



REQUEST FOR RETURN OF ORIGINAL DOCUMENT(S)

退回正本文件

Policy Number 保單號碼	Name of Insured 受保人姓名	ID Card Number / Passport Number 身份證號碼 / 護照號碼 XXXX	TR Membership Number 業務代表會員號碼 <input type="checkbox"/> PIBA <input type="checkbox"/> CIB <input type="checkbox"/> ANG										
Area Code 區域編號	Agency / Broker Name 營業員組別 / 經紀名稱	Agent / Broker Code 營業員號碼 / 經紀號碼	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Agency Code 營業員組別編號	Agent / TR's Name 營業員 / 經紀姓名	Agent / TR's Tel. No. 營業員 / 經紀聯絡電話											



01722042

To 致: **CLAIMS Department** 賠償部

P O S Department 保客服務部

U & I Department 核保部

Please return the original medical receipt(s) / leave certificate(s) or document(s) submitted together with this request form upon completion of claims processing or verification of the document(s).

請於完成賠償審批或文件查證後退回與此表格一併遞交之『正本』醫療收據 / 病假證明書或文件。

Note:
The "ORIGINAL" Medical Receipt(s) / Leave Certificate(s) / related document(s) must be submitted together with this **REQUEST FORM** at the same time. **Otherwise, AIA International Limited will retain the original and issue a "Certified True Copy" instead.**

註:
此表格必須與『正本』之醫療收據 / 病假證明書 / 相關文件一同遞交。否則，友邦保險(國際)有限公司將會保留所有『正本』文件及只會發出醫療收據 / 病假證明書 / 相關文件之『認證真本』。

Signature of AIA Financial Planner / Broker / Policyowner / Applicant / Insured / Claimant
友邦財務策劃顧問 / 經紀 / 保單持有人 / 申請人 / 受保人 / 索償人簽署
(Please do not sign on blank form and use the signature on our file
請勿在空白表格上簽署，並確保簽名與保單申請書一致)

Date 日期: (MM月 / DD日 / YYYY年)