

Request for Change Form / Permintaan Untuk Borang Pertukaran

Collection Station
Stesen Kutipan

 * B 0 5 0 6 0 8 2 *	<p style="text-align: center; margin: 0;">Policy Number / Nombor Polisi</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; width: 15%;">Basic Plan <small>Pelan Asas</small></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; width: 15%;">Basic Term (P) <small>Tempoh Asas (P)</small></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%;"></td> </tr> </table>	Basic Plan <small>Pelan Asas</small>	Basic Term (P) <small>Tempoh Asas (P)</small>														
Basic Plan <small>Pelan Asas</small>	Basic Term (P) <small>Tempoh Asas (P)</small>																

Agent Code / Kod Ejen <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Agency Code / Kod Agensi <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Agent Name / Nama Ejen <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Agency Name / Nama Agensi <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Agent Tel No. / No. Tel Ejen <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
---	--	--	---	--

Name of Assured / Nama Asured <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	NRIC No. / No. KP <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
---	---

CHANGE MODE OF PAYMENT / PERTUKARAN MOD PEMBAYARAN

Annually / Tahunan
 Semi-annually / Setengah Tahunan
 Quarterly / Suku Tahunan
 Monthly* / Bulanan*

* By Banker's order, Autopay or Credit Card only
* Cara Arahan bank, bayaran Auto atau Kad Kredit sahaja

CHANGE OF METHOD OF PAYMENT / PERTUKARAN KAEDAH PEMBAYARAN

Direct Pay / Bayaran Terus
 Banker's Order / Arahan Bank
 Credit Card / Kad Kredit (please submit CCDA form / sila hantar borang CCDA)
 Autopay / Bayaran Auto
 Others / Lain-lain _____

I hereby agree that in addition to my premium, a stamp duty of RM10 is payable to the Government for Accident & Health policies. This stamp duty is payable each year on my policy anniversary.
Saya dengan ini bersetuju bahawa selain daripada premium saya, duti setem sebanyak RM10 perlu dibayar kepada Kerajaan untuk polisi Kemalangan & Kesihatan. Duti setem ini perlu dibayar setiap tahun pada ulang tahun polisi saya.

CHANGE OF OWNERSHIP / PERTUKARAN PEMILIKAN

Release of Ownership to Assured / Pelepasan Pemilikan kepada Asured
 Change of Ownership to Contingent Owner / Pertukaran Pemilik kepada Pemilik Kontingen

New Owner's Name / Nama Pemilik Baru _____

Date of birth / Tarikh lahir _____ (MM/DD/YYYY / BB/HH//TTTT)

NRIC / BC No. / No. KP / SL _____

Sex / Jantina Male / Lelaki Female / Perempuan

New Owner's Signature / Tandatangan Pemilik Baru

CHANGE OF PREMIUM HOLIDAY OPTION / PERTUKARAN PILIHAN PREMIUM HOLIDAY

Premium Holiday with Basic / Premium Holiday dengan Asas (Basic COI only / Kos Insurans Asas sahaja)
 Premium Holiday with Basic and Riders / Premium Holiday dengan Asas dan Rider (Basic COI + Unit Deducting Riders' COI + Premium paying rider's net premium) / (Kos Insurans Asas + Kos Insurans Rider Berunit Deduktif + Premium Bersih Rider dengan Premium Berbayar)

* Selected Premium Holiday option can only take effect when premium payment is not received within the late payment period / Pilihan Premium Holiday hanya akan berkuatkuasa apabila bayaran premium tidak diterima dalam tempoh bayaran lewat

CORRECTION OF ASSURED'S / OWNER'S / BENEFICIARY'S / TRUSTEE'S PERSONAL PARTICULAR / PINDAAN BUTIR-BUTIR PERIBADI ASURED / PEMILIK / WARIS / PEMEGANG AMANAH*

* For correction of more than one name, please put it under item 'Others' in page 2 / Jika pindaan lebih daripada satu nama, sila letakkan di bawah ruangan 'lain-lain' pada halaman 2.

Name / Nama _____

Date of birth / Tarikh lahir _____ (MM/DD/YYYY / BB/HH//TTTT)

NRIC / BC No. / No. KP / SL _____

Sex / Jantina Male / Lelaki Female / Perempuan

Documentary proof is required, i.e. NRIC or B/C or Passport / Bukti dokumen adalah diperlukan spt KP atau SL atau Pasport

<p><input type="checkbox"/> CHANGE OF SIGNATURE / PERTUKARAN TANDATANGAN</p> <p> <input type="checkbox"/> Owner / Pemilik <input type="checkbox"/> Trustee / Pemegang Amanah </p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 60px; margin-top: 5px;"></div> <p style="text-align: center;">New Signature's Specimen / Spesimen Tandatangan Baru</p>	<p> <input type="checkbox"/> Owner / Pemilik <input type="checkbox"/> Trustee / Pemegang Amanah </p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 60px; margin-top: 5px;"></div> <p style="text-align: center;">New Signature's Specimen / Spesimen Tandatangan Baru</p>
--	--

Note: In event of dispute in the interpretation, the English version shall prevail and be binding.
 Nota: Jika timbul sebarang perselisihan tafsiran, versi Bahasa Inggeris dianggap mutlak dan terikat.

For Office Use
Untuk Kegunaan Pejabat

IMPORTANT NOTE : Health Evidence would be required for all the following changes except where it relates to reduction of face amount, deletion of rider(s), Non-forfeiture Option
NOTA PENTING : Bukti Kesihatan adalah diperlukan bagi semua pertukaran berikut kecuali berkenaan pengurangan amaun muka, pemotongan riders, Pilihan tidak lucut Hak

CHANGE OF BASIC PLAN / SUM ASSURED
PERTUKARAN PELAN ASAS / AMOUNT DIINSURANSKAN

New Basic Plan
 Pelan Asas Baru _____

New Sum Assured
 Amaun Diinsuranskan Baru _____

* Applicable only for basic plan / Untuk pelan asas sahaja.

REMOVE / REDUCE MEDICAL RATING EXCLUSION / MENGHAPUS
MENGURANGKAN KADAR PERUBATAN / PENGECCUALIAN

(Request for reduction / removal of medical rating / exclusion can be considered only 2 years after the imposition of such rating.)
 (Permintaan untuk pengurangan / penghapusan peredaran perubatan / pengecualian **hanya** boleh dipertimbangkan dua tahun selepas peredaran sedemikian dikenakan.)

Medical Rating / Peredaran Perubatan Exclusion / Pengeccualian

DELETION OF SUPPLEMENTARY BENEFIT
PEMOTONGAN FAEDAH TAMBAHAN

REDUCE OCCUPATION RATING / CHANGE OF OCCUPATION
PENGURANGAN PERKADARAN PEKERJAAN / PERTUKARAN PEKERJAAN

New Occupation / Pekerjaan Baru _____
 since / sejak _____

ADDITION OF SUPPLEMENTARY BENEFIT
PENAMBAHAN FAEDAH TAMBAHAN

Death Benefit Option (Universal Life)
Opsyen faedah kematian

DB Option 1 (Level) DB Option 2 (Increasing)
 FK Opsyen 1 (Rata) FK Opsyen 2 (Meningkat)

TERM CONVERSION / PERTUKARAN TEMPOH

(Please submit with application form of new policy / Sila hantar dengan borang permohonan polisi baru)

Term Amount Converted
 Amaun Tempoh Ditukar _____

Remaining Term Amount
 Baki Amaun Tempoh _____

New Policy Number
 Nombor Polisi Baru _____

New Plan
 Pelan Baru _____

REINSTATEMENT
PENGEMBALIAN SEMULA

Redating
 Pentarikhkan Semula

Reinstating Agent *
 Agen Pengembalian Semula

Redating Date (MM/DD/YYYY)
 Tarikh Pentarikhkan Semula _____ (BB/HH/TTTT)

* Please fill in the new agent code in page 1
 * Sila lengkapkan kod agen baru di halaman 1

NON-FORFEITURE OPTION / PILIHAN TIDAK LUCUT HAK

Extended Term Insurance Reduced Paid Up Insurance
 Insurans Tempoh Lanjut Insurans Berbayar Terkurang

OTHERS / LAIN-LAIN

Declaration and Authorization / Pengistiharan dan Pemberikuasaan

I / We hereby request that this policy be changed in accordance with the above particulars with the understanding and agreement that AIA's letter or endorsement to me confirming that the changes requested for are granted, or modified, or varied shall form part of the said policy with effect from the date stated within, except for change of method of payment.

Saya / Kami dengan ini memohon bahawa polisi ini ditukar mengikut butir-butir di atas dengan pemahaman dan persetujuan bahawa surat atau endorsemen AIA kepada saya mengesahkan pertukaran yang diminta adalah diakui, atau diubah suai, atau diubah dan akan membentuk sebahagian polisi tersebut berkuatkuasa dari tarikh yang dinyatakan, kecuali kaedah pembayaran.

Executed on / Dikuatkuasakan pada _____ (MM/DD/YYYY / BB/HH/TTTT)

Witnessed by
 Disaksikan oleh _____

Name / Nama _____

NRIC No / No. KP _____

Signature of Owner / Assignee
 Tandatangan Pemilik / Pemegang Serah Hak

Signature of Trustee / Beneficiary
 Tandatangan Pemegang Amanah / Benefisiari