



**REQUEST FOR RETURN OF ORIGINAL DOCUMENT(S)**

**退回正本文件**

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



01722068

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)