

AIG Malaysia Insurance Berhad (795492-W)

Menara Worldwide, 198 Jalan Bukit Bintang, 55100 Kuala Lumpur, Malaysia

Telephone : 1 800 88 8811 Facsimile : 603 2685 4896



FIREFLY TRAVEL PROTECTION

Claim No
No. Tuntutan

TRAVEL CLAIM NOTIFICATION FORM

BORANG PEMBERITAHUAN TUNTUTAN PERJALANAN

INSTRUCTIONS ARAHAN

- a) Please answer all questions completely. Incomplete answers may cause delay in processing.
- b) Incomplete Claim Notification Form will be returned and not be processed. The acceptance of this form is not in itself an admission of liability on the part of AIG Malaysia Insurance Berhad (795492-W)(hereinafter referred to as "AIG Malaysia")

- a) Sila jawab semua soalan dengan lengkap. Jawapan yang tidak lengkap mungkin melambatkan proses tuntutan.
- b) Borang Tuntutan yang tidak lengkap akan dipulangkan dan tidak akan diproses. Penerimaan borang ini bukanlah pengakuan liabiliti dari pihak AIG Malaysia Insurance Berhad (795492-W)(selepas ini dikenali sebagai "AIG Malaysia")

POLICY HOLDER / INSURED PERSON INFORMATION

MAKLUMAT PEMEGANG POLISI / ORANG YANG DIINSURANSKAN

Product Name and Plan
Nama Produk & Plan

FIREFLY TRAVEL PROTECTION

☐

REGIONAL

☐

DOMESTIC

☐

ONE WAY

☐

RETURN

Policy Holder's / Insured's Full Name
(as per NRIC/ Certificate
of Incorporation
Nama Penuh Pemegang Polisi/ Orang Yang
Diinsuranskan (seperti dalam Kad Pengenalan/ Sijil
Syarikat)

☐ Mr
Encik☐ Mrs.
Puan☐ Miss
Cik

Certificate / Policy No.
No. Sijil / Polisi

Are You a US Citizen?

☐ Yes☐ No

If 'Yes', Please Provide Your Social Security Number (SSN):

Contact No.
No. Telefon

Occupation
Pekerjaan

Fax No.
No. Faks

Nature of Business:
Jenis Perniagaan

Mobile No.
No. Telefon Bimbit

Preferred method of communication?
Pilihan utama untuk cara komunikasi?

☐ Email
E-Mel☐ Mail
Surat

E-mail Address
Alamat E-mel

CLAIMANT INFORMATION (complete if different from Policy Holder / Insured Person)

MAKLUMAT PIHAK MENUNTUT (lengkapkan jika berlainan daripada Pemegang Polisi/Orang Yang Diinsuranskan)

Claimant's Full Name
(as per NRIC)
Nama Penuh Pihak Mununtut
(sama seperti dalam Kad Pengenalan)

☐ Mr
Enak☐ Mrs.
Puan☐ Miss
Cik

NRIC No. / Passport No.
No. Kad Pengenalan/No. Pasport

Are You a US Citizen?

☐ Yes☐ No

If 'Yes', Please Provide Your Social Security Number (SSN):

Contact No.
No. Telefon

Fax No.
No. Faks

Email Address
Alamat E-mel

Mobile No.
No. Telefon Bimbit

Nature of Business:
Jenis Perniagaan

Occupation
Pekerjaan

Marital Status
Status Perkahwinan

☐ Single
Bujang

☐ Married
Berkahwin

Relation to Policy Holder
Hubungan dengan Pemegang Polisi

1.If you have contacted Travel Guard before, please state your case number:

Jika pernah menghubungi Travel Guard sebelum ini, sila nyatakan nombor kes anda:

2. Have you submitted any claims to / through Travel Guard? ☐ Yes ☐ No
Pernakah anda mengemukakan tuntutan kepada / melalui Travel Guard?

