

INSTRUCTION TO PAY TO NOMINEE / ARAHAN PEMBAYARAN KEPADA PENAMA

Please inform your nominee if you've made a nomination so that he/she can receive the benefits payable upon death without delay. Completed forms may be submitted to customer.service@allianz.com.my. You are not required to submit this Form if you have already made a nomination during registration unless you are revoking the previous nomination. Nominations submitted to us via this Form will supersede any previous nominations made. / Jika anda telah membuat penamaan, sila maklumkan penama anda supaya dia boleh menerima manfaat tanpa berlengah sekiranya berlaku kematian. Borang yang lengkap boleh dihantar ke customer.service@allianz.com.my. Anda tidak perlu mengemukakan Borang ini jika anda telah membuat penamaan semasa pendaftaran melainkan anda ingin membatalkan penamaan terdahulu. Penamaan yang dibuat melalui Borang ini akan menggantikan sebarang penamaan yang anda buat terdahulu.

To / Kepada : Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad (200601015674)

Address / Alamat: Level 29, Menara Allianz Sentral, 203 Jalan Tun Sambanthan, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur

Date / Tarikh:

Insurer / Syarikat Insurans	Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad
Master Policy Owner / Pemegang Polisi Induk	
Insured Person / Orang yang Diinsuranskan	
NRIC No / No. Kad Pengenalan	

- As the Insured Person covered under the Master Policy above, I HEREBY instruct you as the Insurer to make payment of all and any monies payable upon my death under the relevant Master Policy ("the Policy Monies") to the person(s) nominated below. / Sebagai Orang yang Diinsuranskan yang dilindungi di bawah Polisi Induk di atas, Saya dengan ini mengarahkan anda sebagai penanggung insurans untuk membuat pembayaran dan sebarang wang yang perlu dibayar semasa kematian saya di bawah Polisi Induk yang berkenaan ("Wang Polisi") kepada orang-orang yang dinamakan di bawah.
- I HEREBY declare that this is my latest instruction and nomination and revoke any previous instruction and nomination that I may have given prior to this instruction. I agree that this instruction and nomination shall be valid and shall take effect if it is submitted to and acknowledged by you as the Insurer, during my lifetime. / Saya dengan ini menyatakan bahawa ini adalah arahan dan penamaan terbaru saya dan akan membatalkan arahan dan penamaan yang dibuat sebelum ini. Saya bersetuju bahawa arahan dan penamaan ini akan sah dan berkuat kuasa sepanjang hayat saya sekiranya ia dihantar kepada dan diakui oleh anda sebagai penanggung insurans.
- I HEREBY instruct you as the Insurer to pay the Policy Monies to the person(s) I nominate below, in the proportion as listed in the table below and I declare that such person(s) is/are my next-of-kin: / Saya dengan ini mengarahkan anda sebagai penanggung insurans untuk membayar Wang Polisi kepada orang yang saya namakan di bawah, mengikut bahagian seperti yang disenaraikan dalam jadual di bawah dan saya menyatakan bahawa orang tersebut adalah keluarga terdekat saya:

Name / Nama	NRIC No. / No. KP	Address / Alamat	Contact No / No. Tel	Relationship / Hubungan	Share (%) / Bahagian (%)
1)					
2)					
3)					

Note: Next of kin - Wife, Husband, Son, Daughter, Sister, Brother, Cousin, Mother, Father, Uncle, Aunt, Grandfather, Grandmother, Grandson, Granddaughter, Nephew, Niece, Mother-In-Law, Father-In-Law, Brother-In-Law, Sister-In-Law, Daughter-In-Law, Son-In-Law, Half-Brother, Half-Sister, Step Brother, Step Daughter, Step Father, Step Mother, Step Sister, Step Son only. / Nota: Isteri, Suami, Anak lelaki, Anak perempuan, Kakak, Abang, Sepupu, Ibu, Bapa, Bapa saudara, Ibu Saudara, Datuk, Nenek, Cucu, Anak Saudara, Ibu Mertua, Bapa Mertua, Abang Mertua, Kakak Mertua, Menantu, Abang Tiri, Anak Tiri, Bapa Tiri, Ibu Tiri, Kakak Tiri

Level 29, Menara Allianz Sentral
203, Jalan Tun Sambanthan, Kuala Lumpur Sentral 50470 Kuala Lumpur
Tel : 1 300 22 5542
Fax : 603-2264 8453
Email : customer.service@allianz.com.my
Website : www.allianz.com.my

4. UNLESS I inform you otherwise, the person(s) named above shall continue to be nominated to receive the Policy Monies for as long as my coverage under the Master Policy remains in force. / Selain dimaklumkan sebaliknya, orang atau orang-orang yang dinamakan di atas akan terus dinamakan untuk menerima Wang Polisi selama perlindungan saya di bawah Polisi Induk masih berkuatkuasa
5. I HEREBY declare that the Policy Monies paid to the person(s) named above shall be deemed to have been duly paid to me or to the person(s) entitled through me and shall completely discharge the Insurer from all liability to me under the Group Policy. / Saya dengan ini mengisytiharkan bahawa Wang Polisi yang dibayar kepada orang disebutkan di atas akan dianggap telah dibayar sewajarnya kepada saya atau kepada orang yang berhak melalui saya dan akan melepaskan sepenuhnya penanggung insurans daripada semua liabiliti kepada saya di bawah Polisi Induk.
6. I hereby irrevocably indemnify the Insurer against any claims that may be made against the Insurer for the payment of the Policy Monies as instructed by me in this document and this indemnity shall remain binding upon my legal and personal representatives and my estate. / Saya dengan ini menanggung rugi penanggung insurans terhadap sebarang tuntutan yang mungkin dibuat atas pembayaran Wang Polisi seperti yang diarahkan oleh saya dalam dokumen ini dan tanggung rugi ini akan tetap mengikat atas wakil di sisi undang-undang dan peribadi saya dan harta pusaka saya.

Signature of Insured Person / Tandatangan Orang yang Diinsuranskan Name / Nama : _____ NRIC. / No KP : _____ Contact No / No Tel : _____ Address / Alamat : _____ _____ Email / Emel : _____	I, the undersigned, declare that I am above 18 years of age, of sound mind and I am not a person named above to receive any Policy Monies, hereby act as the witness to the Life Assured/Insured Person executing this document in person. / Saya, yang bertandatangan di bawah ini, menyatakan bahawa saya telah berumur 18 tahun ke atas, berfikiran waras dan bukan seorang penama yang menerima Wang Polisi, dengan ini bertindak sebagai saksi kepada Orang yang Diinsuranskan yang melaksanakan dokumen ini secara peribadi. _____ Signature of Witness / Tandatangan Saksi Name / Nama : _____ NRIC / No KP : _____ Contact No / No Tel : _____ Address / Alamat : _____ _____ Email / Emel : _____
---	---