

HEALTH DECLARATION FOR CHANGE OF POLICY CONDITION

PENGAKUAN KESIHATAN BAGI PERUBAHAN KEADAAN POLICY

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 ISIKAN BORANG PENGESAHAN 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 MENDEDAHKAN 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 :** _____

Application for / Permohonan Untuk:

Please tick on any box where applicable / Sila tandakan pada mana-mana kotak yang berkenaan

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Increase of Face Amount / Penambahan Amaun Muka | <input type="checkbox"/> Additional of Rider(s) / Penambahan Rider |
| <input type="checkbox"/> Review of Medical Rating or Exclusion /
Mengkaji Semula Kadar Perubatan atau Pengecualian | <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain |

INSTRUCTIONS / ARAHAN-ARAHAN

- It is necessary for policy owners to submit a signed Policy Sustainability Enquiry report together with this form for policy change for a request that will/may impact the sustainability of the policy. Otherwise, we would not be able to proceed with this request. / Adalah perlu bagi pemunya polisi untuk mengemukakan laporan Policy Sustainability Enquiry yang telah ditandatangani bersama-sama dengan borang untuk sebarang permohonan perubahan. Ini adalah kerana sebarang perubahan terhadap polisi boleh atau mungkin memberi kesan terhadap kemampuan polisi ini. Kami tidak akan meneruskan permohonan ini tanpa laporan yang sudah ditandatangani.
To obtain a Policy Sustainability Enquiry report; kindly contact your agent or call our Customer Hotline number at 1-300-13-2323. / Untuk mendapatkan laporan Policy Sustainability Enquiry, sila hubungi ejen anda atau nombor Hotline Pelanggan kami di 1-300-13-2323.**
- This form has to be completed by applicants aged 16 and above at the time of application. / Borang ini hendaklah dilengkapkan oleh pemohon yang berumur 16 tahun dan keatas pada masa permohonan.**
- Should any Payor Rider to be attached to the policy, the Policy Owner needs to complete this form in the "Policy Owner" column based on his/her own health. / Seandainya mana-mana Rider Pemunya Polisi dilampirkan kepada polisi ini, Pemunya Polisi perlu melengkapkan borang ini dalam ruangan "Pemunya Polisi" berdasarkan kesihatannya sendiri.**
- Kindly observe Company's medical limit for Additional Benefits, if applied for in this application. / Sila ambil perhatian terhadap had-had perubatan Syarikat bagi Faedah-faedah Tambahan, sekiranya dipohon dalam permohonan ini.**
- If Statement of Medical Examiner is required, it has to be completed by a qualified Medical Examiner duly appointed by the Company, at the Insured's/Policy Owner's expense. / Sekiranya Kenyataan Kepada Pemeriksa Perubatan diperlukan, ia hendaklah dilengkapkan oleh Pemeriksa Perubatan yang berkelayakan dan yang dilantik oleh Syarikat di atas perbelanjaan Orang Yang Diinsuranskan/Pemunya Polisi sendiri.**
- If you have recently done any medical examination or diagnostic test, please attach a copy of the report for our attention. / Sekiranya anda baru menjalani sebarang pemeriksaan perubatan atau ujian diagnostik, sila lampirkan salinan laporan tersebut untuk perhatian kami.**
- The Company reserves the right to require additional medical information as may be deemed necessary. All expenses for such additional information will be borne by the Insured/Policy Owner. / Syarikat mempunyai hak untuk mendapatkan maklumat perubatan tambahan sebagaimana yang difikirkan perlu. Semua perbelanjaan bagi maklumat tambahan sedemikian hendaklah ditanggung oleh Orang Yang Diinsuranskan/Pemunya Polisi.**

Version 032021



**DECLARATION BY THE INSURED/POLICY OWNER /
PENGAKUAN ORANG YANG DIINSURANSKAN/PEMUNYA POLISI**

	INSURED / ORANG YANG DIINSURANSKAN	POLICY OWNER / PEMUNYA POLISI
1. Full Name / Nama Penuh		
2. Identity Card (IC)/Birth Certificate (BC) No. / No. Kad Pengenalan (KP)/Surat Beranak (SB)		
3. (a) Present Occupation and exact duties / Pekerjaan semasa dan tugas terperinci		
(b) Employer's name and address / Nama dan alamat majikan		
(c) Present monthly income / Pendapatan bulanan semasa		

**A GENERAL QUESTIONS AND HEALTH DETAILS OF INSURED AND POLICY OWNER /
SOALAN-SOALAN AM DAN BUTIRAN KESIHATAN ORANG YANG DIINSURANSKAN DAN PEMUNYA POLISI**

