




Request for Change Form / Borang Untuk Permintaan Pertukaran

Collection Station Stesen Kutipan

 <p style="text-align: center;">* B Q 5 Q 6 Q 8 2 *</p>	<p>Policy Number / Nombor Polisi</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Basic Plan <i>Pelan Asas</i></td> <td style="text-align: center;">Basic Term (P) <i>Tempoh Asas (P)</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> </table>	Basic Plan <i>Pelan Asas</i>	Basic Term (P) <i>Tempoh Asas (P)</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Basic Plan <i>Pelan Asas</i>	Basic Term (P) <i>Tempoh Asas (P)</i>				
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
<p>Agent Code / Kod Ejen <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Agency Code / Kod Agensi <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Agent Name / Nama Ejen <input style="width:100%;" type="text"/></p> <p>Agency Name / Nama Agensi <input style="width:100%;" type="text"/></p> <p>Agent Tel No. / No. Tel Ejen <input style="width:100%;" type="text"/></p>	<p>Name of Insured / Nama Insured <input style="width:100%;" type="text"/></p> <p>NRIC No. / No. KP <input style="width:100%;" type="text"/></p> <p>Hand Phone No. / No. Telefon Bimbit <input style="width:100%;" type="text"/></p> <p>E-mail / E-mel <input style="width:100%;" type="text"/></p>				
<p><input type="checkbox"/> CHANGE MODE OF PAYMENT / PERTUKARAN MOD PEMBAYARAN</p> <p> <input type="checkbox"/> Annually / Tahunan <input type="checkbox"/> Semi-annually / Setengah Tahunan <input type="checkbox"/> Quarterly / Suku Tahunan <input type="checkbox"/> Monthly* / Bulanan* </p> <p>* By Autopay or Credit Card only * Cara bayaran Auto atau Kad Kredit sahaja</p> <p><input type="checkbox"/> CHANGE OF METHOD OF PAYMENT / PERTUKARAN KAEDAH PEMBAYARAN</p> <p> <input type="checkbox"/> Direct Pay / Bayaran Terus <input type="checkbox"/> Autopay / Bayaran Auto <input type="checkbox"/> Credit Card / Kad Kredit (please submit CCDA form / sila hantar borang CCDA) <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain _____ </p> <p><small>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.</small></p>	<p><input type="checkbox"/> CORRECTION OF ASSURED'S / OWNER'S / BENEFICIARY'S / TRUSTEE'S PERSONAL PARTICULAR / PINDAAN BUTIR-BUTIR PERIBADI YANG DIASURANSKAN / PEMILIK / WARIS / PEMEGANG AMANAH*</p> <p>* 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.</p> <p>Name / Nama _____</p> <p>Date of birth / Tarikh lahir <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (MM/DD/YYYY / BB/HH//TTTT)</p> <p>NRIC / BC No. / No. KP / SL _____</p> <p>Sex / Jantina <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan</p> <p>Documentary proof is required, i.e. NRIC or B/C or Passport / Bukti dokumen adalah diperlukan spt KP atau SL atau Pasport</p>				
<p><input type="checkbox"/> CHANGE OF OWNERSHIP / PERTUKARAN PEMILIKAN</p> <p> <input type="checkbox"/> Change of Ownership to Contingent Owner / Pertukaran Pemilik kepada Pemilik Kontingen <input type="checkbox"/> Release of Ownership to Insured / Pelepasan Pemilikan kepada Insured </p> <p>New Owner's Name / Nama Pemilik Baru _____</p> <p>Date of birth / Tarikh lahir _____ (MM/DD/YYYY / BB/HH//TTTT)</p> <p>NRIC / BC No. / No. KP / SL _____</p> <p>Relationship / Hubungan _____</p> <p>Sex / Jantina <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan</p> <p>New Owner's Signature / Tandatangan Pemilik Baru <input style="width:100%;" type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> CHANGE OF SIGNATURE / PERTUKARAN TANDATANGAN</p> <p> <input type="checkbox"/> Trustee / Pemegang Amanah <input type="checkbox"/> Trustee / Pemegang Amanah <input type="checkbox"/> Owner / Pemilik <input type="checkbox"/> Owner / Pemilik </p> <p>New Signature's Specimen / Contoh Tandatangan Baru <input style="width:100%;" type="text"/></p> <p>New Signature's Specimen / Contoh Tandatangan Baru <input style="width:100%;" type="text"/></p>				
