunya Polisi

Policy No./ No. Polisi : _____ Claim No./ No. Tuntutan : _____

Policy Holder/ Pemunya Polisi : _____ Office Tel. No./ No.Tel.Pejabat : _____

Address of Policy Holder/ Alamat Pemunya Polisi : _____

Postcode/ Poskod : _____

Kindly note that all certification of documents must be done either by the Commissioner of Oaths, Solicitors, Allianz's Personnel (Executive and above), or the Issuing Authority. / Adalah dimaklumkan bahawa semua pengesahan dokumen mestilah dilakukan oleh Pesuruhjaya Sumpah, Peguam, Kakitangan Allianz (Eksekutif dan atas) atau Pihak Berkuasa yang mengeluarkan dokumen.

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

I) Payment payable to / Bayaran kepada: Employer / Majikan Employee / Pekerja Hospital / Hospital

All eligible and admissible claim payment shall be credited into the Bank Account No. stated in the Direct Credit Authorization Form. Payment will be credited into your bank account within 5 working days from claim approval date. Failure to provide us with the correct account no. will result in a delay in claim payment/ Segala pembayaran tuntutan yang layak dan dapat diterima akan dikreditkan ke dalam No. Akaun Bank yang tertulis di dalam Seksyen Kebenaran Kredit Terus. Pembayaran akan dikreditkan ke dalam 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

Cause of Claim / Sebab Tuntutan

 Sickness / Penyakit Accident / Kemalangan

Document Checklist / Senarai Semakan Dokumen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Claimant Statement / Penyata Pihak Menuntut | <input type="checkbox"/> Original Official Receipt (s) / Salinan Asal Resit Rasmi |
| <input type="checkbox"/> Medical Report / Laporan Perubatan | <input type="checkbox"/> Diagnostic Report / Test Result, Copy of Referral Letter (if any) / Laporan Diagnostik / Keputusan Ujian, Salinan Surat Rujukan |
| <input type="checkbox"/> Claimant's NRIC, duly certified / KP Pihak Menuntut yang disahkan | |
| <input type="checkbox"/> Original Tax Invoice(s)/Final Bill(s) & Final Itemized Bill(s)/Detailed Bill(s) / Salinan Asal Invois Cukai/Bil Terakhir & Bil Terperinci Terakhir | |

Particulars of Life Assured / Butir-butir Orang Diinsuranskan

Name of Life Assured (same as NRIC) / Nama Orang Diinsuranskan (sama dengan KP) :

--	--	--	--

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

Passport No. / No.Pasport : _____ Gender / Jantina : _____

Tel. No./ No.Tel. : 6 _____ Mobile Phone No./ No. Tel. Bimbit : 6 _____

E-mail/ Emel : _____

Correspondance Address / Alamat Surat-Menyurat : _____

Postcode/ Poskod : _____

Details of Employment / Butir-Butik Majikan

Employee ID./ No. Pekerja : _____ Occupation/ Pekerjaan : _____

Employment Date/ Tarikh Mula Bekerja : ____/____/____ Date Eligible for Insurance/ Tarikh Kelayakan Diinsuranskan : ____/____/____

Room and Board Entitlement or Plan Category (RM)/ Bilik yang Layak atau Kategori Plan (RM) :

Particulars of Dependent / Butir-butir Pihak Tanggungan

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 : _____ Age/ Umur : _____

Relationship with Life Assured/ Hubungan dengan Orang Diinsuranskan: Spouse / Pasangan Child / AnakIs dependent employed?/ Adakah tanggungan bekerja? No / Tidak Yes / Ya

Name of Company/ Name Syarikat : _____ Occupation/ Pekerjaan : _____ Employee ID./ No. Pekerja : _____

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) www.allianz.com.my

Customer Service Centre :

Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Toll Free : 1-300-88-1028 Tel : +603-2264 8553 Fax : +603-2264 8499 Email: customer.service@allianz.com.my



GHS001

General Information / Maklumat Umum

Have you claimed from other Companies / Organization? If yes, please state. / Adakah anda tuntutan dari lain-lain Syarikat / Organisasi? Jika ya, sila nyatakan.

