



REQUEST FOR ALTERATION / PERMOHONAN UNTUK PENGUBAHAN

Request Types / Jenis Permohonan (Please tick where applicable / Sila tandakan yang berkenaan)		
☐ Service Request / Permohonan Perkhidmatan ☐ Fund-Related Changes (For IL Policy ONLY) Perubahan Berkaitan Dana (Untuk Polisi IL Sahaja)		
☐ Financial Changes / Perubahan Kewangan ☐ Fully Paid Up (For Traditional Policy ONLY) Bayaran Penuh (Untuk Polisi Tradisional Sahaja)		
PART 1: PARTICULARS / BAHAGIAN 1: BUTIRAN		
Full Name of Policy Owner as per NRIC/Passport Nama Penuh Pemilik Polisi seperti dalam Kad Pengenalan/Pasport		
Handphone No. No. Telefon Bimbit		
Email Address Alamat E-Mel		
CONSENT FOR eCORRESPONDENCES / KEBENARAN UNTUK e-SURAT MENYURAT		
By completing the email address above or by updating the email address, I hereby consent to receive all future correspondence relating to the Policy via electronic format and I authorize Tokio Marine Life Insurance Malaysia Bhd. to email such correspondences to me. Dengan melengkapkan alamat e-mel di atas atau mengemas kini alamat e-mel, saya dengan ini memberi keizinan untuk menerima semua surat-menyurat berkaitan Polisi dalam format elektronik dan membenarkan Tokio Marine Life Insurance Malaysia Bhd. menghantar surat-menyurat tersebut kepada saya melalui e-mel.		
PART 2: SERVICE REQUEST / BAHAGIAN 2: PERMOHONAN PERKHIDMATAN		
☐ Method of Payment Kaedah Pembayaran	Please state Sila nyatakan	
☐ Occupation Pekerjaan	New Occupation Pekerjaan Baharu	
	Exact Duties Tugas Khusus	
	Nature of Business Jenis Perniagaan	
	Name of Employer Nama Majikan	
	Annual Income Pendapatan Tahunan	
☐ Smoker Status Status Merokok	☐ Smoker Perokok ☐ Non-Smoker Bukan Perokok	Date of change / Tarikh Perubahan: _____ No. of Cigarettes per day / Bilangan Rokok Sehari: _____
RECEIVED DATE RECEIVED DATE		For Office Use / Untuk Kegunaan Pejabat:



Policy No.
No. Polisi

PART 2: SERVICE REQUEST (CONTINUE)
BAHAGIAN 2: PERMOHONAN PERKHIDMATAN (SAMBUNGAN)

☐ Mode of Payment Mod Pembayaran	☐ Annual / Tahunan ☐ Quarterly / Suku Tahunan	☐ Semi Annual / Separuh Tahunan ☐ Monthly / Bulanan
☐ Others Lain-lain		

PART 3: FINANCIAL CHANGES / BAHAGIAN 3: PERUBAHAN KEWANGAN

☐ Reduce Basic Sum Assured Pengurangan Jumlah Asas yang Dijamin	New Basic Sum Assured Jumlah Asas yang Dijamin Baharu	
☐ Reduce Rider Sum Assured Pengurangan Jumlah Rider yang Dijamin	Name of Rider / Nama Rider	New Sum Assured / Jumlah Dijamin Baharu (RM)
	1.	
	2.	
☐ Reduce Basic Premium (Investment Linked) Pengurangan Premium Asas (Berkaitan Pelaburan)	per year (only allowed on Next Policy Anniversary) setiap tahun (hanya dibenarkan pada Ulang Tahun Polisi Seterusnya)	
☐ Cancellation of Rider(s) Pembatalan Rider		
☐ Others Lain-lain		

Checklist / Senarai Semak:

- ☐ For Cancellation of Riders, Reduce Basic Sum Assured and Reduce Rider Sum Assured (if any), please submit **Direct Credit Payment Form**.
Untuk pembatalan Rider, pengurangan jumlah asas yang dijamin dan pengurangan jumlah rider yang dijamin (jika ada), sila kemukakan **Borang Pembayaran Kredit Terus**.
*only applicable for Convertible Term Rider, Life Care Rider Plus, Hospitalisation Benefit, IncomeShield Rider, iSaving Rider and medical rider after commencement date of 01/01/2006 for quarterly, semi-annual and annual payment mode
*Hanya terpakai bagi Rider Tempoh Boleh Tukar (Convertible Term Rider), Rider Penjagaan Hayat Plus (Life Care Rider Plus), Rider Manfaat Kemasukan ke Hospital, Rider Perlindungan Pendapatan (IncomeShield Rider), iSaving Rider dan rider perubatan selepas tarikh mula berkuat kuasa 01/01/2006 untuk mod pembayaran suku tahunan, separuh tahunan dan tahunan.
- ☐ For Cancellation of Riders, Reduce of Sum Assured and Reduce Basic Premium for all policies, please submit **Trustee's consent**.
Untuk Pembatalan Rider, Pengurangan Jumlah yang Dijamin dan Pengurangan Premium Asas bagi semua polisi, sila kemukakan **keizinan Pemegang Amanah**.

