



PMY1SREQFM

Policy Number

			-									
			-									
			-									

Service Request Permohonan Perkhidmatan

Important Notes / Nota Penting :

Who can complete this form / Orang yang perlu melengkapkan borang ini
Policy owner or Assignee, if applicable / Pemunya polisi atau Penyerah hak

What information to be provided / Maklumat yang perlu diberikan

Details of the request and all the policy numbers you want this request to cover / Butiran permohonan dan nombor-nombor polisi bagi permohonan ini

Simple steps to file a request / Langkah-langkah ringkas untuk mengfailkan permohonan

- Read the important notes related to your request / Sila baca nota penting yang berkaitan dengan permohonan anda
- Complete this form / Sila penuhi borang ini
- Please do not sign on blank form and use the same signature as recorded in the policy file / Elakkan dari menandatangani borang kosong dan gunakan tandatangan yang direkodkan di dalam fail polisi.
- Mail to AXA AFFIN Life office or submit to your agent / Hantarkan ke pejabat AXA AFFIN Life atau serahkan kepada ejen anda

1. My Request for Change (please select and only complete the section required) Permohonan saya untuk pindaan (sila pilih dan hanya lengkapkan bahagian yang diperlukan)

<input type="checkbox"/> Address & Contact Details Alamat & butiran	<input type="checkbox"/> Premium Payment Mode / Method Kekerapan bayaran / cara bayaran	<input type="checkbox"/> Dividend Options Pembahagian dividen
<input type="checkbox"/> Policy Benefit Cover (Basic or Rider) Perlindungan polisi (Asas atau tambahan)	<input type="checkbox"/> Take out Money from Policy Pengeluaran wang dari Polisi	<input type="checkbox"/> Others Lain-lain

2. Change contact information / Tukar alamat

Send correspondences to my new address
Hantar surat-menyurat ke alamat baru saya

Email address / Alamat Emel

Mobile number / Telephone bimbit

Residence telephone number / No. telefon Rumah

Please tick if you do not agree to use your personal data for direct marketing purposes and do not wish to receive any promotional and direct marketing materials.

Sila tandakan sekiranya anda tidak bersetuju untuk berkongsi maklumat peribadi anda untuk kegunaan pemasaran dan tidak mahu menerima sebarang bahan-bahan promosi dan bahan-bahan pemasaran.

Please tick if you (Insured/Owner) are a U.S citizen or U.S. tax resident and to complete the Declaration by U.S. persons under the Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA).

Sila tandakan sekiranya anda ialah warganegara U.S atau pemastautin U.S dan lengkapkan borang Pengisytiharaan oleh warganegara U.S di bawah Akta Akta Pematuhan Cukai Asing (FATCA)

3. Change Owner Signature / Penukaran Tandatangan Pemunya Polisi

<p>Existing signature / Tandatangan asal:</p> <p>Note : IF the above signature differs from the latest signature on file, verification will be required. Nota : SEKIRANYA tandatangan di atas berlainan dengan tandatangan terakhir pada fail, pengesahan akan diperlukan.</p>	<p>New signature / Tandatangan baru:</p>
---	--

4. Change Premium payment mode/method Perubahan kekerapan bayaran/cara bayaran

Change of payment mode / Perubahan kekerapan bayaran

For monthly mode of payment, auto-collection payment method is preferred
Bagi mod bulanan, cara bayaran secara kutipan automatik adalah digalakkan.

<input type="checkbox"/> Monthly* Bulanan*	<input type="checkbox"/> Quarterly Sukutahunan	<input type="checkbox"/> Semi Annually Separa tahunan	<input type="checkbox"/> Annually Tahunan
---	---	--	--

Change of payment method / Perubahan cara bayaran

To apply for auto-collection payment method, please complete the auto-debit form or Credit Card Authorization form
Bagi memohon cara bayaran secara kutipan automatik, sila lengkapkan borang auto-debit atau borang Arahan Kad Kredit.