Company / Syarikat :	Policy No. / No. Polisi :	Policy Date / Tarikh Polisi :	Sum Assured / Jumlah Diinsuranskan :

If The Hospitalisation Was Due To Illness / Jika Penghospitalkan Disebabkan Oleh Penyakit

Admission Date/ Tarikh Dimasukkan : ____/____/____

Discharge Date/ Tarikh Keluar : ____/____/____

Date of Symptom/ Tarikh Symptom : ____/____/____

Duration of Symptoms/ Tempoh Simptom :

Symptoms/ Simptom :

Final Diagnosis/ Diagnosis Terakhir :

Name of Hospital/ Nama Hospital :

If Due To Accident / Jika Disebabkan Oleh Kemalangan

Date of Accident/ Tarikh Kemalangan : ____/____/____

Time of Accident/ Waktu Kemalangan :

AM / PM

Place of Accident/ Tempat Kemalangan :

How the accident occurred/ Bagaimana kemalangan tersebut berlaku :

Nature and extent of injury/ Jenis dan tahap kecederaan dialami :

Please Give Details Of Consultation(s) / Sila Berikan Butir-butir Rawatan

Consultation / Rawatan	Date / Tarikh	Name / Nama	Address / Alamat
The doctor who referred the life assured to hospital / Doktor yang merujuk orang diinsuranskan ke hospital			
All other doctors consulted for this/ other illness / Doktor-doktor lain yang merawat penyakit ini/ penyakit lain			

For Female Patient / Untuk Pesakit Wanita

Were you pregnant at the time of hospitalization?/ Adakah anda hamil pada masa penghospitalan?

No / Tidak

Yes / Ya

(_____ months / bulan)

Payment Method / Kaedah Pembayaran (For Employee Only / Untuk Pekerja Sahaja)**[] Direct Credit Account (E-Payment) / Akaun Kredit Terus (E-Pembayaran)**

Please enclose the following documents:

- 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 simpanan 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 bank saya yang dinyatakan di 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:

In consideration of ALLIANZ LIFE INSURANCE MALAYSIA BERHAD ("ALIM") agreeing to accept my request for direct credit facility to my bank account, I agree and confirm that / Sebagai balasan ALLIANZ LIFE INSURANCE MALAYSIA BERHAD ("ALIM") bersetuju untuk menerima permintaan saya untuk kemudahan kredit terus ke akaun bank saya, saya bersetuju dan mengesahkan bahawa:

1. I am the holder of the bank account specified above ("Account") and the details provided above are correct, true and complete, whether or not I have provided any documents to ALIM for verification. I shall inform ALIM about any change in the above details in writing as and when the change occurs. / Saya adalah pemegang akaun bank yang dinyatakan di atas ("Akaun") dan butir-butir yang diberikan di atas adalah betul, benar dan lengkap, sama ada atau tidak saya telah menyediakan apa-apa dokumen untuk ALIM untuk pengesahan. Saya akan memaklumkan ALIM mengenai apa-apa perubahan dalam butir-butir di atas secara bertulis jikalau ada perubahan.
2. I further confirm that I have full power and authority to operate the Account and I authorize ALIM to direct credit the payment which is payable to me pursuant to this application, into the Account / Saya mengesahkan bahawa saya mempunyai kuasa dan yang sepenuhnya untuk mengendalikan Akaun dan saya bersetuju dengan ALIM untuk mengkreditkan bayaran yang akan dibayar kepada saya berikutan permohonan ini, ke dalam Akaun.

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) www.allianz.com.my

Customer Service Centre :

Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.

Toll Free : 1-300-88-1028 Tel : +603-2264 8553 Fax : +603-2264 8499 Email: customer.service@allianz.com.my

3. The payment into the Account shall be a valid discharge of ALIM's liability under the Policy / *Pembayaran ke dalam Akaun itu adalah pelepasan liabiliti ALIM yang sah di bawah Polisi.*
4. ALIM shall not be held liable for any damages, losses, claims, costs and/or expenses which I may incur if the payment transaction is delayed or is not effected at all or the payment is credited into an incorrect bank account due to incomplete or incorrect information provided by me in this form / *ALIM tidak akan bertanggungjawab ke atas sebarang kerosakan, kerugian, tuntutan, kos dan / atau perbelanjaan yang saya tanggung jika urusan pembayaran tertangguh atau tidak dilaksanakan sama sekali atau pembayaran dikreditkan ke dalam akaun bank yang tidak betul kerana maklumat yang tidak lengkap atau tidak betul yang diberikan oleh saya dalam borang ini.*
5. I shall immediately refund to ALIM in full any monies paid into the Account which I am not entitled to receive / *Saya akan dengan segera membayar balik kepada ALIM sepenuhnya apa-apa wang yang dibayar ke dalam Akaun yang saya tidak berhak terima.*
6. I hereby indemnify ALIM for any damages, losses, claims, costs and/or expenses incurred by ALIM arising from or in connection with payments made to the Account in accordance with my instructions herein / *Saya dengan ini 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 kepada Akaun mengikut arahan saya di sini.*
7. Notwithstanding the above, ALIM reserves the right to release payment to you by cheque / *Walau apa pun yang di atas, ALIM berhak untuk membuat bayaran kepada anda melalui cek.*
8. The information provided by me 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 oleh saya boleh didedahkan kepada pihak ketiga yang berkaitan untuk tujuan borang ini dan mematuhi undang-undang atau peraturan.*

Important Notes / Nota Penting:

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. For this purpose, a copy of your NRIC/passport and your bank statement/first page of your bank account passbook with account details together is required for our verification purposes / *Bagi tujuan ini, satu salinan Kad Pengenalan/pasport dan penyata bank / halaman pertama buku simpanan akaun bank anda adalah diperlukan untuk tujuan pengesahan kami.*
3. Direct Credit is only available for direct credit to banks participating in the Interbank Giro Payment System (IBG) / *Kredit langsung hanya disediakan untuk bank-bank yang mengambil bahagian dalam sistem pembayaran antara bank Giro (IBG)*
4. Direct Credit is not allowed for the following bank accounts / *Kredit langsung tidak dibenarkan untuk akaun bank berikut:*
 - I. Overseas bank account / *Akaun bank di luar negara;*
 - II. Corporate bank account (for keyman policy, mortgage reducing term assurance policy) / *Akaun bank korporat (untuk polisi Keyman, dasar jaminan jangka gadai janji);*
 - III. Any local bank account that is 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.*
 - IV. Any joint bank account unless the Employee is the primary joint account holder / *Mana-mana akaun bersama melainkan pekerja adalah pemegang akaun utama.*
5. ALIM reserves the right to release payment by cheque if ALIM finds that any information and/or document(s) provided in or submitted with this form is incomplete, invalid and/or inconsistent / *ALIM berhak untuk melepaskan pembayaran melalui cek jika ALIM mendapati bahawa apa-apa maklumat dan / atau dokumen yang diberikan adalah tidak lengkap, tidak sah dan / atau tidak konsisten.*

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 papers furnished in support of this claim shall constitute and they are by this means made a part of these proofs of hospitalisation and further agree that the furnishing of this form or any other forms supplemental to that or any acts of enquiry or investigation by the ALLIANZ LIFE INSURANCE MALAYSIA BERHAD ("Company") shall not be considered an admission by it that there was an assurance in force on the life in question nor a waiver of any of its right or defences. I/We, having read and understood the contents authorise 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 to disclose to the Company or its representative any and all such information. I/We expressly waive all provision of law forbidding any physician or surgeon from disclosing any information acquired while attending to the Life Assured in a professional capacity. This authorisation shall irrevocably bind my/our successors and assignees and remain valid, regardless my/our death or incapacity and a copy of this shall be as effective and valid as the original.

Saya/Kami dengan ini mengisytiharkan bahawa maklumat yang diberikan di dalam borang ini adalah benar dan betul. Saya/Kami bersetuju bahawa pernyataan bertulis oleh semua doktor yang memerhati/merawat Orang Diinsuranskan dan semua dokumen yang diberikan sebagai sokongan tuntutan ini akan menjadi sah di sisi undang-undang dan dengan ini dijadikan sebahagian daripada bukti-bukti penghospitalan dan seterusnya bersetuju bahawa borang yang dilengkapi ini dan borang-borang sampingan atau apa-apa tindakan pertanyaan atau siasatan oleh ALLIANZ LIFE INSURANCE MALAYSIA BERHAD ("Syarikat") tidak boleh dianggap sebagai pengakuan terdapat insurans yang berkuatkuasa mengenai hayat yang diperkatakan atau pelepasan sebarang hak atau pembelaan oleh Syarikat. Saya/Kami, setelah membaca dan memahami kandungan dengan ini membenarkan sebarang doktor, pihak hospital, klinik atau syarikat insurans atau lain-lain organisasi, institusi atau orang perseorangan yang mempunyai pengetahuan tentang Orang Diinsuranskan atau rekod mengenai, termasuk tetapi bukan terhad kepada, kesihatan, rekod majikan atau sejarah tuntutan, untuk mendedahkan kepada Syarikat tersebut atau wakilnya tentang sebarang dan keseluruhan maklumat tersebut. Saya/Kami secara nyata mengeneppikan hak ke atas semua peruntukan undang-undang yang melarang doktor atau pakar bedah daripada memberi sebarang maklumat yang diperolehi semasa merawat Orang Diinsuranskan ketika menjalankan tugas sebagai profesional. Kebenaran ini mengikat dan tidak boleh dibatal oleh waris dan penerima serah hak dan masih kekal, tanpa mengira kematian atau ketidakupayaan saya/kami dan salinan kebenaran ini dianggap sebagai sah dan berkesan seperti dokumen asal.

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

Authorised Signatory of Employer / Tandatangan Majikan
Name / Name :

Company Stamp / Cop Syarikat

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

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

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) www.allianz.com.my

Customer Service Centre :

Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Toll Free : 1-300-88-1028 Tel : +603-2264 8553 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 sebegitu 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 **1300-88-1028** 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 **1300-88-1028**, 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 :

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) www.allianz.com.my

Customer Service Centre :

Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Toll Free : 1-300-88-1028 Tel : +603-2264 8553 Fax: +603-2264 8499 Email: customer.service@allianz.com.my