<p><input type="checkbox"/> INCREASE IN REGULAR PREMIUM OPTION / PENINGKATAN DALAM OPSYEN PREMIUM BIASA</p> <p>Increase Amount RM _____ per year</p> <p>Jumlah peningkatan RM _____ per tahun</p> <p>* I have been advised by my agent and I understand that upon my selection of this Increase in Regular Premium Option at anytime, the amount of premium increase as specified above will be allocated subject to the Premium Allocation as provided in the policy contract. This increased amount will be allocated in the sequence and percentages beginning from the first policy year. / Saya telah dinasihatkan oleh ejen saya dan saya memahami bahawa selepas saya memilih untuk peningkatan dalam Opsyen Premium Biasa pada bila-bila masa, amaun penambahan premium seperti yang dinyatakan diatas akan diperuntukan tertakluk kepada Peruntukan Premium seperti yang dinyatakan dalam kontrak polisi. Penambahan amaun ini akan diperuntukan dalam turutan dan peratusan bermula dari tahun pertama polisi.</p> <p>* I have also been advised and I understand that should I terminate the increase amount at any time, any of my subsequent future increase in premium (if any) will be treated as top up and will be subject to the top up charge as provided in the policy contract. / Saya juga telah dinasihatkan dan saya memahami bahawa sekiranya saya menamatkan jumlah peningkatan ini pada bila-bila masa, sebarang peningkatan premium yang berikutnya pada masa hadapan (jika ada) akan dianggap sebagai tokokan dan akan tertakluk kepada caj tokokan seperti dinyatakan dalam kontrak polisi.</p>	<p><input type="checkbox"/> CHANGE OF PREMIUM HOLIDAY OPTION / PERTUKARAN PILIHAN PREMIUM HOLIDAY</p> <p> <input type="checkbox"/> Premium Holiday with Basic / Premium Holiday dengan Asas (Basic COI only / Kos Insurans Asas sahaja) <input type="checkbox"/> 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) </p> <p>* 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</p> <p>* Please note that the Account Value of your policy will be adversely affected if your policy is on premium holiday. Similarly, should you decide to take out a new investment-linked policy, you should check with the professional and independent financial advisors before you do so in order to better evaluate if it is preferable for you to take out a new investment-linked policy, taking into account, among other things, the fact that you already have a policy on premium holiday / Sila ambil perhatian bahawa Nilai Akaun polisi anda akan terjejas jika premium holiday polisi anda telah berkuatkuasa. Begitu juga jika anda membuat keputusan untuk mengambil polisi berkaitan pelaburan baru, anda harus berbincang dengan perunding kewangan profesional dan bebas sebelum anda melakukannya agar anda boleh menilai sama ada lebih baik untuk menarik balik polisi berkaitan pelaburan baru, setelah mempertimbangkan, antara lain, fakta bahawa anda telah memiliki satu polisi dimana premium holiday berkuatkuasa.</p>				