3. If yes, please select the type of claims: ☐ Medical Expenses ☐ Medical Evacuation / Repatriation ☐ Others (Please Specify)
Jika ya, sila pilih jenis tuntutan: Perbelanjaan Perubatan Pemindahan Perubatan / Penghantaran Balik Lain-Lain (Sila Nyatakan)

PREFERRED MAILING ADDRESS

ALAMAT SURAT-MENYURAT PILIHAN

Preferred Mailing Address

Alamat Surat-menyurat Pilihan

FLIGHT DETAILS

BUTIR-BUTIR PENERBANGAN

1. Purpose of Travel? ☐ Leisure ☐ Business/Conference ☐ Others (Please Specify)
Tujuan Perjalanan? Percutian Perniagaan/Persidangan Lain-lain (Sila Nyatakan)

2. Was a Credit Card used to purchase some or all of journey arrangement? ☐ Yes ☐ No
Adakah Kad Kredit telah digunakan untuk membeli beberapa atau semua perkhidmatan perjalanan? Ya Tidak

If yes, please state the first six digits of the credit card used:

Jika ya, sila nyatakan enam digit pertama Kad Kredit yang digunakan:

If yes, please advise the amount settled by the credit card:

Jika ya, sila maklumkan jumlah yang diselesaikan oleh kad kredit:

Flight Details (as shown on Air Ticket) / Butir-butir penerbangan (seperti yang ditunjukkan pada Tiket Penerbangan)

Date and Time of Departure

Tarikh dan Masa Perlepasan

- - : ☐ AM ☐ PM
Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun Hour / Jam Minute / Minit PG PTG

Date and Time of Arrival

Tarikh dan Masa Ketibaan

- - : ☐ AM ☐ PM
Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun Hour / Jam Minute / Minit PG PTG

Departure Point

Tempat Perlepasan

☐ Malaysia ☐ Singapore

ACCIDENT RELATED CLAIMS ONLY

TUNTUTAN KEMALANGAN SAHAJA

(a) Date and Time of Accident

Tarikh dan Masa Kemalangan

- - : ☐ AM ☐ PM
Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun Hour / Jam Minute / Minit PG PTG

(b) Where and how did the accident occur?

Di mana dan bagaimana kemalangan berlaku?

(c) Injuries sustained

Kecederaan yang dialami

(d) Please furnish the details of any hospitalization in connection with this injury /

ini

Name of Hospital	Admission Date (DD-MM-YYYY)	Date Discharged (DD-MM-YYYY)	Admission No.	Type of Ward

(e) Please provide a detailed information on your first consultation /

Date of First Consultation

Tarikh rundingan pertama

- -
Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

Doctor Consulted

Doktor yang dijumpa

Doctor's Address

Alamat Doktor

Doctor's Contact Number

Nombor Telefon Doktor

- Doctor's File Ref No. (if applicable)
No. Rujukan Fail Doktor (jika berkenaan)

ILLNESS RELATED CLAIM ONLY

TUNTUTAN PENYAKIT SAHAJA

Claim Description (fill in items that apply)

Huraian Tuntutan (isikan butiran yang berkenaan)

(a) Give a brief description of the illness suffered / Berikan huraian ringkas tentang penyakit yang anda alami.

(b) Answer the questions pertaining to your condition stated above. / Jawab soalan-soalan berkenaan dengan keadaan anda yang dinyatakan di atas

(i) Are there any distinct symptoms which are or were evident for this condition? If yes, please advise the date of your first consultation. / Adakah tanda-tanda nyata yang wujud atau pernah wujud untuk keadaan ini? Jika ya, nyatakan tarikh rundingan pertama anda.

- -

Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

(ii) Have you been recommended to receive treatment, advice or diagnosis for this condition? If yes, please advise the date of your first consultation. / Pernahkah anda dicadangkan untuk menerima rawatan, nasihat atau diagnosis untuk keadaan ini? Jika ya, sila nyatakan tarikh rundingan pertama anda.

