

# APPLICATION FOR TOP UP PLUS PERMOHONAN UNTUK TOP UP PLUS

**IMPORTANT NOTE: YOU ARE REQUIRED TO DISCLOSE IN THIS PROPOSAL FORM FULLY AND FAITHFULLY, ALL THE FACTS WHICH YOU KNOW OR OUGHT TO KNOW, OTHERWISE THE POLICY ISSUED HEREUNDER MAY BE INVALIDATED.**  
 NOTA PENTING: ANDA DIKEHENDAKI MENYATAKAN DI DALAM BORANG CADANGAN INI SECARA PENUH DAN JUJUR, SEMUA FAKTA YANG ANDA TAHU ATAU PATUT TAHU, JIKA TIDAK POLISI YANG DIKELUARKAN MENURUT CADANGAN INI ADALAH TIDAK SAH.

Policy No. / No. Polisi: \_\_\_\_\_ Insured / Insured: \_\_\_\_\_

Top Up premium of / Premium Tambahan sebanyak RM \_\_\_\_\_

Please select Type of Fund and Premium Allocation. / Sila pilih Jenis-Jenis Dana dan Pengagihan Premium:

Type of Fund / Jenis-Jenis Dana	Premium Allocation / Pengagihan premium	Remarks / Catatan
<input type="checkbox"/> Managed Fund / Dana Terurus	%	<b>The minimum allocation to any fund is 10% of the Single Premium. If no option is selected, the Premium Allocation of the Policy at the date of this application shall apply. / Pengagihan minima untuk sesuatu dana adalah 10% daripada Premium Tunggal. Jika tiada pilihan dibuat, Pengagihan Premium Polisi semasa tarikh permohonan ini akan dilaksanakan.</b>
<input type="checkbox"/> Equity Fund / Dana Ekuiti	%	
<input type="checkbox"/> Income Fund / Dana Pendapatan	%	
<input type="checkbox"/> Dana Ekuiti Dinamik	%	
<input type="checkbox"/> Manulife Flexi Invest Fund	%	
<input type="checkbox"/> Manulife China Value Fund / Dana Nilai China Manulife	%	
<input type="checkbox"/> Manulife Emerging Eastern Europe Fund / Dana Penerbitan Eropah Timur Manulife	%	
<input type="checkbox"/>	%	
<input type="checkbox"/>	%	
<input type="checkbox"/>	%	

**Note / Nota:**  
 Please complete Health Details section. / Sila lengkapkan bahagian Butiran Kesihatan.

HEALTH DETAILS / BUTIR-BUTIR KESIHATAN					
<b>1. What is your present height and weight ? / Apakah ketinggian dan berat badan anda sekarang ?</b>	<b>Weight / Berat :</b> _____ (kg) <b>Height / Ketinggian :</b> _____ (cm)				
<b>2. Have you ever suffered from, been treated for or had any indication of :                      Heart Disease; chest pain; heart attack; high blood pressure; stroke; asthma; cancer; growth/tumour; diabetes; any disorder of the lung, liver, kidney, digestive system; any mental or nervous disorder; alcoholism; drug abuses; AIDS or AIDS related complication; any physical defects or deformities?</b> <i>Pernahkah anda mengalami, dirawat atau mempunyai sebarang tanda-tanda :                      Penyakit jantung; kesakitan dada; serangan penyakit jantung; tekanan darah tinggi; strok; asma; kancer, ketumbuhan / tumor; kencing manis; sebarang gangguan mental atau urat saraf; ketagihan alkohol; penyalahgunaan dadah; AIDS atau kompleks berkaitandengan AIDS; sebarang kecacatan fizikal?</i>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>Yes / Ya</b></td> <td style="width: 50%;"><b>No / Tidak</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>Yes / Ya</b>	<b>No / Tidak</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Yes / Ya</b>	<b>No / Tidak</b>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>3. Within the past 2 years, have you consulted a specialist, been hospitalised, had surgery, had a diagnostic test with an abnormal result or been advised to have any of these in the future? / Dalam tempoh 2 tahun yang lepas, pernahkah anda menerima nasihat atau rawatan daripada doktor pakar, dimasukkan ke hospital, mempunyai ujian diagnostik dengan keputusan abnormal atau dinasihati untuk menjalani yang tersebut diatas pada masa depan?</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>4. Have your ever had an application or an insurance coverage declined, postponed, rated up or modified in any way? / Pernahkah permohonan atau perlindungan insurans anda ditolak, ditangguh, dinaikkan kadarnya atau diubahsuai dalam apa cara jua?</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>If any answer to any questions above is "YES", please give details and quote the question number. / Jika sebarang jawapan kepada soalan-soalan di atas adalah "YA", sila beri butiran lanjut di bawah dan nyatakan nombor soalan.</b> _____ _____ _____ _____					



**DECLARATION AND AUTHORISATION BY THE INSURED/POLICY OWNER /  
PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA OLEH INSURED/PEMUNYA POLISI**

