

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 DECEASED'S DETAILS / BUTIRAN SIMATI

1. Name / Nama	
2. New/Old IC No. / No. KP Baru/Lama	
3. Last Correspondence Address / Alamat Surat Menyurat Yang Terakhir	
4. Maritus Status at Point of Death / Status Perkahwinan Semasa Kejadian Mati	<input type="checkbox"/> Single / Bujang <input type="checkbox"/> Married / Berkahwin <input type="checkbox"/> Divorced / Bercerai <input type="checkbox"/> Widow/Widower / Duda/Janda
5. Religion / Agama	<input type="checkbox"/> Muslim / Islam <input type="checkbox"/> Non-Muslim / Bukan Islam (*Muslim nominee(s) shall distribute the policy money according to Islamic Law / *Penama Muslima akan mengedarkan wang polisi mengikut Undang-undang Islam)
6. Surviving Family(ies) / Ahli Keluarga Yang Masih Ada	<input type="checkbox"/> Spouse / Suami Isteri <input type="checkbox"/> Mother / Ibu <input type="checkbox"/> Father / Bapa <input type="checkbox"/> Child(ren) / Anak-anak person(s) / orang <input type="checkbox"/> Others, please specify / Lain-lain, sila nyatakan
7. Last Occupation / Pekerjaan Terakhir	
8. Name and address of last employer / Nama dan alamat majikan terakhir	
9. When deceased last attended to his/her usual duties / Bilakah simati terakhir melakukan tugas-tugasnya yang biasa	

10. Please give details of policies taken with other insurance companies / Sila beri butir-butir polisi yang telah diambil dengan syarikat insuran lain

Name of Company / Nama Syarikat	Date of Policy / Tarikh Polisi	Face Amount / Amaun Muka



B NATURE OF CLAIMS AND RELATED DETAILS / JENIS TUNTUTAN DAN BUTIRAN BERKAITAN

1. Date and place of Death / <i>Tarikh dan Tempat Kematian</i>	(a) Date / Tarikh: / / <small>(DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT)</small> (b) Place / Tempat:
2. Cause of Death / Sebab Kematian	<input type="checkbox"/> Illness / Penyakit <input type="checkbox"/> Accident / Kemalangan
If death due to accident, please fill up the following / Jika kematian disebabkan kemalangan, sila huraikan seperti di bawah:	
• Date & time of accident / <i>Tarikh & waktu kemalangan</i>	(a) Date / Tarikh: / / (b) Time / Masa: am/pm <small>(DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT)</small>
• Exact location of accident / <i>Lokasi kemalangan sebenar</i>	
• How did the accident happened / <i>Bagaimana kemalangan berlaku</i>	
• Any police report made / <i>Ada sebarang laporan polis dibuat</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
• Any newspaper cutting / <i>Ada sebarang keratan surat khabar</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
• Any post-mortem done? If yes, please submit to us. / Bedah siasat ada dibuat? Jika ya, sila hantar kepada kami.	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
3. Date deceased first experienced symptoms of the illness / Tarikh simati mula-mula mengalami simtom penyakitnya	
4. Date deceased first consulted a doctor for the illness / Tarikh simati mula-mula mendapat rawatan doktor untuk penyakitnya	

6. Name and address of all doctors who attended to deceased during the past three years / Nama dan alamat semua doktor yang pernah merawat simati dalam jangka masa tiga tahun sebelum kematiannya

Name / Nama	Address / Alamat	Dates of Attendance / Tarikh Rawatan	Reason for Consultation / Sebab Rawatan

C CLAIMANT'S DETAILS / MAKLUMAT PIHAK YANG MENUNTUT

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. Full Name / Nama Penuh	
2. IC No./Passport No. / No. KP/No. Pasport	
3. Date of Birth / Tarikh Lahir	
4. Nationality / Kewarganegaraan	
5. Permanent Residence Address / Alamat Tetap Kediaman	Postcode / Poskod: Country / Negara:
6. Correspondence Address (if different from the above) / Alamat Surat-Menyurat (jika berbeza daripada di atas)	Postcode / Poskod: Country / Negara:
7. Mobile No. / No. Telefon Bimbit	
8. Email address / Alamat Emel	
9. Relationship with deceased / Hubungan dengan simati	

A. DECLARATION OF U.S. TAX STATUS / PERAKUAN STATUS CUKAI A.S.

1. Are you a United States citizen/resident/Permanent Resident Alien (i.e. also called U.S. green card holder)? / Adakah anda seorang warganegara, pemastautin, atau penduduk tetap yang merupakan warga asing Amerika Syarikat? (aitu apa yang dipanggil memegang kad hijau AS)? YES / YA NO / TIDAK

If YES, please submit Form W-9 of US Department of the Treasury Internal Revenue Service. A copy of Form W-9 can be obtained from the US IRS website at <http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw9.pdf>. / Jika YA, sila hantar kepada kami Borang W-9 US Department of the Treasury Internal Revenue Service. Salinan Borang W-9 boleh didapati di laman web IRS AS di <http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw9.pdf>.