	Insured / Orang Yang Diinsuranskan		Policy Owner / Pemunya Polisi	
	cm	kg	cm	kg
1. What is your present height and weight? / Apakah ketinggian dan berat badan anda sekarang?				
2. (a) Have you ever had a 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Have you ever claimed, or received payment for any sickness, accident or injury? / Pernahkah anda membuat tuntutan atau menerima bayaran untuk sebarang penyakit, kemalangan atau kecederaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Are you a member of any Military, Naval or Air Force Service? / Adakah anda seorang ahli mana-mana Perkhidmatan Tentera, Tentera Laut atau Tentera Udara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Do you take part in any hazardous leisure activity? e.g. motor racing, scuba diving, caving, mountain climbing, private flying, parachuting, hang-gliding or any other hazardous activities? Do not include one-off events such as parachute jumps for charity. / Adakah anda mengambil bahagian dalam mana-mana aktiviti masa lapang berbahaya? cth. lumba motor, penyelaman skuba, meneroka gua, mendaki gunung, penerbangan persendirian, payung terjun, luncur udara atau aktiviti berbahaya yang lain? Tidak termasuk acara sekali sahaja seperti melompat payung terjun untuk kebajikan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. (a) Do you consume alcohol? If "Yes", state your average weekly consumption of alcohol / Adakah anda mengambil alkohol? Jika "Ya", nyatakan purata pengambilan mingguan alkohol anda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) Beer / Bir	bottles/botol	bottles/botol
(ii) Wine / Wain	ml/ml	ml/ml
(iii) Liquor / Minuman Keras	shots/gelas kecil	shots/gelas kecil
(b) Have you ever been given medical advice to reduce your alcohol intake or had, or been advised to have, any form of treatment or counseling relation to your alcohol consumption / Pernahkah anda diberi nasihat perubatan untuk mengurangkan pengambilan alkohol anda atau dinasihatkan untuk untuk, apa-apa bentuk rawatan atau hubungan kaunseling kepada pengambilan alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Have you ever used illegal or recreational drugs or injected non-prescription drugs? e.g. cocaine, heroin, cannabis, ecstasy / Adakah anda pernah menggunakan dadah haram atau rekreasi atau disuntik ubat bukan preskripsi? cth. kokain, heroin, ganja, ecstasy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you smoked cigarettes within the last 12 months? / Adakah anda menghisap rokok dalam masa 12 bulan yang lepas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If "Yes", please state the quantity stick(s)/day / Jika "Ya", nyatakan batang/hari	stick(s)/day/ batang/sehari	stick(s)/day/ batang/sehari

A GENERAL QUESTIONS AND HEALTH DETAILS OF INSURED AND POLICY OWNER / SOALAN-SOALAN AM DAN BUTIRAN KESIHATAN ORANG YANG DIINSURANSKAN DAN PEMUNYA POLISI

