


Collection Station
Stesen Kutipan

Request for Change Form / Borang untuk Permintaan Pertukaran

 * P 3 7 0 7 1 8 1 *		Policy Number / Nombor Polisi <input type="text"/>	
Agent Code / Kod Ejen <input type="text"/>		Agency Code / Kod Agensi <input type="text"/>	
Dispatch Location / Lokasi Penghantaran <input type="text"/>			
Agent Name / Nama Ejen <input type="text"/>		Agency Name / Nama Agensi <input type="text"/>	Agent Tel No. / No. Tel Ejen <input type="text"/>
Name of Insured / Nama Insured <input type="text"/>		NRIC No. / No. KP <input type="text"/>	
Hand Phone No. / No. Telefon Bimbit <input type="text"/>		E-mail / E-mel <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> CHANGE OF PAYMENT MODE / PERTUKARAN CARA PEMBAYARAN <input type="checkbox"/> Annually / Tahunan <input type="checkbox"/> Semi-annually / Setengah Tahunan <input type="checkbox"/> Quarterly / Suku Tahunan <input type="checkbox"/> Monthly* / Bulanan* *By Autopay or Credit Card only / *Cara bayaran Auto atau Kad Kredit sahaja			
<input type="checkbox"/> CHANGE OF PAYMENT METHOD / PERTUKARAN KAEDAH PEMBAYARAN <input type="checkbox"/> Direct Pay / Bayaran Terus <input type="checkbox"/> Online Payment / Bayaran Online			
I hereby agree that in addition to my premium, a stamp duty of RM10 is payable to the Government for Accident policy. 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. Duti setem ini perlu dibayar setiap tahun pada ulang tahun polisi saya.			
<input type="checkbox"/> CORRECTION OF INSURED'S / OWNER'S / BENEFICIARY'S / TRUSTEE'S PERSONAL PARTICULAR / PINDAAN BUTIR-BUTIR PERIBADI YANG DIASURANSKAN / 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 _____ (DD/MM/YYYY) (HH/BB/TTTT)	
NRIC No. / No. KP _____ (applicable for Malaysian only) (untuk warga Malaysia sahaja)		Sex / Jantina <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan	
Passport No. / No. Pasport _____ (applicable for Non-Malaysian) (untuk warga bukan Malaysia)		Nationality / Kewarganegaraan _____	
Documentary proof is required, i.e. NRIC or Passport. / Bukti dokumen adalah diperlukan spt KP atau Pasport.			
<input type="checkbox"/> CHANGE OF SIGNATURE / PERTUKARAN TANDATANGAN <input type="checkbox"/> Trustee / Pemegang Amanah <input type="checkbox"/> Owner / Pemilik <input type="checkbox"/> Trustee / Pemegang Amanah <input type="checkbox"/> Owner / Pemilik			
<input type="text"/> New Signature's Specimen Contoh Tandatangan Baru		<input type="text"/> New Signature's Specimen Contoh Tandatangan Baru	

For Office Use
Untuk Kegunaan Pejabat

CHANGE OF OWNERSHIP / PERTUKARAN PEMILIKAN

Change of Ownership to Contingent Owner
Pertukaran Pemilik kepada Pemilik Kontingen

Release of Ownership to Insured
Pelepasan Pemilikan kepada Insured

Section A: New Owner Information / Seksyen A: Data untuk Pemilik Baru

Please fill up all the mandatory field (*) / *Sila isikan bidang yang wajib (*)*

*Name of New Owner
**Nama Pemilik Baru* _____
*NRIC No. (applicable for Malaysian only)
**No. KP (untuk warga Malaysia sahaja)* _____
*Passport No. (applicable for Non-Malaysian)
**No. Pasport (untuk warga bukan Malaysia)* _____
*Name of Employer
**Nama Majikan* _____
*Relationship with Insured
**Hubungan dengan Insured* _____
*E-mail
**E-mel* _____
*Address
**Alamat* _____

*Date of Birth (DD/MM/YYYY)
**Tarikh Lahir (HH/BB/TTTT)* _____
*Sex / Jantina Male / Lelaki Female / Perempuan
*Nationality
**Kewarganegaraan* _____
*Occupation
**Pekerjaan* _____
*Nature of Business
**Jenis Perniagaan* _____
*Hand Phone No.
**No. Telefon Bimbit* _____

*Reason for Change of Ownership
**Sebab Pertukaran Pemilikan* _____

*New Owner's Signature
**Tandatangan Pemilik Baru*

Section B: Payor Information / Seksyen B: Data untuk Pembayar

(Fill up only when Payor details are different from New Owner details in Section A) / *(Isikan jikalau data Pembayar berlainan dengan data untuk Pemilik Baru dalam Seksyen A)*

Please fill up all the mandatory field (*) / *Sila isikan bidang yang wajib (*)*

*Name of Payor
**Nama Pembayar* _____
*NRIC / Passport No.
**No. KP / Pasport* _____
*Name of Employer
**Nama Majikan* _____
*Relationship with Insured
**Hubungan dengan Insured* _____
*E-mail
**E-mel* _____
*Address
**Alamat* _____

*Date of Birth (DD/MM/YYYY)
**Tarikh Lahir (HH/BB/TTTT)* _____
*Sex / Jantina Male / Lelaki Female / Perempuan
*Nationality
**Kewarganegaraan* _____
*Occupation
**Pekerjaan* _____
*Nature of Business
**Jenis Perniagaan* _____
*Hand Phone No.
**No. Telefon Bimbit* _____

IMPORTANT NOTE: / NOTA PENTING:

Health Evidence would be required for remove/reduce medical rating/exclusion, addition of supplementary benefit and reinstatement. / *Bukti Kesihatan adalah diperlukan bagi menyingkir/mengurangkan kadar perubatan/pengecualian, penambahan faedah tambahan dan pengembalian semula.*

CHANGE OF PLAN / PERTUKARAN PELAN

New Plan
Pelan Baru _____

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

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 _____

OTHERS / LAIN-LAIN

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 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 the 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.

Declaration And Authorisation / Pengisytiharan 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 from part of the said policy with effect from the date stated within, except for changes 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 authorised Officer of AIA. / 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 AIA.

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

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 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 the 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

		-			-	2	0		
DD	HH		MM	BB		YYYY	TTTT		

Signature of Owner / Assignee

Tandatangan Pemilik / Pemegang Serah Hak

Signature of Trustee / Beneficiary

Tandatangan Pemegang Amanah / Benefisiari

Signature of Witness

Tandatangan Saksi

Name / Nama

Name / Nama

Name / Nama

NRIC No. / No. KP

NRIC No. / No. KP

NRIC No. / No. KP