


AmAssurance

9th Floor, Bangunan AMBD, No.1, Jalan Lumut, 50400 Kuala Lumpur, Malaysia. GPO Box 10956, 50730 Kuala Lumpur
Tel: (603) 4043 2100 Fax: (603) 4043 8680

STATUTORY DECLARATION
PENGESAHAN DI ATAS KEHILANGAN POLISI

Policy No. :
No. Polisi
Policy Owner :
Pemegang Polisi
Life Assured :
Diri yang Diinsurankan

I/Saya _____ I/C No/No.K/P _____ of/beralamat di

hereby declare that/dengan ini mengakui bahawa:-

1. **I am the Legal Representative of the deceased insured under Policy No. issued by AmAssurance Berhad.**
Saya adalah wakil yang sah kepada simati yang diinsurankan di bawah Polisi bernombor yang dikeluarkan oleh AmAssurance Berhad.
2. **The said Policy was to the best of my knowledge and belief, has been lost/misplaced/destroyed.**
Sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya polisi tersebut telah hilang / salah letak/ musnah.
3. **I have made diligent search for it without success and that I undertake to deliver it to AmAssurance Berhad should it subsequently be found.**
Saya telah mencari dengan bersungguh-sungguh tetapi gagal menemuinya dan saya berjanji akan memulangkan kepada AmAssurance Berhad sekiranya saya menemuinya kemudian.
4. **The deceased had not assigned or transferred the Policy to any person(s) or bank or financial institution to effect a loan or any other purposes.**
Simati tidak menyerahkan hak atau memindahkan Polisi beliau kepada sesiapa atau bank atau mana-mana institusi kewangan untuk menjapatkan pinjaman atau atas lain-lain sebab.
5. **I hereby undertake to indemnify the Company, its successors or assigns against any loss that may be sustained as a result of having issued copy of the said Policy.**
Saya memberi jaminan akan membayar gantirugi kepada pihak Syarikat, penggantinya, atau serah haknya terhadap segala kerugian yang timbul akibat dari pengeluaran polisi ini.

Dated at _____ **this** _____ **day of** _____ **Year**
Bertarikh _____ *Haribulan* _____ *Tahun*

DEED OF RENUNCIATION

- a) Whereas one _____, (I/C No. _____) was a policyholder on the Life Policy No. _____ issued by Arab-Malaysian Assurance Berhad of Kuala Lumpur (the "Said Policy")

- b) And whereas one _____, I/C No. _____ (the "Said Claimant") has submitted to Arab-Malaysian Assurance Berhad a Death Claim Application under the said Policy.

NOW THIS DEED WITNESSETH:-

- c) I, _____, I/C No. _____ of in consideration of Arab-Malaysian Assurance Berhad agreeing to pay the said Claimant the benefits payable under the said Policy, do hereby renounce all my rights and interest thereto.

DATED THIS _____ DAY OF _____ 19

SIGNED BY _____)
IN THE PRESENCE OF:- _____)

Signature

Commissioner for Oaths

DEKLARASI RASMI KEATAS PENOLAKAN HAK

- a) _____ (No. Kad Pengenalan: _____) adalah salah seorang dari pemegang polisi Insuran Hayat untuk polisi bernombor _____ di bawah naungan **Arab-Malaysian Assurance Berhad Kuala Lumpur.**
- b) Dan saya _____ (No. Kad Pengenalan: _____) salah seorang daripada Sipenuntut telah menghantar kepada **Arab-Malaysian Assurance Berhad** Borang Tuntutan Kematian ke atas polisi tersebut.

DEKLARASI RASMI SAKSI:-

- c) Saya, _____ (No. Kad Pengenalan: _____) di alamat menerima persetujuan dari **Arab-Malaysian Assurance Berhad** untuk membuat pembayaran ke atas si penuntut di atas bagi Tuntutan Kematian untuk polisi tersebut, maka dengan ini saya menolak segala bahagian dan hak perkongsian ke atas tuntutan wang polisi di atas.

BERTARIKH _____

HARIBULAN

19

DITANDATANGANI OLEH _____)

DI HADAPAN:- _____)

Tandatangan

Pesuruhjaya Sumpah/Peguambela & Peguamcara