	Insured / Orang Yang Diinsuranskan		Policy Owner / Pemunya Polisi	
	YES / YA	NO / TIDAK	YES / YA	NO / TIDAK
<p>7. Have you ever had, or been told you had, or received treatment or advice for: / <i>Pernahkah anda mengalami atau diberitahu yang anda mengalami atau menerima rawatan atau nasihat untuk:</i></p> <p>(a) Chest pain, palpitations, abnormal blood pressure, shortness of breath, heart murmur, heart attack, high cholesterol or any disorders of the heart or blood vessels? / <i>Kesakitan dada, degupan jantung yang abnormal, tekanan darah yang abnormal, sesak nafas, murmur jantung yang tidak normal, serangan penyakit jantung, tahap kolesterol tinggi atau sebarang gangguan pada jantung atau saluran darah?</i></p> <p>(b) Cancer, leukaemia, lymphoma, tumour, cyst, enlarged glands, skin lesions, skin infections or any other growth or malignancy? / <i>Kanser, leukemia, limfoma, tumor, sista, pengembangan kelenjar, penyakit dan jangkitan kulit atau sebarang ketumbuhan atau ketumbuhan yang malignan?</i></p> <p>(c) Diabetes, thyroid disorder, anaemia or any other blood or endocrine disorder? / <i>Kencing manis, gangguan kelenjar tiroid, anemia atau sebarang penyakit berkaitan dengan darah dan endokrin?</i></p> <p>(d) Persistent hoarseness or cough, asthma, bronchitis, pleurisy, tuberculosis or other respiratory disorder? / <i>Keserakan atau batuk yang berpanjangan, asma, bronkitis, inflammasi pleura, batuk kering atau sebarang penyakit berkaitan dengan pernafasan?</i></p> <p>(e) Any disorder of the stomach, small intestines, colon, rectum, liver, gall bladder or pancreas, peptic ulcers, passing of blood or mucus in the stools, jaundice, hepatitis or hepatitis carrier state? / <i>Sebarang penyakit berkaitan dengan perut, usus kecil, kolon, dubur, hati, pundi hempedu, atau pankreas, ulser peptik, berak berdarah atau berlendir, penyakit kuning, hepatitis atau pembawa hepatitis?</i></p> <p>(f) Any disease, injury to or impairment of the limbs, bones, spine, muscles, joints, eyes, ears, nose, throat, mouth or skin? / <i>Sebarang penyakit, kecederaan atau kehilangan salah satu anggota kaki atau tangan, tulang, spina, otot, sendi, mata, telinga, hidung, kerongkong, mulut atau kulit?</i></p> <p>(g) Epilepsy, stroke, recurrent dizziness or headache, fainting, paralysis, brain disorder or any other disease or disorder of the nervous system? / <i>Sawan, strok, pening-pening dan sakit kepala yang berulang, pengsan, penyakit lumpuh, gangguan pada otak atau sebarang penyakit atau gangguan berkaitan dengan sistem urat saraf?</i></p> <p>(h) Anxiety, depression, chronic fatigue, thoughts or attempts of suicide, schizophrenia or an emotional, behavioural, or nervous or mental disorder? / <i>Kegelisahan, kemuraman dan kemasyghulan, keletihan yang kronik, keinginan atau percubaan membunuh diri, skizofrenia atau sebarang gangguan emosi, kelakuan, safar atau mental?</i></p> <p>(i) Sugar, protein or blood in the urine, venereal disease or any other disorder of the kidneys, urinary system, prostate or testes (if male) or breast (if female) or reproductive organs? / <i>Gula, protin, atau darah di dalam air kencing, penyakit kelamin, atau sebarang gangguan buah pinggang, sistem urinari, kelenjar prostat atau buah zakar (jika lelaki) atau payu dara (jika perempuan) atau organ pembiakan?</i></p> <p>(j) Have you or your spouse been told to have, received any medical advise, counseling or treatment in connection with sexually transmitted disease, AIDS, AIDS Related Complex or any other AIDS related condition or a positive blood test for antibodies to the AIDS virus (HIV) or at anytime in the past 3 months had any of the following symptoms for more that one week continuously: fatigue, weight loss, diarrhoea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions? / <i>Pernahkah anda atau suami/isteri anda diberitahu menghidap, menerima sebarang nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan berhubung dengan penyakit jangkitan seks, AIDS, AIDS Related Complex atau lain-lain keadaan berkaitan AIDS atau ujian darah positif bagi antibodi terhadap virus AIDS (HIV) atau pada bila-bila masa dalam 3 bulan yang lepas mengalami sebarang simptom berikutan selama lebih satu minggu secara berterusan: kelesuan, hilang berat badan, cirit-birit, nodus limfa membesar atau lesi/luka kulti luar biasa.</i></p> <p>(k) Any other illness, disease, impairment, surgical operations or treatment not mentioned above? / <i>Sebarang penyakit, kecacatan atau pembedahan yang tidak dinyatakan di atas?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>8. Do you expect or have you been advised to have surgery, tests or investigations, including any hospital referrals? / <i>Adakah anda dijangka atau anda telah dinasihatkan untuk menjalani pembedahan, pemeriksaan atau penyiasatan, termasuk apa-apa rujukan hospital?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>9. In the PAST 5 YEARS, have you had any diagnostic tests such as X-ray, mammography, electrocardiogram, CT scanning, echo or ultrasonogram, blood or urine studies / <i>Dalam tempoh 5 TAHUN BELAKANGAN ini, anda pernah menjalani ujian diagnostic seperti sinar-X, mamografi, elektrokardiogram, imbasan CT, pantulan atau ultrasonogram, ujian darah atau air kencing?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>10 Family Medical Details / Butiran Perubatan Keluarga Has any of your immediate family members (parents or siblings) ever had heart disease, high blood pressure, stroke, cancer, familial polyposis, polycystic kidney disease, liver disease, hepatitis, thalassaemia or any other hereditary disease? / <i>Pernahkah mana-mana anggota keluarga terdekat anda (ibu bapa atau adik beradik) mengidap penyakit jantung, tekanan darah tinggi, strok, kanser, familial polyposis, penyakit buah pinggang, penyakit hepar, hepatitis, thalassemia atau sebarang penyakit keturunan?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A GENERAL QUESTIONS AND HEALTH DETAILS OF INSURED AND POLICY OWNER / SOALAN-SOALAN AM DAN BUTIRAN KESIHATAN ORANG YANG DIINSURANSKAN DAN PEMUNYA POLISI