- -

Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

(iii) Have you received treatment, advice or diagnosis for this condition? If yes, please advise date of your first consultation. / Pernahkah anda menerima rawatan, nasihat atau diagnosis untuk keadaan ini? Jika ya, sila nyatakan tarikh rundingan pertama anda.

- -

Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

(c) Provide the date of onset of symptoms described above. / Berikan tarikh bermulanya tanda-tanda yang diuraikan di atas

- -

Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

(d) Provide information on your first consultation. / Berikan maklumat tentang rundingan pertama anda

- -

Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

Doctor Consulted

Doktor yang dijumpa

Doctor's Address

Alamat Doktor

Doctor's Contact Number

Nombor Telefon Doktor

-

Doctor's File Ref No. (if applicable)

No. Rujukan Fail Doktor (jika berkenaan)

(e) Family Doctor

Doktor Keluarga

Family Doctor's Address

Alamat Doktor Keluarga

Family Doctor's Contact Number

Nombor Telefon Doktor Keluarga

-

Doctor's File Ref No. (if applicable)

No. Rujukan Fail Doktor (jika berkenaan)

(f) Please furnish the details of any hospitalization in connection with this illness. / Sila berikan butir-butir kemasukan hospital yang berkaitan dengan penyakit ini.

Name of Hospital Nama Hospital	Admission Date (DD-MM-YYYY) Tarikh Masuk (HH-BB-TTTT)	Date Discharged (DD-MM-YYYY) Tarikh Keluar (HH-BB-TTTT)	Admission No. No. Kemasukan	Type of Ward Jenis Wad

(g) Have any of your family members suffered from this similar or related illness?

Pernahkah mana-mana ahli keluarga anda menghidap penyakit yang serupa atau yang berkaitan dengan penyakit ini?

Relationship of Family Member Hubungan dengan Ahli Keluarga	Nature of Illness Jenis Penyakit	Date Diagnosed (DD-MM-YYYY) Tarikh Diagnosis (HH-BB-TTTT)	If Deceased, Date (DD-MM-YYYY) Jika Telah Meninggal Dunia, Tarikh (HH-BB-TTTT)	Age Umur

(h) Are there any other illness/complaints suffered by you prior to this event? If yes, please provide details.

Adakah penyakit/sakit lain yang anda dideritai sebelum kejadian ini? Jika ya, sila berikan butir-butir.

TRAVEL CANCELLATION / INTERRUPTION

PEMBATALAN / PEMENDEKAN PERJALANAN

Please tick the appropriate box

Sila tanda petak yang berkenaan

☐

Travel Cancellation

Pembatalan Perjalanan

☐

Travel Interruption

Pemendekan Perjalanan

Travel Booking Date

Tarikh Penempatan Perjalanan

- -

Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

Date of event that resulted in the cancellation / Interruption

Tarikh kejadian yang menyebabkan pembatalan / pemendekan

- -

Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

Original Scheduled
Departure / Return Date

- -
Month / Bulan

Location of Incident Causing Claim

Cancellation / Curtailment Reasons /

☐ Natural Disaster: ☐ Earthquake ☐ Fire ☐ Tsunami ☐ Volcano Eruption ☐ Weather ☐ Others (please specify)
Bencana Alam Gempa Bumi Kebakaran Tsunami Letusan Gunung Berapi Cuaca Lain-lain (sila nyatakan)

☐ Terrorism, Riot, Civil Unrest, Civil Commotion
Keganasan, Mogok, Rusuhan & Kekecahan Awam

☐ Death, Serious Illness, Serious Sickness, Injury (please specify illness/sickness/injury):
Kematian, Penyakit serius, Kesakitan serius, Kecelakaan (sila nyatakan penyakit / penyakit / kecelakaan):

☐ Carrier Defect
Kecacatan Pembawa

☐ Others (please specify):
Lain-lain (sila nyatakan):

Was a home government warning issued? Yes No
Adakah kerajaan telah mengeluarkan amaran? Ya Tidak

Amount Paid RM
Jumlah

Has compensation been made by other parties? ☐ Yes ☐ No If yes, amount compensated by other parties? RM
Adakah pampasan dibuat oleh pihak lain? Ya Tidak Jika ya, jumlah pampasan yang dibayar oleh pihak-pihak lain?

