

**AMENDMENT TO APPLICATION /
PEMINDAAN KEPADA PERMOHONAN
REQUEST FOR CHANGE /
PERMOHONAN UNTUK MEMBUAT PERUBAHAN
REQUEST FOR E-BANKING FACILITY /
PERMOHONAN UNTUK PERKHIDMATAN E-BANKING**

Proposed Life Insured/Insured / Pencadang Hayat/Insured: _____

Policy No. / No. Polisi: _____ IC No. / No. KP: _____

Request For / Permohonan Untuk: POS NEW BUSINESS CLAIMS

A AMENDMENT TO APPLICATION / PEMINDAAN KEPADA PERMOHONAN

I hereby request for the following amendments to be made to the application dated _____ with the understanding and agreement that this amendment to the application shall form part of the said application and the policy contract issued hereunder. I further certify that there has been no change in my condition of health, and that I have not received any medical attention, consultation or examination whatsoever, since the date of completion of the said application; and that all my answers as stated in the said application, subject to the below amendments are complete and true. / Saya dengan ini memohon supaya pemindaan-pemindaan berikut dibuat ke atas permohonan insuran saya yang bertarikh _____ dengan pemahaman dan persetujuan bahawa pemindaan kepada permohonan ini akan menjadi sebahagian daripada permohonan asal dan kontrak polisi yang akan dihasilkan di bawah permohonan tersebut. Saya juga mengesahkan bahawa tidak terdapat sebarang perubahan terhadap keadaan kesihatan saya dan saya tidak pernah menerima sebarang nasihat atau pemeriksaan perubatan semenjak tarikh penyempurnaan permohonan yang dinyatakan; dan semua jawapan yang dicatatkan di dalam permohonan yang dinyatakan, tertakluk kepada pemindaan-pemindaan di bawah adalah lengkap dan benar.

B REQUEST FOR CHANGE / PERMOHONAN UNTUK MEMBUAT PERUBAHAN

I hereby request for the following changes to be made to the above policy with the understanding and agreement that this Request For Change shall form part of the Policy Contract. / Saya, dengan ini memohon perubahan yang berikut dilakukan terhadap Polisi yang di atas dengan pemahaman dan persetujuan bahawa Permohonan Untuk Membuat Perubahan ini akan menjadi sebahagian daripada kontrak polisi tersebut:-

DETAILS OF AMENDMENT/CHANGE REQUESTED / BUTIRAN PERMOHONAN UNTUK PEMINDAAN/PERUBAHAN :

PLEASE SIGN AT THE NEXT PAGE TO COMPLETE THIS FORM / BAGI MELENGKAPKAN BORANG INI SILA TANDANTANGAN DI MUKA SURAT SEBELAH



C REQUEST FOR E-BANKING FACILITY / PERMOHONAN UNTUK PERKHIDMATAN E-BANKING

I / Saya, _____ (NRIC No. / No. Kad Pengenalan _____), the payee of the Policy No. / penerima kepada No. Polisi _____, hereby authorise and request Manulife Insurance Berhad (Manulife) to credit the benefit payment into my bank account which is provided below / dengan ini memberi kuasa dan memohon Manulife Insurance Berhad (Manulife) mengkreditkan pembayaran faedah ke dalam akaun bank saya seperti yang tertera di bawah:

Bank Account No. / No. Akaun Bank : _____

Bank Name / Nama Bank : _____
(Please specify if it is an Islamic bank / Sila nyatakan dengan jelas sekiranya ia adalah perbankan Islam)

I/C No. (as per the bank's record) / No. Kad Pengenalan (seperti dalam rekod bank): _____

Important Notes / Nota-nota Penting:

1. Epayment is not allowed for International account / E-perbankan tidak dibenarkan ke atas akaun luar negara;
2. Please ensure your account is still active to prevent any failed transaction / Sila pastikan akaun anda masih aktif untuk mengelakkan sebarang kegagalan terhadap transaksi.

I am responsible for this request based on the payment details provided herein and upon payment by Manulife to this account number, I hereby undertake to hold Manulife harmless and fully indemnified against all liability claims, demands, actions, proceedings, losses and expenses whatsoever nature or description which may be made or taken or incurred or suffered by Manulife in relation to this request. / Saya bertanggungjawab terhadap permohonan ini berdasarkan maklumat pembayaran disediakan di sini dan apabila pembayaran dibuat oleh Manulife ke nombor akaun ini, saya berjanji untuk menanggung rugi sepenuhnya terhadap semua tuntutan liabiliti, permintaan, tindakan, prosiding, kerugian dan perbelanjaan, apa jua sifat atau keterangannya, yang mungkin dibuat atau diambil atau ditanggung atau dialami oleh Manulife berhubung dengan permohonan ini.

IMPORTANT: Please fill in the Individual/Entity/Controlling Person Tax Residency Self Certification Status Form for the changes below:

PENTING: Sila isikan Borang Pengesahan Diri Pemastautin Cukai Individu/Entiti/Individu Yang Mengawal bagi perubahan-perubahan berikut:

- 1) For change in Nationality, Citizenship, Residency, or Country of Address/Contact number. / Bagi perubahan untuk Kewarganegaraan, Kerakyatan, Kediaman, atau Alamat Negara/nombor Telefon.
- 2) For transfer of ownership, the Absolute Assignment Form is also required in addition to the Tax Residency Self Certification Status Form. / Bagi pemindahan pemilikan, Borang Serahhakan Mutlak juga diperlukan sebagai tambahan kepada Borang Pengesahan Diri Pemastautin Cukai.
- 3) 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.
- 4) To obtain a Policy Sustainability Enquiry report; kindly contact your agent or call our Customer Hotline number at 1-300-13-2323. We will respond within five (5) working days of receiving the request. / Untuk mendapatkan laporan Policy Sustainability Enquiry, sila hubungi ejen anda atau nombor Hotline Pelanggan kami di 1-300-13-2323. Kami akan hubungi anda dalam tempoh lima (5) hari bekerja selepas menerima permohonan tersebut.

It is mandatory to complete the section below / Bahagian di bawah adalah wajib untuk dilengkapkan

Signed at / Ditandatangani di _____ on / pada _____ day of / haribulan _____, _____ state / negeri _____ month / bulan _____ year / tahun _____

Signature of Witness / Tandatangan Saksi

Name / Nama : _____

IC No. / No. KP : _____

Signature of Proposed Life Insured/Insured/Policyowner/Payee / Tandatangan Pencadang Hayat/Insured/Pemunya Polisi/Penerima

Name / Nama : _____

IC No. / No. KP : _____

Tel. No. / No. Tel. : _____

Signature of Witness / Tandatangan Saksi

Name / Nama : _____

IC No. / No. KP : _____

Signature of Policyowner/Assignee/Trustee/Nominee / Tandatangan Pemunya Polisi/Penerima Serahhakan/Pemegang Amanah/Penama

Name / Nama : _____

IC No. / No. KP : _____

Tel. No. / No. Tel. : _____