PART 4: FUND-RELATED CHANGES (FOR IL POLICY ONLY)
BAHAGIAN 4: PERUBAHAN BERKAITAN DANA (UNTUK POLISI IL SAHAJA)

IMPORTANT NOTES / NOTA PENTING

It is recommended that you review your protection needs before you consider making any changes to your premium. If you reduce the premium of your investment-linked policy without adjusting your coverage or if you add/upgrade benefits without paying additional premium, it is possible that the accumulated fund value is not enough to pay for your policy charges in the later years and will result in termination of your policy.

Adalah disyorkan agar anda menilai keperluan perlindungan anda sebelum mempertimbangkan sebarang perubahan pada premium anda. Jika anda mengurangkan premium polisi berkaitan pelaburan anda tanpa menyesuaikan perlindungan atau jika anda menambah/menaik taraf faedah tanpa membayar premium tambahan, terdapat kemungkinan bahawa nilai dana terkumpul tidak mencukupi untuk menampung caj polisi anda pada tahun-tahun akan datang, yang boleh mengakibatkan penamatan polisi anda.



Policy No.
No. Polisi

PART 4: FUND-RELATED CHANGES (FOR IL POLICY ONLY) (CONTINUE)
BAHAGIAN 4: PERUBAHAN BERKAITAN DANA (UNTUK POLISI IL SAHAJA) (SAMBUNGAN)

Please tick where applicable. / Sila tandakan yang berkenaan.

☐ **Single Premium Top-Up (SPTU) / Penambahan Premium Sekali Bayar**

(Before you pay into any Single Premium Top Up, you should always consider paying your required premium up to date under your existing policy. Please contact your agents or our customer service team for more information.)

(Sebelum anda membuat sebarang Penambahan Premium Sekali Bayar, anda dinasihatkan untuk memastikan bahawa pembayaran premium yang diperlukan di bawah polisi sedia ada adalah terkini. Sila hubungi ejen anda atau pasukan khidmat pelanggan kami untuk maklumat lanjut.)

Type of Funds Jenis Dana	Percentage Peratusan	Top-Up Amount Amaun Tambah Nilai (RM)
TokioMarine-Enterprise Fund		
TokioMarine-Bond Fund		
TokioMarine-Managed Fund		
TokioMarine-Orient Fund		
TokioMarine-Dana Ikhtiar		
TokioMarine-Luxury Fund		
Others / Lain-lain:		
TOTAL / JUMLAH	100 %	

Checklist / Senarai Semak

Single Premium Top-Up / Penambahan Premium Sekali Bayar
☐ Investment allocation to follow existing Fund Allocation if it is not stated in the form
 Peruntukan Dana sedia ada sekiranya tidak dinyatakan dalam borang.

Checklist / Senarai Semak

Regular Top-Up / Penambahan Berkala
☐ RTU will follow existing mode of payment for the policy.
 RTU akan mengikut mod pembayaran sedia ada bagi polisi.
☐ For Deletion of RTU, please submit Trustee's consent.
 Untuk Pembatalan RTU, sila kemukakan keizinan Pemegang Amanah.

☐ **Regular Top-Up (RTU) / Penambahan Berkala**

Type of Requests / Jenis Permohonan	Top-Up Amount / Amaun Tambah Nilai (RM)	
Inclusion of RTU / Penyertaan RTU	per year / setiap tahun	
Deletion of RTU / Pembatalan RTU		
Increase RTU / Penambahan RTU	From _____ Dari	To _____ Ke
Reduce RTU / Pengurangan RTU	From _____ Dari	To _____ Ke

For Single Premium Top-Up (SPTU) and Regular Top-Up (RTU):

Untuk Penambahan Premium Sekali Bayar dan Penambahan Berkala:

Please indicate the source of wealth / Sila nyatakan sumber kekayaan.

- ☐ Employment / Pekerjaan
☐ Investment Income / Pendapatan Pelaburan
☐ Others, please specify / Lain-lain, sila nyatakan _____

Please indicate the source of fund / Sila nyatakan sumber dana.

