




**Declaration For Lost Policy Or Premium Receipt Book Or Medical Card Replacement /
Pengakuan Kehilangan Polisi Atau Buku Resit Premium Atau Penggantian Kad Medical**

Collection Station
Stesen Kutipan

--	--

 <p style="text-align: center;">* B 1 6 8 6 8 6 *</p>	<p>Policy Number / Nombor Polisi</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Basic Plan / Pelan Asas</td> <td style="width: 25%;">Basic Term (P) / Tempoh Asas (P)</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Basic Plan / Pelan Asas	Basic Term (P) / Tempoh Asas (P)						
Basic Plan / Pelan Asas	Basic Term (P) / Tempoh Asas (P)								
<p>Agent Code / Kod Ejen</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>Agency Code / Kod Agensi</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									<p>Agent Name / Nama Ejen</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <p>Agency Name / Nama Agensi</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <p>Agent Tel No. / No. Tel Ejen</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>
<p>Name of Insured / Nama Insured</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	<p>NRIC No. / No. KP</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>								
<p>Hand Phone No. / No. Telefon Bimbit</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	<p>E-mail / E-mel</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>								
<p>Part A: Declaration For Lost Policy / Bahagian A: Pengakuan Kehilangan Polisi</p>									
<p><input type="checkbox"/> I hereby certify, that the above said policy issued by AIA Bhd., covering the life of the above named Insured has been lost or mislaid beyond hope of recovery. I hereby request that AIA Bhd. cancel and declare the original of the said policy null and void and issue a reprint of the original lost policy with updated information as at date of reprint. The updated information will include subsequent changes to the policy at my request after the date of issuance of the original lost policy. If this request is granted, I, the undersigned agree to indemnify AIA Bhd. against any loss as a result of having issued the copy of the said policy as requested. I also agree that any endorsement on the copy of the said policy shall be considered as an endorsement on the original policy.</p> <p><i>Saya dengan ini mengesahkan bahawa polisi yang tersebut di atas yang dikeluarkan oleh AIA Bhd., yang meliputi hayat Insured yang namanya tersebut di atas, telah hilang atau hilang dan tidak ditemui semula. Saya dengan ini memohon bahawa AIA Bhd. membatalkan dan mengisytiharkan polisi tersebut sebagai batal dan tidak sah dan mengeluarkan satu salinan polisi asal yang hilang dengan maklumat terkini berdasarkan tarikh salinan dikeluarkan. Maklumat terkini akan termasuk perubahan atas permintaan saya selepas tarikh penerbitan polisi asal yang hilang. Sekiranya permintaan ini dipenuhi, saya, penandatangani bersetuju untuk membayar ganti rugi terhadap apa-apa kerugian sebagai kesan daripada mengeluarkan salinan polisi tersebut seperti yang diminta. Saya juga bersetuju bahawa apa-apa endorsemen berkaitan salinan polisi tersebut akan dianggap sebagai endorsemen polisi asal.</i></p> <p>The below selection is only available for policy with Policy Date on and after 17/06/2013. Please select preferred language for Policy Clauses. If there is no preference, the Policy Clauses will be printed according to the language selected earlier.</p> <p><i>Pemilihan dibawah hanya tersedia untuk polisi dengan Tarikh Polisi pada atau selepas 17/06/2013. Sila pilih bahasa yang dikehendaki untuk Fasal Polisi. Jika tiada bahasa yang dipilih, Fasal Polisi akan dicetak mengikut bahasa yang dipilih sebelum ini</i></p> <p><input type="checkbox"/> English / Bahasa Inggeris <input type="checkbox"/> Malay / Bahasa Melayu</p>									
<p>Part B: Declaration For Lost Premium Receipt Book / Bahagian B: Pengakuan Kehilangan Buku Resit Premium</p>									
<p><input type="checkbox"/> I hereby certify that I have lost or misplaced the above Premium Receipt Book issued by AIA Bhd. covering the life of the above named Insured. I hereby request AIA Bhd. to issue a duplicate copy of the lost Premium Receipt Book.</p> <p><i>Adalah dengan ini diperakui bahawa Saya telah kehilangan Buku Resit Premium di bawah No. Polisi seperti di atas yang dikeluarkan oleh AIA Bhd., yang meliputi hayat Insured yang namanya tersebut di atas. Saya dengan ini memohon AIA Bhd. mengeluarkan satu salinan Buku Resit Premium yang hilang itu.</i></p>									
<p>Part C: Medical Card Replacement / Bahagian C: Penggantian Kad Medical</p>									
<p>Reason for Medical Card Replacement / Sebab untuk penggantian Kad Medical:</p> <p><input type="checkbox"/> Lost Card / Kad Hilang <input type="checkbox"/> Damaged Card / Kad Rosak</p>									
<p>Declaration and Authorization / Pengisytiharan dan Pemberikuaasaan</p> <p>I/We understand and agree that any personal information collected or held by the Company (whether contained in this application or otherwise obtained) may be held, used, and disclosed by the Company to individuals/organization related to and associated with the Company or any selected third party (within or outside of Malaysia, including reinsurance and claims investigation companies and industry associations/federations) for the purpose of processing this application and providing subsequent service for this product and/or communicate with me for such purposes. I/We understand that I/We have a right to obtain access to and to request correction of any personal information held by the Company concerning me/us. Such request can be made to any of the Company's Customer Service Centre. / Saya/Kami faham dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh Syarikat (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh dipegang, digunakan, dan diberikan oleh Syarikat kepada individu/organisasi yang berhubung dan berkaitan dengan syarikat atau mana-mana pihak ketiga yang dipilih (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk syarikat-syarikat reinsurans dan penyiasatan tuntutan dan persatuan/persekutuan industri) bagi tujuan memproses permohonan ini dan memberikan khidmat seterusnya untuk produk ini dan/atau untuk berkomunikasi dengan saya untuk tujuan seperti itu. Saya/Kami faham bahawa saya/kami berhak memperolehi akses kepada, dan memohon pembetulan sebarang maklumat peribadi yang dipegang oleh Syarikat berkaitan dengan saya/kami. Permohonan seperti itu boleh dibuat di mana-mana Pusat Khidmat Pelanggan Syarikat.</p> <p>Executed on Dikuatkuasakan pada _____</p> <p style="text-align: center;">MM/DD/YYYY / BB/HH/TTTT</p>									
<p>Signature of Witness / Tandatangan Saksi</p> <p>Name / Nama:</p> <p>NRIC No. / No. KP:</p>	<p>Signature of Owner / Tandatangan Pemilik</p> <p>Name / Nama:</p> <p>NRIC No. / No. KP:</p>								

For Office Use
Untuk Kegunaan Pejabat