If travel cancellation is due to death, serious injury or sickness of the insured's immediate family member / travel companion, please state their:
Jika pembatalan perjalanan adalah disebabkan oleh kematian, kecelakaan atau penyakit serius yang dialami oleh ahli keluarga terdekat / rakan perjalanan, sila nyatakan maklumat berikut.

Full Name (as per NRIC) Relationship to Policy Holder / Insured Person
Nama penuh Orang Yang Sakil/Tercedera/Meninggal (seperti dalam Kad Pengenalan) Hubungan dengan Pemegang Polisi/Orang Yang Diinsuranskan

TRAVEL DELAY/MISCONNECTION KELEWATAN / KETINGGALAN

Please tick the appropriate box:
Sila tanda petak yang berkenaan:

☐ Travel Delay ☐ Travel Misconnection
Penangguhan Penerbangan Ketinggalan Penerbangan

Location of Incident causing the claim:
Lokasi kejadian yang menyebabkan tuntutan

Cause:
Sebab:

☐ Natural Disaster: ☐ Earthquake ☐ Fire ☐ Tsunami ☐ Volcano Eruption ☐ Weather ☐ Others
Bencana Alam Gempa Bumi Kebakaran Tsunami Letusan Gunung Berapi Cuaca Lain-lain (sila nyatakan)

☐ Terrorism, Strike Riot, Civil Unrest, Civil Commotion
Keganasan, Mogok, Rusuhan & Kekecahan Awam

☐ Airport Closure
Penutupan lapangan Terbang

☐ Carrier Defect
Kecacatan Pembawa

☐ Others (please specify):
Lain-lain (sila nyatakan):

Carrier Type: ☐ Aircraft ☐ Bus ☐ Train ☐ Others
Jenis Pembawa: Pesawat Udara Bus Keretapi Lain-lain (sila nyatakan)

Reason for Missed Departure:
Sebab ketinggalan perlepasan:

Actual Flight Details (for Travel Delay / Missed Departure) / *Butir-butir Penerbangan Sebenar (untuk Penangguhan Penerbangan / Ketinggalan Perlepasan)*

Flight No. <i>No. Penerbangan</i>	Airport of Departure <i>Lapangan terbang Perlepasan</i>	Original Scheduled Departure/Arrival/ Perlepasan Asal Yang Dijadualkan		Actual Departure/Arrival/ Perlepasan Sebenar	
		Date (DD-MM-YYYY) /	Time (HH-MM am/pm) /	Date (DD-MM-YYYY)	Time (HH-MM am/pm)

NOTE: If the space provided is insufficient for your answer, please continue on a separate sheet. / NOTA: Jika ruang yang disediakan tidak mencukupi untuk jawapan anda, sila sambung pada kertas yang berasingan

Flight No. No. Penerbangan	Original Schedule Departure/Arrival of Incoming Flight		Actual Arrival of Incoming Flight		Original Scheduled Departure/Arrival of Connecting Flight		Actual Departure/Arrival of Connecting Flight	
	Perlepasan Asal Yang Dijadualkan Penerbangan Masuk		Ketibaan/Sebenar Bagi Penerbangan Masuk		Perlepasan Asal Yang Dijadualkan Penerbangan Penyambung		Perlepasan Sebenar bagi Penerbangan Penyambung	
	Date (dd-mm-yyyy) Tarikh (hh-bb-ttt)	Time (hh:mm am/pm) Masa (jj:mm pg/ptg)	Date (dd-mm-yyyy) Tarikh (hh-bb-ttt)	Time (hh:mm am/pm) Masa (jj:mm pg/ptg)	Date (dd-mm-yyyy) Tarikh (hh-bb-ttt)	Time (hh:mm am/pm) Masa (jj:mm pg/ptg)	Date (dd-mm-yyyy) Tarikh (hh-bb-ttt)	Time (hh:mm am/pm) Masa (jj:mm pg/ptg)

NOTE: If the space provided is insufficient for your answer, please continue on a separate sheet. / NOTA: Jika ruang yang disediakan tidak mencukupi untuk jawapan anda, sila sambung pada kertas yang berasingan

BAGGAGE DELAY / DAMAGE / LOSS OF PERSONAL EFFECTS, TRAVEL DOCUMENTS

PENANGGUHAN / KEROSAKAN / KEHILANGAN BAGASI, KEHILANGAN DOKUMEN PERJALANAN

Please tick the appropriate box / Sila tanda petak yang berkenaan:

☐ Damage/Loss Personal Effects
Kerosakkan/Kehilangan Barangan Peribadi

☐ Baggage Delay
Penangguhan Bagasi

☐ Baggage Damage
Kerosakan Bagasi

☐ Baggage Loss
Kehilangan Bagasi

☐ Loss of Travel Document
Kehilangan Dokumen Perjalanan

Date and Time of Incident
Tarikh dan Masa Kejadian

- - : AM PM
 Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun Hour / Jam Minute / Minit PG PTC

Place of Incident:
Tempat Kejadian

Reason / Sebab:

☐ Destroyed or Lost Due to Natural Disaster:
Musnah atau hilang disebabkan oleh bencana alam

☐ Earthquake
Gempa Bumi

☐ Fire
Kebakaran

☐ Tsunami
Tsunami

☐ Volcano Eruption
Letusan Gunung Berapi

☐ Weather
Cuaca

☐ Others (please specify)
Lain-lain (sila nyatakan)

☐ Robbery, Burglary, Theft
Rompakan, pecah rumah, kecurian

Carrier Type:
Jenis Pembawa:

☐ Aircraft
Pesawat Udara

☐ Bus
Bas

☐ Train
Keretaapi

☐ Others (please specify):
Lain-lain (sila nyatakan)

Description of Incident / Huraian Kejadian

Type of Baggage Claim (fill in items that apply) / Jenis Tuntutan Bagasi (isikan butiran yang berkenaan)

☐ For Delay Baggage / Untuk Penangguhan Bagasi

Flight No. No. Penerbangan	Arrival / Ketibaan		Receipt of Luggage / Penerimaan Bagasi	
	Date (dd-mm-yyyy) Tarikh (hh-bb-ttt)	Time (hh:mm am/pm) Masa (jj:mm pg/ptg)	Date (dd-mm-yyyy) Tarikh (hh-bb-ttt)	Time (hh:mm am/pm) Masa (jj:mm pg/ptg)

NOTE: If the space provided is insufficient for your answer, please continue on a separate sheet. / NOTA: Jika ruang yang disediakan tidak mencukupi untuk jawapan anda, sila sambung pada kertas yang berasingan.

☐ For Baggage Damage / Loss of Personal Effects / Travel Documents

Untuk Kerosakan / Kehilangan Bagasi / Dokumen Perjalanan

Police Station / Airline Reported To

Balai Polis / Syarikat Penerbangan di mana laporan telah dibuat

Date of Report To Police/Airline

Tarikh Laporan kepada Polis / Syarikat Penerbangan

- -
 Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

☐ Descriptions of items damages / lost

Huraian barangan rosak / hilang

No. No.	Items Item-item	Place & Date of Purchase Tempat dan Tarikh Dibeli	Original Price Harga Asal

NOTE: If the space provided is insufficient for your answer, please continue on a separate sheet. / NOTA: Jika ruang yang disediakan tidak mencukupi untuk jawapan anda, sila sambung pada kertas yang berasingan.

Has compensation been made by other parties?

Adakah pampasan dibuat oleh pihak lain?

