



**APPLICATION FOR TOP UP PLUS**  
**PERMOHONAN UNTUK TOP UP PLUS**

**IMPORTANT / PENTING:**

**PLEASE FILL IN THE INDIVIDUAL/ENTITY/CONTROLLING PERSON TAX RESIDENCY SELF CERTIFICATION STATUS FORM IF THERE IS ANY CHANGE IN NATIONALITY, CITIZENSHIP, RESIDENCY, OR COUNTRY OF ADDRESS/CONTACT NUMBER. / SILA ISIKAH BORANG PENGESETAHAN DIRI PEMASTAUTIN CUKAI INDIVIDU/ENTITI/INDIVIDU YANG MENGAWAL JIKA ADA PERUBAHAN UNTUK KEWARGANEGARAAN, KERAKYATAN, KEDIAMAN, ATAU ALAMAT NEGARA/NOMBOR TELEFON.**

**YOU ARE REQUIRED TO TAKE REASONABLE CARE NOT TO MAKE ANY MISREPRESENTATION WHEN ANSWERING ANY QUESTIONS ASKED BY US, WHICH YOU SHOULD ANSWER FULLY AND ACCURATELY, AND TO DISCLOSE TO US ANY MATTER WHICH YOU KNOW TO BE RELEVANT TO OUR DECISION ON WHETHER TO ACCEPT THE RISK OR NOT AND THE RATES AND TERMS TO BE APPLIED. / ANDA DIKEHENDAKI UNTUK MENGAMBIL LANGKAH YANG SEWAJANYA UNTUK TIDAK MEMBUAT SEBARANG SALAHNYATA APABILA MENJAWAB SETIAP SOALAN-SOALAN YANG DIAJUKAN OLEH KAMI, DIMANA ANDA PERLU MENJAWAB DENGAN LENGKAP DAN TEPAT DAN MENDEDAKHAN KEPADA KAMI APA-APA PERKARA YANG ANDA TAHU UNTUK MENJADI RELEVAN DENGAN KEPUTUSAN KAMI SAMA ADA UNTUK MENERIMA ATAU TIDAK RISIKO DAN KADAR DAN TERMA YANG HENDAK DIPAKAI.**

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

Insured / Orang yang Diinsuranskan : \_\_\_\_\_

**Important Note / Nota Penting:**

**Cut-off time for submission is 3:30pm (working day). Forms submitted to our Office after the cut-off time shall be deemed as requests for the following working day. / Masa tamat penyerahan ialah 3.30pm (pada hari bekerja). Borang yang dihantar ke Pejabat kami selepas masa tamat penyerahan akan dianggap sebagai permohonan untuk hari bekerja berikutnya.**

Top Up premium of / Premium tambahan sebanyak: RM \_\_\_\_\_

Please fill in the percentage of Premium Allocation for selected Type of Fund /

Sila isikan Pengagihan Premium bagi Jenis-Jenis Dana yang dipilih:

Type of Fund / Jenis-Jenis Dana	Premium Allocation / Pengagihan premium
Managed Fund	%
Equity Fund	%
Income Fund	%
Dana Ekuiti Dinamik	%
Manulife Flexi Invest Fund	%
Manulife China Value Fund	%
Manulife Progress Fund	%
Manulife Dividend Fund	%
Manulife Asia-Pacific REIT Fund	%
	%
	%
	%
	%

**Remarks / Catatan:**

**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.**



**PLEASE COMPLETE HEALTH DETAILS SECTION / SILA LENGKAPKAN BAHAGIAN BUTIRAN KESIHATAN**

<b>Health Details / Butir-butir Kesihatan</b>	
<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>YES / YA                          NO / TIDAK</b>	
<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? / Pernahkah anda mengalami, dirawati 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 berkaitan dengan AIDS; sebarang kecacatan fizikal?</b>	<input type="checkbox"/> <input checked="" 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 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 manjalan yang tersebut diatas pada masa depan?</b>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<b>4 . Have you 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 cara juga?</b>	<input type="checkbox"/> <input checked="" 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> <hr/> <hr/> <hr/>	

## DECLARATIONS AND AUTHORISATIONS / PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA

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 answer 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, any 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 penambahan kontrak 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.

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 of / haribulan ..... , .....  
state / negeri ..... date / tarikh ..... month / bulan ..... year / tahun .....

Signature of Insured /  
Tandatangan Orang yang Diinsuranskan

Signature of Policy Owner /  
Tandatangan Pemunya Polisi

Signature of Witness / Tandatangan Saksi

Name / Nama : .....

Name / Nama : .....

Name / Nama : .....

IC No. / No. KP : .....

IC No. / No. KP : .....

IC No. / No. KP : .....

Tel No. / No. Tel : .....

Tel No. / No. Tel : .....

## 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 : .....

Tel No. / No. Tel : .....

### Note / Nota:

1. Signature of the Insured/Policy Owner should be the same as our records and witnessed by a third party with no insurable interest. / Tandatangan Insured / Pemunya polisi seharusnya sama seperti rekod kami dan disaksikan oleh pihak ketiga yang tidak mempunyai kepentingan.
2. It is important that the Company is notified of any change of address/telephone no. of the Policy Owner. / Adalah penting Syarikat diberi notis sekiranya ada sebarang pertukaran alamat/no.telefon Pemunya Polisi.
3. In the event of conflict between the English version and those translated into Bahasa Melayu, the English version shall prevail. / Jika terdapat sebarang konflik di antara versi Bahasa Inggeris dan Bahasa Melayu, versi Bahasa Inggeris harus mengatasinya.