- ☐ Savings / Simpanan
☐ Withdrawal from Policy / Pengeluaran daripada Polisi
☐ Proceeds from Policy Surrender / Hasil daripada Penyerahan Polisi
☐ Proceeds from Policy Maturity / Hasil daripada Kematangan Polisi
☐ Others, please specify / Lain-lain, sila nyatakan _____



Policy No.
No. Polisi

PART 4: FUND-RELATED CHANGES (FOR IL POLICY ONLY) (CONTINUE)
BAHAGIAN 4: PERUBAHAN BERKAITAN DANA (UNTUK POLISI IL SAHAJA) (SAMBUNGAN)

☐ **Premium Redirection / Pengalihan Premium**

Type of Funds / Jenis Dana	Percentage / Peratusan (%)
TokioMarine-Enterprise Fund	
TokioMarine-Bond Fund	
TokioMarine-Managed Fund	
TokioMarine-Orient Fund	
TokioMarine-Dana Ikhtiar	
TokioMarine-Luxury Fund	
Others / Lain-lain:	
Total / Jumlah	100 %

Checklist / Senarai Semak

**Premium Redirection /
Pengalihan Premium**

- ☐ Multiple of 5% / Gandaan 5%
☐ Total 100% / Jumlah 100%

☐ **Fund Switching* / Penukaran Dana***

From Fund / Dari Dana	To Fund/ Ke Dana	Percentage Peratusan (%)	Unit / Unit

***Note:** Switching fee may be applicable depending on the product. Please refer to your policy contract for more details.

***Nota:** Fi pertukaran mungkin dikenakan bergantung pada produk. Sila rujuk kontrak polisi anda untuk maklumat lanjut.

PART 5: FULLY PAID UP (FOR TRADITIONAL POLICY ONLY)
BAHAGIAN 5: BAYARAN PENUH (UNTUK POLISI TRADISIONAL SAHAJA)

I authorize and request Tokio Marine Life Insurance Malaysia Bhd. to effect the option below:

Saya memberi kuasa dan memohon Tokio Marine Life Insurance Malaysia Bhd. untuk melaksanakan pilihan berikut:

☐ **Fully Paid Up / Bayaran Penuh**

I, as the Policy Owner, apply to convert the Policy to a fully paid up policy at the end of the 10th Policy Year.

Saya, sebagai Pemilik Polisi, memohon untuk menukar polisi kepada status bayaran penuh pada akhir Tahun Polisi ke-10.

The conversion will only take effect upon the following conditions having been satisfied:

Penukaran ini hanya akan berkuat kuasa setelah syarat-syarat berikut dipenuhi:

- There is no indebtedness outstanding such as Automatic Premium Loan and Policy Loan at the end of the 10th Policy Year.
Tiada hutang tertunggak seperti Pinjaman Premium Automatik dan Pinjaman Polisi pada akhir Tahun Polisi ke-10.
- The Policy must be in force at time of conversion.
Polisi mesti masih berkuat kuasa pada waktu penukaran.
- This Fully Paid Up Option Form must be received by Tokio Marine Life Insurance Malaysia Bhd. no later than 30 days from the end of the 10th Policy Year.
Borang Pilihan Bayaran Penuh ini mesti diterima oleh Tokio Marine Life Insurance Malaysia Bhd. tidak lewat daripada 30 hari selepas tamatnya Tahun Polisi ke-10.

On conversion, this Fully Paid Up Option Form will form part of the Policy and all future premiums for the Policy will no longer be payable. The Policy Sum Assured will remain unchanged after conversion to Fully Paid Up policy, and all riders (if any) attached to the Policy will continue to be in force provided premiums are paid within the grace period.

Setelah penukaran dibuat, Borang Pilihan Bayaran Penuh ini akan menjadi sebahagian daripada polisi, dan semua premium masa depan bagi polisi tidak lagi perlu dibayar. Jumlah Dijamin Polisi akan kekal tidak berubah selepas penukaran kepada polisi Bayaran Penuh, dan semua rider (jika ada) yang dilampirkan kepada polisi akan terus berkuat kuasa selagi premium dibayar dalam tempoh tangguh.

Reinstatement of the Policy back to payment mode is not allowed after the Policy has been converted to Fully Paid Up status.
Pemulihan polisi kepada mod pembayaran semula tidak dibenarkan selepas Polisi ditukar kepada status Bayaran Penuh.