	Insured / Orang Yang Diinsuranskan		Policy Owner / Pemunya Polisi	
	YES / YA	NO / TIDAK	YES / YA	NO / TIDAK
11. (a) Are you currently certified by a doctor as unfit for work? / Adakah anda sedang disahkan oleh doktor sebagai tidak layak untuk kerja-kerja? (b) Are you currently experiencing any symptoms or complaints for which you have not consulted a doctor? / Adakah anda sedang mengalami sebarang gejala-gejala atau aduan yang mana anda belum berjumpa doktor? (c) Are you currently awaiting, or been advised to seek, any medical or surgical consultation or follow-up? / Adakah anda sedang menunggu, atau dinasihatkan untuk mendapatkan, sebarang nasihat perubatan atau pembedahan atau lawatan susulan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Female Applicants Age 16 and Above / Pemohon Wanita yang Berusia 16 tahun dan ke atas (a) Have you ever had a pap smear which you were advised to repeat within 6 months, or was found to be abnormal? / Pernahkah anda menjalani pemeriksaan papsmear di mana anda dinasihatkan supaya mengulangi pemeriksaan dalam tempoh 6 bulan, atau didapati abnormal? (b) Have you ever had any disorder of the breast, ovary, uterus or other female organs or had any pregnancy complications? / Pernahkah anda mengalami sebarang gangguan berkaitan dengan payudara, ovari, rahim atau organ wanita yang lain, atau mengalami sebarang komplikasi kehamilan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Do you have a usual doctor? If "YES", please provide details. / Adakah anda mempunyai doktor yang tetap? **YES / YA** **NO / TIDAK**
 Jika "YA", sila berikan butiran.

	Proposed Life Insured/Insured / Pencadang Hayat/Orang Yang Diinsuranskan	Policy Owner / Pemunya Polisi
(a) Date Last Consulted / Tarikh Terakhir Berunding		
(b) Reason for Consultation / Tujuan Rundingan		
(c) Name and Address of Personal or attending Doctor/Physician / Nama dan Alamat Pakar Perubatan		
(d) Diagnosis/Result of Visit / Keputusan Lawatan		

For each "YES" from Questions 2 to 12, please identify question number and give full details including the name of condition and date occurrence, name and address of each doctor/hospital, degree and duration of illness/injury and date of recovery as appropriate, treatment or medication (type or name, duration, frequency, dosage), nature of tests done, date, results and reason tests done. / Jika ada di antara jawapan bagi soalan 2 ke 12 adalah "YA", sila berikan butiran penuh di bawah dengan menyatakan nombor soalan, jenis keadaan dan tarikh ianya berlaku, nama dan alamat setiap doktor/hospital, tahap dan tempoh sakit/kecederaan dan tarikh pulih yang mana bersesuaian, rawatan atau ubat-ubatan (jenis atau nama, jangka masa, kekerapan, dos), jenis ujian yang dilakukan, tarikh, keputusan dan sebab-sebab ujian dijalankan.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B 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 proposal that / Saya mengakui 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 permohonan ini, bahawa:-

