

## Instruction To Pay / Arahan Pembayaran

Please inform the individual(s) you name below of this Instruction To Pay so that he/she can receive the benefits payable upon death without delay. / Sila maklumkan kepada individu yang anda namakan di bawah mengenai Arahan Pembayaran Kepada Penama ini supaya dia boleh menerima manfaat tanpa berlengah sekiranya berlaku kematian.

**Policyholder /  
Pemegang Polisi** :

**Insured Person /  
Orang Yang Diinsuranskan** :

- As the Insured Person covered under the Policy above, I HEREBY instruct Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad as the Insurer to make payment of all and any monies payable upon my death under the Personal Accident benefit under the Policy above ("the Policy Monies") to the person(s) named below. / Sebagai Orang Yang Diinsuranskan yang dilindungi di bawah Polisi di atas, Saya dengan ini mengarahkan Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad sebagai penanggung insurans untuk membuat pembayaran dan sebarang wang yang perlu dibayar semasa kematian saya di bawah manfaat Kemalangan Diri di bawah Polisi di atas ("Wang Polisi") kepada orang-orang yang dinamakan di bawah.
- I HEREBY declare that this is my latest instruction and revoke any previous instruction that I may have given prior to this instruction. I agree that this instruction shall be valid and shall take effect if it is submitted to and acknowledged by you as the Insurer, during my lifetime. / Saya dengan ini mengisytiharkan bahawa ini adalah arahan terbaru saya dan akan membatalkan arahan yang dibuat sebelum ini. Saya bersetuju bahawa arahan ini akan sah dan berkuat kuasa sepanjang hayat saya sekiranya ia dihantar kepada dan diakui oleh anda sebagai penanggung insurans.
- I HEREBY instruct you as the Insurer to pay the Policy Monies to the person(s) named below, in the proportion as listed in the table below and I declare that such person(s) is/are my next-of-kin: / Saya dengan ini mengarahkan anda sebagai penanggung insurans untuk membayar Wang Polisi kepada individu yang saya namakan di bawah, mengikut bahagian seperti yang disenaraikan dalam jadual di bawah dan saya mengisytiharkan bahawa individu tersebut adalah waris saya:

| Name /<br>Nama | NRIC No. /<br>No. KP | Address /<br>Alamat | Contact No.<br>/ No. Tel | Relationship<br>/ Hubungan | Share (%) / Bahagian (%) |
|----------------|----------------------|---------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1.             |                      |                     |                          |                            |                          |
| 2.             |                      |                     |                          |                            |                          |
| 3.             |                      |                     |                          |                            |                          |
| 4.             |                      |                     |                          |                            |                          |

### Note / Nota:

Next of kin - Wife, Husband, Son, Daughter, Sister, Brother, Cousin, Mother, Father, Uncle, Aunt, Grandfather, Grandmother, Nephew, Niece, Mother-In-Law, Father-In-Law, Brother-In-Law, Sister-In-Law, Daughter-In-Law, Son-In-Law, Stepfather, Stepmother, Step Son, Step Daughter, Step Brother, Step Sister, Half Sister, Half Brother, Friend. / Waris – Isteri, Suami, Anak lelaki, Anak perempuan, Kakak, Abang, Adik, Sepupu, Ibu, Bapa, Bapa saudara, Ibu Saudara, Datuk, Nenek, Anak Saudara, Ibu Mertua, Bapa Mertua, Abang Ipar, Kakak Ipar, Adik Ipar, Menantu, Bapa Tiri, Ibu Tiri, Anak Tiri, Kakak Tiri, Abang Tiri, Adik Tiri, Kawan.

- UNLESS I inform you otherwise, the person(s) named above shall continue to be appointed to receive the Policy Monies for as long as my coverage under the Policy remains in force. / Selain dimaklumkan sebaliknya, individu yang dinamakan di atas akan terus dilantik untuk menerima Wang Polisi selama perlindungan saya di bawah Polisi masih berkuatkuasa.



5. I HEREBY declare that the Policy Monies paid to the person(s) named above shall be deemed to have been duly paid to me or to the person(s) entitled through me and shall completely discharge the Insurer from all liability to me under the Policy. / *Saya dengan ini mengisytiharkan bahawa Wang Polisi yang dibayar kepada individu yang disebutkan di atas akan dianggap telah dibayar sewajarnya kepada saya atau kepada individu yang berhak melalui saya dan akan melepaskan sepenuhnya penanggung insurans daripada semua liabiliti kepada saya di bawah Polisi ini.*
6. I hereby irrevocably indemnify the Insurer against any claims that may be made against the Insurer for the payment of the Policy Monies as instructed by me in this document and this indemnity shall remain binding upon my legal and personal representatives and my estate. / *Saya dengan ini menanggung rugi penanggung insurans terhadap sebarang tuntutan yang mungkin dibuat atas pembayaran Wang Polisi seperti yang diarahkan oleh saya dalam dokumen ini dan tanggung rugi ini akan tetap mengikat wakil di sisi undang-undang dan peribadi saya dan harta pusaka saya.*

I, the undersigned, declare that I am at least eighteen (18) years of age. Where the Insured Person is a child aged below eighteen (18) years, this form must be signed by his/her parent/guardian. / *Saya, yang bertandatangan di bawah ini, mengaku saya berumur sekurang-kurangnya lapan belas (18) tahun. Jika Orang Yang Diinsuranskan adalah kanak-kanak berumur di bawah lapan belas (18) tahun, borang ini mesti ditandatangani oleh ibu bapa/penjaganya.*

I, the undersigned, declare that I am at least eighteen (18) years of age, of sound mind **and I am not a person named above to receive any Policy Monies**, and I hereby act as the witness to the Insured Person executing this document in person. / *Saya, yang bertandatangan di bawah ini, mengisytiharkan bahawa saya berumur sekurang-kurangnya lapan belas (18) tahun, berfikiran waras **dan bukan seorang penama yang menerima Wang Polisi**, dan saya dengan ini bertindak sebagai saksi kepada Orang Yang Diinsuranskan yang melaksanakan dokumen ini secara peribadi.*

Signature of Insured Person / Insured Person's Parent/Guardian.  
*Tandatangan Orang Yang Diinsuranskan / Ibu bapa/ Penjaganya*

Name / Nama : \_\_\_\_\_  
NRIC No. / No. KP : \_\_\_\_\_  
Contact No. / No. Tel : \_\_\_\_\_  
Address / Alamat : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Email / Emel : \_\_\_\_\_

Signature of Witness /  
*Tandatangan Saksi*

Name / Nama : \_\_\_\_\_  
NRIC No. / No. KP : \_\_\_\_\_  
Contact No. / No. Tel : \_\_\_\_\_  
Address / Alamat : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Email / Emel : \_\_\_\_\_