Policy No.
No. Polisi

PART 6: AUTHORIZATION / BAHAGIAN 6: KEIZINAN

I/We, the Policy Owner of the Policy, hereby authorize and request that the Policy be changed in accordance with the above particulars.
Saya/Kami, selaku Pemilik Polisi, dengan ini memberi kuasa dan memohon agar Polisi diubah mengikut butiran yang dinyatakan di atas.

I/We further agree that any alteration or variation shall not take effect until the request is approved by the Company.
Saya/Kami juga bersetuju bahawa sebarang perubahan atau pengubahsuaian tidak akan berkuat kuasa sehingga permohonan ini diluluskan oleh Syarikat.

Signed at _____ (place) on _____ (date)
Ditandatangani di (tempat) pada (tarikh)

Signature of Policy Owner / *Tandatangan Pemilik Polisi*
Name / *Nama* :
NRIC No. / *No. Kad Pengenalan* :

*Signature of Witness / *Tandatangan Saksi*
Name / *Nama* :
NRIC No. / *No. Kad Pengenalan* :
Tel. No. / *No. Tel.* :

I/We hereby consent for the Policy to be changed in accordance with the above particulars.
Saya/Kami dengan ini memberi kebenaran agar Polisi diubah mengikut butiran yang dinyatakan di atas.

Signed at _____ (place) on _____ (date)
Ditandatangani di (tempat) pada (tarikh)

Signature of Trustee/Parent/Guardian (where applicable)
Tandatangan Pemegang Amanah/Ibu Bapa/Penjaga (jika berkenaan)
Name / *Nama* :
NRIC No. / *No. Kad Pengenalan* :
Tel No. / *No. Tel.* :

*Signature of Witness
Tandatangan Saksi
Name / *Nama* :
NRIC No. / *No. Kad Pengenalan* :
Tel. No. / *No. Tel.* :

Signature of Trustee/Parent/Guardian (where applicable)
Tandatangan Pemegang Amanah/Ibu Bapa/Penjaga (jika berkenaan)
Name / *Nama* :
NRIC No. / *No. Kad Pengenalan* :
Tel No. / *No. Tel.* :

*Signature of Witness
Tandatangan Saksi
Name / *Nama* :
NRIC No. / *No. Kad Pengenalan* :
Tel. No. / *No. Tel.* :

***STATEMENT OF WITNESS / PERNYATAAN SAKSI :**

- I hereby witness and certify that the signature(s) in this form was/were made before me and that to the best of my knowledge it is/are the signature(s) of the Policy Owner/Trustee/Parent/Guardian under the Policy.
Saya dengan ini menyaksikan dan mengesahkan bahawa tandatangan dalam borang ini dilakukan di hadapan saya dan, berdasarkan pengetahuan saya, tandatangan tersebut ialah tandatangan Pemilik Polisi/Pemegang Amanah/Ibu Bapa/Penjaga di bawah polisi ini.
- The Witness must be at least 18 years of age and of sound mind.
Saksi mestilah berumur sekurang-kurangnya 18 tahun dan berada dalam keadaan waras.

Note: A copy of NRIC/Passport/Birth Certificate of the Policy Owner/Trustee/Parent/Guardian is submitted for verification by the Company.

Nota: Salinan kad pengenalan/Pasport/Sijil Kelahiran Pemilik Polisi/Pemegang Amanah/Ibu Bapa/Penjaga mesti dikemukakan kepada Syarikat untuk pengesahan.



Policy No.
No. Polisi

PART 7: DATA PRIVACY / BAHAGIAN 7: PRIVASI DATA

I/We understand and agree that the information I/we supply will be collected, used and processed by the Company, its agents and its authorized parties (within or outside of Malaysia) for the purposes of processing this application and to facilitate the Company's function as an insurance company. I/We understand that I/We have a right to obtain access to and to request correction of my/our personal information held by the Company by contacting the Company's Customer Service Representatives.

Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa maklumat yang saya/kami berikan akan dikumpul, digunakan dan diproses oleh Syarikat, ejennya, dan pihak yang diberi kuasa (sama ada di dalam atau di luar Malaysia) bagi tujuan memproses permohonan ini serta memudahkan fungsi Syarikat sebagai sebuah syarikat insurans. Saya/Kami memahami bahawa saya/kami mempunyai hak untuk mendapatkan akses kepada serta meminta pembetulan maklumat peribadi saya/kami yang disimpan oleh Syarikat dengan menghubungi Wakil Khidmat Pelanggan Syarikat.

Signed at _____ (place) on _____ (date)
Ditandatangani di _____ (tempat) pada _____ (tarikh)

Signature of Policy Owner / Tandatangan Pemilik Polisi

Name / Nama:

NRIC No. / No. Kad Pengenalan: