

Policy No.	1)
	2)
	3)
	4)
Date Submitted / Tarikh Menghantar	..... / ..... / ..... (DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT)
Agent Code / Nombor Ejen	
Agent Name / Nama Ejen	
Agent Contact Number / Nombor Telefon Ejen	

## A INSURED'S GENERAL INFORMATION / BUTIR-BUTIR ORANG YANG DIINSURANSKAN

**Important Message :**

Ensure your email and mobile number are updated in order to receive claim notifications on a timely manner.

**Mesej Penting :**

Pastikan e-mel dan nombor telefon bimbit anda dikemas kini untuk menerima pemberitahuan tuntutan tepat pada masanya.

1. Insured / Orang yang Diinsuranskan	
2. New/Old IC/Birth Certificate/Passport No. / No. KP Baru/Lama/Sijil Kelahiran/Pasport	
3. Latest Correspondence Address / Alamat Surat Menyurat Terkini	
4. Email Address / Alamat Emel	
5. Mobile No. / No. Tel Bimbit	
6. Nationality / Kewarganegaraan	
7. Occupation / Pekerjaan	

## B PARTICULARS OF POLICYOWNER (If other than Insured Person) BUTIR BUTIR PEMUNYA POLISI (jika tidak sama dengan Orang yang Diinsuranskan)

Name / Nama	
New IC/Old IC/Passport/Co. Registration No. / No. KP Baru/KP Lama/Pasport/Pendaftaran Syarikat	
Mobile No. / No. Tel Bimbit	
Email Address / Alamat E-mel	
Current Correspondence Address / Alamat Surat Menyurat Terkini	

**IMPORTANT / PENTING:**

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



# C

## NATURE OF CLAIMS & RELATED DETAILS / JENIS TUNTUTAN DAN MAKLUMAT BERKENAAN

<p>1. Please describe fully the symptoms for which you consulted a doctor. / Sila huraikan dengan lengkap simptom penyakit yang menyebabkan anda berjumpa dengan doktor.</p>	
<p>2. (i) On what date did symptoms first commence? / Tarikh simptom mula-mula dialami?</p> <p>(ii) How long did you have the symptoms before you consulted a doctor? / Berapa lama anda mengalami simptom sebelum anda pergi berjumpa dengan doctor?</p>	
<p>3. (i) Date when you FIRST consulted a doctor for the symptoms. / Tarikh anda MULA-MULA berjumpa dengan doktor bagi simptom ini.</p> <p>(ii) State name and address of the doctor you FIRST consulted for the symptoms. / Nyatakan nama dan alamat doktor yang MULA-MULA anda berjumpa bagi simptom in.</p>	
<p>4. Please describe fully your illness or operation with exact date of diagnosis. / Sila huraikan dengan penuh penyakit dialami atau pembedahan dialami dengan tarikh sebenar diagnosis.</p>	
<p>5. Have you undergone any tests or investigations to confirm this diagnosis? If so, please give details. / Pernahkah anda menjalani sebarang ujian atau penyelidikan untuk mengesahkan diagnosis ini? Jika ada, sila berikan butiran.</p>	
<p>6. What treatment are you currently receiving? / Apakah rawatan yang anda terima pada masa ini?</p>	
<p>7. Have you previously suffered from, or received treatment for, a similar or related illness? If 'yes', please give full details. / Pernahkah anda mengidap atau menerima rawatan bagi penyakit yang sama atau penyakit berkaitan sebelum ini ? Jika ada, sila berikan butiran.</p>	

8. Details of all doctor(s) or specialist(s) who have been consulted for the similar illness:- / Butir-butir semua doktor atau pakar yang merawat anda untuk penyakit yang sama.

Date of Visit / Tarikh Rawatan	Name of Doctor / Nama Doktor	Name & Address of Hospital/Clinic / Nama & Alamat Hospital/Klinik

9. If you were treated at a hospital or similar institution for any other illness, please provide the following details: / Jika anda dirawat di hospital atau institusi seumpamanya bagi sebarang penyakit yang lain, sila berikan butiran yang berikut :

Name of Illness / Name Penyakit	Name of Doctor / Nama Doktor	Name & Address of Hospital/Clinic / Nama & Alamat Hospital/Klinik	Date of admission & discharge / Tarikh masuk & keluar

10. Please provide the name and address of your regular/family doctor for past three years. / Sila berikan nama dan alamat doktor biasa/ keluarga anda untuk tiga tahun yang berturutan.

11. Have any of your blood relatives suffered from a similar or related illness? If yes, please state: /

Pernahkah anda atau saudara darah daging anda mengidap penyakit yang sama atau yang berkaitan? Jika Ya, sila nyatakan:

Yes / Ya     No / Tidak

Relationship / Tali Persaudaraan	Nature of Illness / Keadaan Penyakit	Date of diagnosis / Tarikh diagnosis

12. Please provide full details of any other insurance policies under other insurance companies, if any. /

Sila berikan butiran lengkap mana-mana polisi insurans dengan Syarikat lain, jika ada.