- a) all declaration, statements, and answers in this application form or any other relevant documents completed specifically in connection with this application, that are made to the Company and Company's medical examiner/s ("Proposer's Responses"), are full, complete and true, and the Company shall decide to issue the proposed contract of insurance based on the Proposer's Responses. The Proposer's Responses will then form part of the policy contract(s) issued for the proposed insurance. I understand the Company may be entitled to take all necessary actions including actions in accordance with Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, which include rejecting to pay any claim, change the underwriting terms or terminate the coverage under the proposed contract if any of the Proposer's Responses are found to be incorrect, untrue or false. / semua perisytiharan, penyata, dan jawapan dalam borang permohonan ini atau mana-mana dokumen lain yang berkaitan siap khusus berkaitan dengan permohonan ini, yang dibuat kepada Syarikat dan pemeriksa perubatan Syarikat ("Responses Pencadang"), adalah penuh, lengkap dan benar, dan Syarikat hendaklah memutuskan untuk mengeluarkan kontrak yang dicadangkan insurans berdasarkan Responses Pencadang. Responses Pencadang ketika itu akan menjadi sebahagian daripada kontrak polisi yang dikeluarkan untuk insurans yang dicadangkan. Saya faham Syarikat berhak untuk mengambil segala tindakan yang perlu termasuk tindakan mengikut Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, yang termasuk menolak untuk membayar apa-apa tuntutan, menukar syarat-syarat pengunderaitan atau menamatkan perlindungan di bawah kontrak yang dicadangkan jika mana-mana Responses Pencadang didapati tidak betul, tidak benar atau palsu.
- b) the effective date of such change or additional supplementary contract shall be from the date of approval by the Company at its Head Office. The terms and conditions of the Incontestability and Suicide clauses, Dread Disease Benefit and other provisions in the policy shall take effect from the endorsement date. / tarikh berkuatkuasa bagi pertukaran atau penambahan kontrak tambahan tersebut, adalah dari tarikh yang diluluskan oleh Syarikat di Ibu Pejabatnya. Terma-terma dan syarat-syarat bagi fasal-fasal Ketidaktertentuan dan Bunuh Diri, Faedah Penyakit yang Amat Digeruni dan peruntukan yang lain dalam polisi ini akan berkuatkuasa semula dari Tarikh endosmen dikeluarkan.
- c) I understand that any change in my circumstances between making of this application and completion of this policy contract must be communicated in writing to the Company. / saya faham yang sebarang perubahan dalam keadaan saya di antara tempoh penyediaan permohonan ini dan penyempurnaan kontrak polisi mestilah disampaikan secara bertulis kepada pihak Syarikat.
- d) 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 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.
- e) I agree that any personal information collected or held by the Company (whether contained in this application or otherwise obtained) is provided and may be held, used, and disclosed by the Company to individuals/organisation associated with the Company or selected third party (within or outside of Malaysia, including reinsurance and claims investigation companies and industry associations/federations) for purpose of processing this application and providing subsequent service for this and other financial products and service, direct marketing, and data matching, and communicate with me for such purpose. / saya bersetuju bahawa mana-mana maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh Syarikat (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) diberikan dan boleh dipegang, digunakan, dan dinyatakan oleh Syarikat kepada individu/organisasi yang berkaitan dengan Syarikat atau mana-mana pihak ketiga yang dipilih (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk syarikat-syarikat reinsurans dan penyiasatan tuntutan dan persatuan/persekutuan industri) bagi tujuan memproses permohonan ini dan memberikan khidmat seterusnya untuk produk dan khidmat kewangan yang lain, pemasaran langsung, permadanan data, dan untuk berkomunikasi dengan saya untuk tujuan seperti itu.
- f) 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.

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 such information. A photocopy of this authorisation shall be as effective and valid as the original. / dengan ini membenarkan mana-mana doktor, hospital, klinik, syarikat insurans, atau pertubuhan, institusi atau orang perseorangan, yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan mengenai saya atau kesihatan saya, untuk mendedahkan kepada Manulife Insurance Berhad atau wakilnya sebarang maklumat sedemikian. 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 Diinsurankan

Signature of Policy Owner /
Tandatangan Pemunya Polisi

Signature of Witness / Tandatangan Saksi

Name / Nama :

IC No. / No. KP :

Tel No. / No. Tel:

DECLARATIONS BY AGENTS / PENGAKUAN OLEH EJEN

I hereby declare that, to my best belief and knowledge, the information contained in this Application is true and complete. The information is given by the Insured/Policy Owner and I have not withheld any information which might influence the acceptance of this application. I further declare that I have sighted the original NRIC/Passport/Birth Certificate of the Insured/Policy Owner and the details therein contained have been verified and authenticated by me. / Saya dengan ini mengakui sejauh mana yang saya percayai dan ketahui, maklumat yang terkandung di dalam permohonan ini adalah benar dan lengkap. Maklumat ini diberikan oleh Orang Yang Diinsuranskan/Pemunya Polisi dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat yang mungkin akan mempengaruhi penerimaan permohonan ini. Saya juga mengakui bahawa saya telah melihat KP/Pasport/Sijil Lahir asal Orang Yang Diinsuranskan/Pemunya Polisi dan maklumat yang terkandung di dalamnya telah disahkan oleh saya.

.....
Signature of Agent / Tandatangan Ejen

Name / Nama :

IC No. / No. KP :

AM/UM Short Name / Nama Singkatan AM/UM :
.....

Date / Tarikh :