I hereby declare and agree on behalf of myself and any person or persons, firm or corporation, who may have or claim any interest in any insurance on this policy that:- / Saya dengan ini mengaku dan bersetuju bagi pihak diri saya dan orang perseorangan atau orang-orang, firma atau perbadanan, yang mungkin mempunyai atau menuntut sebarang kepentingan dalam sebarang insurans di dalam polisi ini bahawa:-

- a) The answers in this application are complete and true and binding upon me, and that the statements made in this application and in any other document submitted in connection with this application form the basis of the proposed additional supplementary contract. I also declare that I have not withheld any information that is relevant to the acceptance of this insurance, or its rates and terms applied, and my misrepresentation or concealment of facts shall render my altered or varied policy contract null and void. / Jawapan-jawapan dalam permohonan ini adalah lengkap dan benar dan mengikat ke atas saya, dan serta kenyataan yang dibuat dalam permohonan ini dan dalam mana-mana dokumen lain yang dikemukakan berkaitan dengan permohonan ini menjadi asas penambahkontrak tambahan yang dicadangkan. Saya juga mengaku bahawa saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat yang relevan kepada penerimaan insurans ini, atau pada kadar-kadar dan terma-terma yang dikenakan, dan salah nyataan atau penyembunyian fakta-fakta akan menyebabkan kontrak polisi saya yang telah dipinda atau diubah menjadi batal dan tidak sah.
- b) The original proposal and any previous or intervening declaration signed by me together with any answers I may make or have made to the medical examiner shall be the basis of the altered or varied policy contract between myself and Manulife Insurance Berhad. / Cadangan yang asal dan mana-mana pengakuan terdahulu atau berselang yang ditandatangani oleh saya bersama-sama dengan sebarang jawapan-jawapan yang mungkin saya beri atau telah beri kepada pemeriksa perubatan harus menjadi asas kepada kontrak polisi yang dipinda atau diubah di antara saya dengan Manulife Insurance Berhad.
- c) I agree that information regarding my insurability may be reported to the Company's reinsurers or to the Life Insurance Association of Malaysia, which operates an information exchange on behalf of its members. / Saya bersetuju bahawa maklumat tentang insurabiliti saya boleh dilaporkan kepada penanggung insurans semula Syarikat atau kepada Persatuan Insurans Hayat Malaysia, yang mengendalikan pertukaran maklumat bagi pihak ahli-ahlinya.
- d) In the event of conflict between the English version and those translated into Bahasa Malaysia, the English version shall prevail. / Jika terdapat sebarang konflik di antara versi Bahasa Inggeris dan Bahasa Malaysia, versi Bahasa Inggeris harus mengatasinya.

I, (Name of Policy Owner) / Saya, (Nama Pemunya Polisi) \_\_\_\_\_ IC No. / No KP: \_\_\_\_\_ hereby authorise any physician, hospital, clinic, insurance company, or other organisation, institution or person, that has any records or knowledge of me or my health, to disclose to Manulife Insurance Berhad or its representative, any and all information about me with reference to my health and medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment. A photocopy of this authorisation shall be as effective and valid as the original. / dengan ini memberi kebenaran kepada mana-mana doktor, hospital, klinik, syarikat insurans, atau organisasi lain, institusi atau orang perseorangan yang mempunyai sebarang rekod atau maklumat tentang saya atau kesihatan saya, untuk mendedahkan kepada Manulife Insurance Berhad atau wakilnya, sebarang dan semua maklumat tentang saya yang berhubung dengan sejarah kesihatan dan perubatan saya dan sebarang kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan, atau penyakit. Salinan pemberian kuasa ini adalah efektif dan sah seperti yang asal.

Signed at / Ditandatangani di \_\_\_\_\_ on / pada \_\_\_\_\_ Day / Hari, \_\_\_\_\_ Month / Bulan, \_\_\_\_\_ Year / Tahun

\_\_\_\_\_  
Signature of Insured / Tandatangan Insured

\_\_\_\_\_  
Signature of Policy Owner / Tandatangan Pemunya Polisi

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness / Tandatangan Saksi

Name / Nama : \_\_\_\_\_

IC No. / No. KP : \_\_\_\_\_

Address / Alamat : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness / Tandatangan Saksi

Name / Nama : \_\_\_\_\_

IC No. / No. KP : \_\_\_\_\_

Address / Alamat : \_\_\_\_\_

**DECLARATIONS BY AGENTS / PENGAKUAN OLEH EJEN**

I declare that, to my best belief and knowledge, the information contained in this Application is true and complete; they are only information given to me by the Insured / Policy Owner and I have not withheld any information which might influence the acceptance of this insurance. / Saya mengakui bahawa, sejauh mana yang dipercayai dan diketahui saya, maklumat yang terkandung dalam Permohonan ini adalah benar dan lengkap; ia merupakan hanya maklumat yang telah diberikan kepada saya oleh Insured / Pemunya Polisi dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat yang mungkin mempengaruhi penerimaan insurans ini.

\_\_\_\_\_  
Signature of Agent / Tandatangan Ejen

Date / Tarikh : \_\_\_\_\_ Day / Hari, \_\_\_\_\_ Month / Bulan, \_\_\_\_\_ Year / Tahun

Name / Nama : \_\_\_\_\_

IC No. / No. KP : \_\_\_\_\_