For Office Use Untuk Kegunaan Pejabat

IMPORTANT NOTE : Health Evidence would be required for change of basic plan, increase in sum assured, remove/reduce medical rating/exclusion, term conversion, addition of supplementary benefit and reinstatement.

NOTA PENTING : Bukti Kesihatan adalah diperlukan bagi pertukaran pelan asas, peningkatan amaun diinsuranskan, menyingkir/mengurangkan kadar perubatan/pegecualian, pertukaran tempoh, penambahan faedah tambahan dan pengembalian semula.

CHANGE OF BASIC PLAN / SUM ASSURED
PERTUKARAN PELAN ASAS / AMAUN 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 / MENYINGKIR
MENGURANGKAN KADAR PERUBATAN / PENGECUALIAN

(Request for reduction / removal of medical rating / exclusion can be considered only 2 years after the imposition of such rating.)

(Permintaan untuk pengurangan / penyingkiran perkadaran perubatan / pengecualian hanya boleh dipertimbangkan dua tahun selepas perkadaran sedemikian dikenakan.)

Medical Rating / Perkadaran Perubatan Exclusion / Pengecualian

ADDITION OF SUPPLEMENTARY BENEFIT
PENAMBAHAN FAEDAH TAMBAHAN

DELETION OF SUPPLEMENTARY BENEFIT
PEMOTONGAN FAEDAH TAMBAHAN

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
Tempoh Baki Amaun _____

New Policy Number
Nombor Polisi Baru _____

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

New Occupation / Pekerjaan Baru _____

Since / Sejak _____

Exact Duties / Tugas Sebenar _____

Nature of Business / Jenis Perniagaan _____

Name of Employer / Nama Majikan _____

To receive information regarding exclusive promotions and offers for AIA policyholders, please tick below: / Sila tandakan yang berikut jika ingin menerima maklumat tentang promosi dan tawaran eksklusif untuk pemegang-pemegang polisi AIA:

I/We agree that any personal information collected or held by the Company (whether contained in this application or otherwise obtained) may be disclosed by the Company to any selected third party for the purposes of cross marketing, direct marketing, and data matching, and to communicate with me/us for such purposes. / 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 setuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh Syarikat (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh diberikan oleh Syarikat kepada mana-mana pihak ketiga yang dipilih bagi tujuan pemasaran silang, pemasaran langsung, dan pepadanan data, dan untuk berkomunikasi dengan saya/kami untuk tujuan tersebut. Saya/Kami faham bahawa saya/kami berhak memperoleh 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.

OTHERS / LAIN-LAIN _____

Declaration and Authorization / Pengisytiharan dan Pemberikuaaan

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 and premium holiday option. I/We further agree that any request for change or addition of benefits shall not take effect by reason of any monies paid or on account of any receipt issued, until the request have been approved by an authorized Officer of the Company. / Saya/Kami dengan ini memohon bahawa polisi ini ditukar mengikut butir-butir di atas dengan pemahaman dan persetujuan bahawa surat atau endorsan 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 dan pertukaran pilihan premium holiday. Saya/Kami selanjutnya bersetuju bahawa apa-apa permohonan untuk pertukaran atau tambahan faedah tidak akan berkuatkuasa melalui pembayaran atau pengeluaran resit, sehingga permohonan tersebut diluluskan oleh Pegawai yang diberi kuasa oleh Syarikat.

This form and the Endorsement (if any) will be attached to and shall form part of the Policy Contract after it is accepted and approved by the Company.

Borang ini dan Endorsan (jika ada) akan dilampirkan bersama dan membentuk sebahagian daripada Polisi Kontrak selepas ia diterima dan diluluskan oleh Syarikat.

Any amendments in this form must be countersigned by the Owner/Trustee/Assignee's full signature.

Sebarang pembetulan dalam borang ini mesti ditandatangani balas dengan tandatangan penuh Pemilik/Pemegang Amanah/Pemegang Serah Hak.

I/We understand that Multi Critical Life Riders, if applicable, do not have cash value at any time and if premiums are not received within the grace period, these riders will terminate without any value. / Saya/Kami faham bahawa Multi Critical Life Riders, jika berkenaan, tidak mempunyai Nilai Tunai pada bila-bila masa dan jika premium tidak diterima dalam tempoh Ihsan, rider-rider ini akan tamat tanpa sebarang nilai.

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 memperoleh 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.

Executed on
Dilaksanakan pada _____ MM/DD/YYYY / BB/HH/TTTT

Witnessed by
Disaksikan oleh _____

Name / Nama _____

NRIC No. / No. K.P. _____

Signature of Owner / Assignee
Tandatangan Pemilik / Pemegang Serah Hak _____

Name / Nama _____

NRIC No. / No. K.P. _____

Signature of Trustee / Beneficiary
Tandatangan Pemegang Amanah / Waris _____

Name / Nama _____

NRIC No. / No. K.P. _____