2. Do you have a United States Social Security Number (SSN) or Taxpayer Identification Number (TIN), address, or telephone number? Or, were you born in the United States but you have renounced your United States citizenship? / Adakah anda mempunyai Nombor Sekuriti Sosial (SSN) atau Nombor Pengenalan Pembayar Cukai (TIN), alamat, atau nombor telefon Amerika Syarikat? Atau, adakah anda dilahirkan di Amerika Syarikat tetapi anda telah melepaskan kewarganegaraan Amerika Syarikat anda? YES / YA NO / TIDAK

If YES, please submit Form W8-BEN form of US Department of the Treasury Internal Revenue Service. A copy of Form W8-BEN can be obtained from the US IRS website at <http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw8ben.pdf>. / Jika YA, sila hantar kepada kami Borang W8-BEN US Department of the Treasury Internal Revenue Service. Salinan Borang W8-BEN boleh didapati di laman web IRS AS di <http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw8ben.pdf>.

B. DECLARATION OF TAX RESIDENCE / PERAKUAN PEMASTAUTIN CUKAI

1. Are you a tax resident(s) in any country other than Malaysia? / Adakah anda pemastautin cukai selain daripada Malaysia? YES / YA NO / TIDAK

If YES, please submit Individual Tax Residency Self-Certification Form. / Jika YA, sila hantar kepada kami Borang Pengesahan Diri Pemastautin Cukai Individu.

2. If you have foreign indicia (eg contact number, address, nationality, bank account etc) but do not have foreign tax residency, please submit the Individual Tax Residency Self-Certification Form. / Jika anda mempunyai indicia asing (contohnya nombor telefon, alamat, kewarganegaraan, akaun bank dan sebagainya) tetapi tidak mempunyai bidang kuasa mastautin asing, sila hantar kepada kami Borang Pengesahan Diri Pemastautin Cukai Individu.

D CLAIMANT'S E-BANKING DETAILS / MAKLUMAT E-PERBANKAN PIHAK YANG MENUNTUT

I authorise and request Manulife Insurance Berhad to credit the benefit payment into my bank account with the following details / Saya dengan ini memberi kuasa dan memohon Manulife Insurance Berhad mengkreditkan pembayaran faedah ke dalam akaun bank saya dengan maklumat berikut:

Bank Name / Nama Bank: Conventional /
Konvensional Islamic /
Islamik

Bank Account No. / No. Akaun Bank:

Account Holder Name / Nama Pemegang Akaun:

Account Holder IC No. (as per bank's record) /
Kad Pengenaln Pemegang Akaun (mengikut rekod bank):

E DECLARATION AND AUTHORISATION / PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA

I/We hereby declare that my/our answers above are all complete and true, to the best of my/our knowledge and belief.

I/We hereby agree and consent that Manulife Insurance Berhad ("Manulife") 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 Manulife for the purposes in relation to the insurance claim made hereto. I/We acknowledge that my/our personal data may/will be disclosed by Manulife 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 Manulife.

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 Deceased's health or medical history to provide such information to Manulife or its representatives.

Saya/Kami, dengan ini mengaku bahawa kenyataan saya/kami di atas adalah lengkap dan benar, sejauh mana yang saya/kami ketahui dan percayai.

Saya/Kami, dengan ini bersetuju dan memberi kebenaran kepada Manulife Insurance Berhad ("Manulife") untuk mengumpul, mengguna, mendedah and memproses maklumat peribadi saya/kami yang terkandung dalam boring ini dan/atau dinyatakan oleh saya/kami atau dimiliki oleh Manulife untuk tujuan berkenaan dengan tuntutan insurans di sini. Saya/Kami mengaku bahawa maklumat peribadi saya/kami mungkin/akan diberi oleh Manulife 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 Manulife.

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 simati, untuk menyediakan maklumat tersebut kepada Manulife atau wakilnya.

.....
Signature of Claimant / Tandatangan Pihak Yang Menuntut

Name / Nama :

IC No. / No. KP :

**Relationship with Deceased /
Hubungan dengan Simati** :

Date / Tarikh :

.....
Signature of Witness / Tandatangan Saksi

Name / Nama :

IC No. / No. KP :

Date / Tarikh :