



**Declaration For Lost Policy Or Medical Card Replacement**  
**Pengakuan Kehilangan Polisi Atau Penggantian Kad Medikal**

Collection Station  
 Stesen Kutipan

 * P 4 3 Q 7 1 8 Q *	<b>Policy Number / Nombor Polisi</b> <input type="text"/>
--	--

<b>Agent Code / Kod Ejen</b> <input type="text"/>	<b>Agency Code / Kod Agensi</b> <input type="text"/>	<b>Dispatch Location / Lokasi Penghantaran</b> <input type="text"/>
<b>Agent Name / Nama Ejen</b> <input type="text"/>	<b>Agency Name / Nama Agensi</b> <input type="text"/>	<b>Agent Tel No. / No. Tel Ejen</b> <input type="text"/>

<b>Name of Insured / Nama Insured</b> <input type="text"/>	<b>NRIC No. / No. KP</b> <input type="text"/>
---	--

<b>Hand Phone No. / No. Telefon Bimbit</b> <input type="text"/>	<b>E-mail / E-mel</b> <input type="text"/>
--	---

**Part A: Declaration For Lost Policy / Bahagian A: Pengakuan Kehilangan Polisi**

I hereby certify, that the above said policy issued by AIA General Berhad (AIA), covering the life of the above named Insured has been lost or mislaid beyond hope of recovery. I hereby request that AIA 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 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. / Saya dengan ini mengesahkan bahawa polisi yang tersebut di atas yang dikeluarkan oleh AIA General Berhad (AIA), yang meliputi hayat Insured yang namanya tersebut di atas, telah hilang atau hilang dan tidak ditemui semula. Saya dengan ini memohon bahawa AIA 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, penandatangan 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 endorsan berkaitan salinan polisi tersebut akan dianggap sebagai endorsan polisi asal.

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. / 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.

English / Bahasa Inggeris       Malay / Bahasa Melayu

**Part B: Medical Card Replacement / Bahagian B: Penggantian Kad Medikal**

Reason for Medical Card Replacement:  Lost Card / Kad Hilang       Damaged Card / Kad Rosak       Others (Please specify) / Lain-lain (Sila nyatakan) \_\_\_\_\_

**Declaration And Authorisation / Pengisytiharan Dan Pemberikuaasaan**

I/We understand and agree that any personal information collected or held by AIA (whether contained in this application or otherwise obtained) may be held, used and disclosed by AIA to individuals/organisation related to and associated with AIA 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 and other financial products and service and to communicate with me/us 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 AIA concerning me/us. Such request can be made to any of AIA Customer Service Centres. / Saya/Kami faham dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh AIA (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh dipegang, digunakan, dan diberikan oleh AIA kepada individu/organisasi yang berhubung dan berkaitan dengan AIA 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 dan khidmat kewangan yang lain dan untuk berkomunikasi dengan saya/kami untuk tujuan seperti itu. Saya/Kami faham bahawa saya/kami berhak memperoleh akses kepada, dan memohon pembetulan sebarang maklumat peribadi yang dipegang oleh AIA berkaitan dengan saya/kami. Permohonan seperti itu boleh dibuat di mana-mana Pusat Khidmat Pelanggan AIA.

**Executed on / Dikuatkuasakan pada**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DD / HH	MM / BB	2	0	YYYY	TTTT		

<b>Signature of Policy Owner</b> Tandatangan Pemilik Polisi <input type="text"/>	<b>Signature of Witness</b> Tandatangan Saksi <input type="text"/>
<b>Name / Nama</b> <input type="text"/>	<b>Name / Nama</b> <input type="text"/>
<b>NRIC No. / No. KP</b> <input type="text"/>	<b>NRIC No. / No. KP</b> <input type="text"/>

For Office Use  
 Untuk Kegunaan Pejabat