☐ Yes
Ya

☐ No
Tidak

Amount compensated by a third party / common carrier company responsible for the loss

Jumlah pampasan yang diberikan pihak ketiga / syarikat pengangkutan awam yang bertanggung jawab atas kehilangan

RM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COMPASSIONATE VISIT / CHILD GUARD

LAWATAN IHSAN / PENGAWASAN ANAK

Please tick the appropriate box / Sila tanda petak yang berkenaan:

☐ Compassionate Visit
Lawatan Ihsan

☐ Child Guard
Pengawasan Anak

Reason for additional travel and accomodation expenses:

Sebab untuk tambahan perbelanjaan perjalanan dan penginapan:

☐ Death of Insured Person
Kematian orang yang diinsuranskan

☐ Serious Sickness/Serious Injury - Hospitalisation Period, if hospitalised (please state from/to date):
Kecederaan/Penyakit Serius - Jika masuk hospital, sila nyatakan tarikh masuk/keluar:

Relationship to Insured Person
Hubungan dengan orang yang diinsuranskan

☐ Self/Insured
Sendiri/Pemegang Polisi

☐ Family Member
Ahlil Keluarga

☐ Relative
Saudara

☐ Friend
Kawan

☐ Travelling Companion
Teman Perjalanan

Description Deskripsi	Claim Amount Jumlah Tuntutan

PERSONAL LIABILITY/ CREDIT CARD INDEMNITY/ CREDIT CARD PROTECTION/ HOLD IN ONE/ OTHER BENEFITS

LIABILITI DIRI / KAD KREDIT INDEMNITI / PERLINDUNGAN KAD KREDIT/ PERJANJIAN DALAM SATU / FAEDAH² LAIN

Personal Liability
Liabiliti Peribadi

Cause of Liability:
Sebab-sebab liabiliti:

Claim Amount
Jumlah Tuntutan

Credit Card Indemnity/ Credit Card Protection:
Kad Kredit Indemniti/ Perlindungan Kad Kredit

☐ Death
Kematian

☐ Permanent Total Disablement
Hilang Upaya Secara Menyeluruh & Kekal

Claim Amount
Jumlah Tuntutan

Hold in One

Perjanjian Dalam Satu

Claim Amount
Jumlah Tuntutan

Other benefits, please specify:
Faedah² lain, sila nyatakan:

Claim Amount
Jumlah tuntutan

DETAILS OF OTHER CLAIMS

BUTIR-BUTIR TUNTUTAN LAIN

Details of your Claims other than this insurance policy (other policy, third party, and others) /

Butir-butir tuntutan lain (polisi Insurans Lain, pihak ketiga dan lain-lain)

Insurer/ Third Party Penanggung Insurance/ Pihak Ketiga	Policy Number Nombor Polisi	Type of Benefit Jenis Manfaat	Have you filed a claim? Pernakah anda membuat tuntutan?

NOTE: If the space provided is insufficient for your answer, please continue on a separate sheet. / NOTA: Jika ruang yang disediakan tidak mencukupi untuk jawapan anda, sila sambung pada kertas yang berasingan

DECLARATION AND AUTHORIZATION / PENGAKUAN DAN PEMBERIKUASAAN

I/We do solemnly declare that the foregoing particulars are true and correct in every detail. I/We agree that if I have made, or, in any further declaration in respect of the said claim, if I/we shall make any false or fraudulent statements or suppress, omit to disclose, or falsely state any material fact whatsoever, this claim shall be voided and all rights of recovery in connection with this claim shall be forfeited. / Saya/Kami dengan sungguh-sungguh mengakui bahawa setiap butir-butir yang diberikan disini adalah benar dan betul. Saya/Kami bersetuju bahawa jika saya/kami telah membuat, atau, dalam apa-apa pengakuan selanjutnya berkenaan dengan tuntutan sedemikian, membuat apa-apa pernyataan palsu atau penipuan atau menyekat, tidak mendedahkan, atau menyatakan walau apapun fakta material dengan palsu, tuntutan ini adalah terbatal dan segala hak berkaitan dengan tuntutan ini akan dilucut hak.

