

NAME (Nama):

-----

ADD (Alamat):

-----  
-----  
-----  
-----

Att: CRC  
Fax no: 03-21637277

DATE (Tarikh):

-----

Sir/Mdm,

**REQUEST FOR CANCELLATION OF INSURANCE PLAN**

(Permintaan Untuk Pembatalan Pelan Insurans)

**I hereby would like to request to cancel the below insurance plan with immediate effect.**

(Saya dengan ini ingin memohon untuk membatalkan pelan insurans seperti di bawah ini dengan serta merta).

**INSURANCE PLAN NAME:**

(Nama Pelan Insurans)

	<b>MY CREDIT SHIELD</b>		<b>MY CRITICAL SHIELD</b>
	<b>PRESTIGE PERSONAL ACCIDENT</b>		<b>Cash Back Personal Accident</b>

**PERSONAL DETAILS (Butir-butir peribadi):**

i) **POLICY NO./ CREDITCARD NO.** (Nama Pelan Insurans/No. Kad Kredit):

ii.) **NAME OF INSURED MEMBER** (Ahli Yang Diinsuranskan):

-----

iii.) **NRIC** (Nombor Kad Pengenalan):

-----

iv.) **CONTACT NO.** (Nombor Telefon):

-----

v.) **REASON AND COMPLAINT ISSUES FOR CANCELLATION** (Sebab dan Issue Untuk Pembatalan):

-----  
-----  
-----  
-----

\_\_\_\_\_  
**Signature Of Insured Member**

(Tandatangan Ahli Yang Diinsuranskan)

**Name:** \_\_\_\_\_

**Ic No:** \_\_\_\_\_