<input type="checkbox"/> Bank autopay Auto debit Bank	<input type="checkbox"/> Credit Card direct debit Kad Kredit	<input type="checkbox"/> Others (Cash or Cheque) Lain-Lain (Tunai atau Cek)
--	---	--

5. Change dividend / Perubahan pembahagian dividen

Change of dividend option / Perubahan pembahagian dividen

<input type="checkbox"/> Cash Tunai (Option 1)	<input type="checkbox"/> Reduce Premium Pengurangan premium (Option 2)
<input type="checkbox"/> Accumulate Kesinambungan (Option 3)	<input type="checkbox"/> Others Lain-lain _____

6. Change policy benefit cover / Perubahan perlindungan polisi

For activation of indexation option, addition or increase of policy coverage, please also complete the Health Declaration form for assessment.
Untuk pengaktifan pilihan pengindeksan, pengembalian semula, penambahan atau peningkatan perlindungan polisi, sila lengkapkan borang Pengakuan Kesihatan untuk penilaian.

Change of Basic Sum Insured / Perubahan jumlah perlindungan pelan asas

<input type="checkbox"/> Increase* Penambahan	<input type="checkbox"/> Decrease Pengurangan	<input type="checkbox"/> New Total Amount Jumlah Baru _____
--	--	--

Change of Premium Amount / Penukaran Amaun Premium

<input type="checkbox"/> Increase* Penambahan	<input type="checkbox"/> Decrease Pengurangan	<input type="checkbox"/> New Total Amount Jumlah Baru _____
--	--	--

Supplementary Benefit/Rider / Manfaat Tambahan/Rider

Rider Name Nama Rider	Add* Tambah	Delete Batal	Increase* Penambahan	Decrease Pengurangan	New Sum Insured Jumlah Diinsuranskan Baru
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

7. I want to take out money from my policy Saya ingin mengeluarkan wang dari polisi saya

Types of cash withdrawal:
Jenis pengeluaran tunai:

<input type="checkbox"/> Policy Dividend / Cash Endowment Dividen Polisi / Pengeluaran Tunai	<input type="checkbox"/> Future Premium Deposit Deposit Pengeluaran	<input type="checkbox"/> Others Lain-lain _____
---	--	--

I want to transfer my money to this account/settlement options

Saya ingin memindahkan wang ke akaun ini/pilihan cara pembayaran

Payment method: By Autopay To settle premium for policy numbered
 Cara bayaran Melalui Autopay Untuk membayar premium bagi polisi _____

Name of Bank:
 Nama Bank:

Bank account number:
 No. Akaun Bank

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Note / Nota

- * For selecting autopay payment method, the receiving account must belong to the Policyowner/Trustee/Assignee)
 Untuk memilih bayaran secara automatik, penerima akaun mestilah juga Pemunya polisi/Pemegang Amanah/Penyerah Hak
- * The policy must belong to the same policy owner
 Polisi mestilah kepunyaan pemunya polisi yang sama

8. Other changes not mentioned in the above section

Nyatakan sebarang perubahan yang tidak dinyatakan di bahagian seperti di atas

- Others, please specify below
 Lain-lain, sila nyatakan di bawah

Declarations and Agreement / Perakuan dan persetujuan

I/We hereby request that my policy be changed in accordance with the particulars as indicated in this application form, and I understand and on behalf of myself/ourselves/the Child and all covered person(s) that:

Saya/kami dengan ini memohon perubahan atas polisi saya mengikut pengkhususan yang tercatat dalam borang permohonan, dan saya faham dan bagi pihak diri saya sendiri/kita sendiri/anak dan semua orang yang Dilindungi bahawa:

1. the request for reinstatement, change or addition which requires evidence of insurability that consist of this application and Health Declaration Form and shall not take effect unless all of the following conditions are met: (a) any required payment for the application is paid in full (b) the application is approved by the Company at the Company's Office during the lifetime and continued insurability of the person or persons insured by the policy.
Permohonan penguatkuasaan, perubahan atau penambahan yang memerlukan bukti jaminan yang terkandung pada permohonan ini dan pengakuan kesihatan diri (pastikan bila nama telah dikenalpasti) dan tidak memberi kesan dan jika tidak keadaan seperti berikut: (a) Segala bayaran perlu dibayar secara penuh (b) permohonan diluluskan oleh/ibu pejabat semasa hidup dan kebolehsuratan atau orang yang dilindungi oleh polisi;
2. the request for change which does not require evidence of insurability, shall consist of this application and shall be effective from the date of this request unless a letter date is specifically indicated, but only if the change is provided by the policy or is allowed by the Company under the policy.
Permohonan perubahan yang tidak memerlukan bukti kebolehsuratan, adalah berkuatkuasa dari tarikh permohonan setidak-tidaknya tarikh surat tetapi perubahan seperti polisi atau dibenarkan oleh Syarikat. Syarat ketidakbolehan cabaran dan Bunuh Diri di dalam polisi hendaklah diisytihar semasa penguatkuasaan semula polisi, perubahan atau penambahan jumlah perlindungan atau penambahan dan tempoh masa yang ditetapkan di dalam syarat adalah bermula dari tarikh borang cadangan dari Syarikat.;
3. the Incontestability Provision and Suicide Exclusion Provision in the policy shall apply upon reinstatement, changes or addition of sum insured or supplements and the period of time specified in the said provisions shall run from the date of approval of this application by the Company;
Peruntukan Tidak Boleh Tanding dan Peruntukan Pengecualian bagi Bunuh diri dalam polisi ini akan digunapakai semasa penguatkuasaan semula polisi, sebarang perubahan atau penambahan bagi jumlah diinsuranskan atau manfaat-manfaat tambahan dan tempoh masa yang dinyatakan dalam peruntukan tersebut hendaklah dijalankan dari tarikh permohonan ini diluluskan oleh Syarikat;
4. (This form and the evidence of insurability of the person or persons insured if required by the Company shall be the basis for the change in this policy and will form part of the policy unless otherwise specified) **HEREBY DECLARE AND AGREE** on behalf of myself and other persons referred to in this request form ("Relevant Persons") that
*Borang ini adalah bukti ketidakbolehan cabaran orang atau orang yang diinsuranskan jika diminta oleh Syarikat adalah asa perubahan pada polisi ini dan akan sebahagian polisi setidak-tidaknya ditetapkan **DENGAN INI MEMPERAKUI DAN MEMPERSETUJUI** bagi pihak diri sendiri dan semua orang yang dirujuk dalam borang permohonan ini. ("Orang yang Berkaitan") bahawa*
5. all statements and answers to all questions whether or not written by my own hand are to the best of my knowledge and belief complete and true;
Semua kenyataan dan jawapan sama ada yang bertulis dengan tangan saya sendiri atau tidak adalah dalam pengetahuan dan kepercayaan saya adalah lengkap dan benar.

Service Request / Permohonan Perkhidmatan

6. should any statement(s) be incomplete, false, wrong or inaccurate, or should there be any omission(s) on my/our part in disclosing the information, the Company shall have the right to cancel the Policy or repudiate the claim and forfeit and payments received;
Jika ada kenyataan-kenyataan tidak lengkap, palsu, salah atau tidak tepat, atau ada ketinggalan/merahsiakan maklumat, Syarikat mempunyai hak untuk membatalkan polisi atau menolak tuntutan dan tebusan dan bayaran-bayaran yang telah diterima.
7. the Company is not bound by any statement which I may have made to any person if not written or printed here; of such claim
Syarikat tidak terikat oleh mana-mana pernyataan yang mungkin telah saya buat kepada mana-mana orang jika tidak ditulis atau dicetak di sini pada sebarang tuntutan.
8. I take notice that my personal data as disclosed in this form will be processed by the Company for the purpose of rendering services to me as an insurance company;
Saya mengetahui bahawa data peribadi saya yang telah dinyatakan di dalam borang ini akan diproses oleh Syarikat untuk memberi perkhidmatan sebagai Penginsurans saya.

Name of policy owner/Assignee/Insured <i>Nama pemunya polisi/penerima hak/Orang diinsuranskan</i>	Signature <i>Tandatangan</i>	Date <i>Tarikh</i>
Name of trustee <i>Nama pemegang amanah</i>	Signature <i>Tandatangan</i>	Date <i>Tarikh</i>
Name of agent/witness <i>Nama ejen/saksi</i>	Signature <i>Tandatangan</i>	Date <i>Tarikh</i>

9. Track status of your request / Semakan status permohonan anda

You will be updated through SMS of additional requirements / *Anda akan dimaklumkan melalui SMS atas sebarang keperluan tambahan.*



AXA is committed to making your service experience as easy and stress-free as possible.

Thank you for insuring with us. We are always glad to be of service.

AXA komited untuk memudahkan pengalaman perkhidmatan sebaik mungkin dan mengurangkan risiko semampunya.

Terima kasih kerana memilih kami. Kami sedia untuk berkhidmat.