I/We hereby authorize any physician, medical practitioner, hospital or clinic by whom or where I/my ward have/has been observed or treated, to give full particulars about my/my ward's health including my/my ward's whole medical history in respect of this hospitalization/surgery to AIG Malaysia. / Saya/Kami dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana pakar perubatan, pengamal perubatan, hospital atau klinik yang telah memperhatikan atau merawat saya/anak jagaan saya, untuk memberikan butiran penuh tentang kesihatan saya/anak jagaan saya termasuk sejarah perubatan penuh saya/anak jagaan saya berkenaan dengan penginapan hospital/pembedahan ini kepada AIG Malaysia.

Signature of Claimant
Tandatangan Pihak Menuntut

Signature of Policy Holder/ Insured and Company's
Rubber Stamp

Tandatangan Pemegang Polisi/ Orang Yang Diinsuranskan dan Cop Syarikat

Date Signed

Tarikh Tandatangan

Day / Hari

Month / Bulan

Year / Tahun

For all intents and purposes where there is a conflict or ambiguity as to the meaning in the English provisions or the Bahasa Malaysia provisions, it is hereby agreed that the English version will prevail.

Di mana terdapat konflik atau kekaburan berkenaan makna dalam peruntukan Bahasa Inggeris atau peruntukan Bahasa Malaysia, adalah dipersetujui bahawa versi Bahasa Inggeris akan mengatasi dan diikuti.



E-PAYMENT SYSTEM via CREDIT or GIRO

SISTEM E-PEMBAYARAN MELALUI CREDIT ATAU GIRO

☐ If you would like to receive payment via direct credit or GIRO, please tick the box provided and complete the information required below.

No	Description <i>Penerangan</i>	Remarks <i>Keterangan</i>
1	Name / Company Name <i>Nama / Nama Syarikat</i>	Same as invoice. <i>Sama seperti inouis.</i>
2	Home Address / Company Address <i>Alamat Rumah / Alamat Syarikat</i>	
3	Name of Account Holder <i>Nama Pemegang Akaun</i>	i) Must be the same as per name registered with the bank. /Mesti sama seperti nama yang berdaftar dengan bank. ii) If account holder is not the same as item (i) above, please provide relationship to the Company. /Jika pemegang akaun tidak sama dengan pekara (i), sila jelaskan hubungan dengan Syarikat.
4	NRIC or Company Registration Number <i>Nombor Kad Pengenalan atau Nombor Pendaftaran Syarikat</i>	
5	Name of Bank <i>Nama Bank</i>	
6	Account Number <i>Nombor Akaun</i>	
7	Email Address <i>Alamat E-mel</i>	Our bank will notify account holder once each remittance has been made. <i>Bank kami akan memaklumkan pemegang akaun setelah pengiriman wang telah dibuat.</i>
8	Contact Number <i>Nombor Telefon</i>	
9	Type of Business <i>Jenis Perniagaan</i>	For Company only. <i>Untuk Syarikat sahaja.</i>

I/We declare and confirm that all information provided are full, complete, true and accurate. I hereby authorise AIG Malaysia to release payment via direct credit or GIRO to above Bank Account. I further understand that AIG Malaysia relies on the above information and instruction in order to make payment and in the event of any loss arising from this payment, AIG Malaysia is absolved from any or all liability:

Saya/Kami mengaku dan mengesahkan bahawa semua maklumat yang diberikan adalah penuh, lengkap, benar dan tepat. Saya dengan ini membenarkan AIG Malaysia untuk membuat pembayaran melalui kredit langsung atau GIRO ke Bank Akaun tertera diatas. Saya selanjutnya memahami bahawa AIG Malaysia bergantung kepada maklumat di atas dengan arahan untuk membuat pembayaran. AIG Malaysia akan dibebaskan daripada semua liabiliti jika timbul apa-apa kerugian daripada pembayaran ini.

Name as per NRIC :

Nama Penuh seperti didalam Kad Pengenalan :

Position :

Jawatan :

Date :

Tarikh :

Signature and/or Company Stamp :

Cop syarikat & Tandatangan :