Name of Insurer / Nama Penginsurans	Type of Insurance / Jenis Insurans	Sum Coverage / Jumlah Perlindungan

## D PARTICULARS OF BANK ACCOUNT FOR CLAIM PAYMENT / BUTIR-BUTIR AKAUN BANK UNTUK PEMBAYARAN TUNTUTAN

Account Holder Name / Nama Pemegang Akaun	
New IC/Old IC/Passport No/ Co. Registration No. (as per bank's records) / No. KP Baru/No KP Lama/No. Pasport (mengikut rekod bank)	
Bank Account No. / No. Akaun Bank	
Name of Bank / Nama Bank	
Account Type / Jenis Akaun	<input type="checkbox"/> Conventional / Konvensional <input type="checkbox"/> Islamic / Islamic
For Annual Income Benefit, please select option / Untuk Peruntukan Pendapatan Tahunan, sila pilih yang sesuai: <input type="checkbox"/> Direct payout to Policyowner/Assignee/Trustee / Pembayaran terus kepada Pemegang Polisi/Pemegang Serah Hak/Pemegang Amanah <input type="checkbox"/> Utilize the income benefit for future premium (subject to the income benefit equivalent to policy premium according to payment mode) / Gunakan Peruntukan Pendapatan Tahunan untuk premium masa depan (tertakluk kepada pendapatan tahunan setara dengan premium polisi mengikut mod pembayaran)	

## E DECLARATION AND AUTHORISATION / PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA

- I/We hereby declare that I/the Insured am/is not a U.S. citizen or U.S. resident or U.S. permanent alien (Green card holder) or have tax declaration obligation in USA or at least have one of the following indicia: (i) U.S. passport or U.S. resident documents (ii) U.S. tax identification number, or (iii) U.S. birth place, U.S. telephone, U.S. address at the time of application of claim.
- I/We hereby authorise and give consent to Manulife Insurance Berhad ("Manulife") to amend the personal information details disclosed in Part A and B of this form.
- I/We hereby agree and consent that the Company may collect, use, disclose and process my/our personal information set out in this form and/or otherwise provided by me/us or possessed by the Company for the purposes in relation to the insurance claim made hereto. I/We acknowledge that my/our personal data may/will be disclosed by the Company to any third party for purposes in relation to the insurance claim and that I/We have a right to get access to and request for correction of any personal information held by the Company.
- I/We hereby authorise any doctor, physician, hospital, clinic, laboratory, employers, insurance company or other organisation, institutions or persons, that have any records or knowledge of the health or medical history of the Insured to disclose to Manulife, or its representatives any and all such information.
- This declaration and authorisation shall irrevocably bind my successors and assignees and shall remain valid notwithstanding my death or incapacity and a copy of this form shall be effective and valid as the original.

- Saya/Kami dengan ini mengaku bahawa saya/Insured bukan warganegara, pemastautin atau penduduk tetap yang merupakan warga asing Amerika Syarikat (kad hijau AS), atau mempunyai kewajipan pengisytiharan cukai di Amerika Syarikat atau sekurang-kurangnya memiliki salah satu daripada senarai berikut: (i) Pasport atau pemastautin dokumen dari Amerika Syarikat (ii) Nombor Pengenalan Pembayar Cukai dari Amerika Syarikat, atau (iii) Tempat Lahir, Telefon, Alamat dari Amerika Syarikat semasa tuntutan aplikasi.
- Saya/Kami memberi kebenaran dan keizinan kepada Manulife Insurance Berhad ("Manulife") untuk membuat pindaan maklumat terhadap butiran kenalan saya seperti yang dinyatakan dalam Bahagian A dan B borang tuntutan ini.
- Saya/Kami, dengan ini bersetuju dan memberi kebenaran kepada Syarikat untuk mengumpul, mengguna, mendedah and memproses maklumat peribadi saya/kami yang terkandung dalam boring ini dan/atau dinyatakan oleh saya/kami atau dimiliki oleh Syarikat untuk tujuan berkenaan dengan tuntutan insurans di sini. Saya/Kami mengaku bahawa maklumat peribadi saya/kami mungkin/akan diberi oleh Syarikat kepada mana-mana pihak ketiga untuk tujuan berkenaan dengan tuntutan insurans ini dan bahawasanya saya/kami ada hak untuk mendapat akses dan memohon untuk pembetulan sebarang maklumat peribadi yang dipegang oleh Syarikat.
- Saya/Kami, dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana doktor, pakar perubatan, hospital, klinik, makmal, majikan, syarikat insurans atau lain-lain organisasi, institusi atau orang perseorangan yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang kesihatan insured, untuk menyediakan maklumat tersebut kepada Syarikat atau wakilnya.
- Keberanian ini akan terikat kepada pengganti hak milik dan penerima serah hak tanpa boleh ditarik balik serta kekal sah walaupun selepas saya meninggal dunia atau hilang upaya serta salinan borang ini adalah berkuat kuasa dan sah seperti asal.

Signature of Witness / Tandatangan Saksi

Name / Nama : .....

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

Date / Tarikh : .....

Mobile No. / No. Tel Bimbit : .....

Signature of Insured Person/Policyowner/Claimant /

Tandatangan Orang yang Diinsuranskan/Pemunya Polisi/Penuntut

Name / Nama : .....

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

Date / Tarikh : .....

Mobile No. / No. Tel Bimbit : .....

Complete the following if the insured's next-of-kin complete this form on behalf / Sila lengkapkan butir berikut jika borang ini diisi oleh pihak sebelah keluarga bagi pihak orang yang diinsuranskan

Relationship to Insured / Pertalian dengan Orang Yang Diinsuranskan: .....

Please provide proof of relationship / Sila sertakan bukti tentang tali perhubungan