

TOTAL AND PERMANENT DISABILITY CLAIM - CLAIMANT'S STATEMENT
TUNTUTAN HILANG UPAYA MENYELURUH DAN KEKAL - KENYATAAN PENUNTUT

SPECIAL NOTE: IF INSURED IS UNABLE TO COMPLETE THIS FORM DUE TO PHYSICAL OR MENTAL INCOMPETENCE, THE INSURED'S NEXT-OF-KIN MAY COMPLETE IT ON HIS BEHALF.
NOTA KHAS: JIKA ORANG YANG DIINSURANSKAN TIDAK UPAYA MENGISI BORANG INI DISEBABKAN OLEH KEADAAN FIZIKAL ATAU MENTAL, PIHAK SEBELAH KELUARGA BOLEH MENGISI BAGI PIHAK ORANG YANG DIINSURANSKAN.

PARTICULARS OF POLICY / BUTIR-BUTIR POLISI

Policy No. / No. Polisi:	Agent's Code / Nombor Ejen:
Policy No. / No. Polisi:	Agent's Name / Nama Ejen:
Policy No. / No. Polisi:	Agent's Contact Number / Nombor telefon Ejen:
Policy No. / No. Polisi:	Date Submitted / Tarikh Menghantar: / / (DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT)

A INSURED'S PARTICULAR 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.

Policy Owner Name / Nama Pemunya Polisi	
Insured Name / Nama Orang Yang Diinsuranskan	
New IC/Old IC/Passport/Birth Certificate No. / No. K/P Baru/Lama/Pasport/Sijil Kelahiran	
Latest Correspondence Address / Alamat Surat Menyurat Terkini	
Email Address / Alamat Emel	
Mobile No. / No. Telefon Bimbit	
Nationality / Warganegara	
Occupation before disability / Pekerjaan sebelum hilang upaya	
Nature of work / Jenis Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Office Work / Kerja Pejabat <input type="checkbox"/> Factory / Kilang <input type="checkbox"/> Supervisory / Penyeliaan <input type="checkbox"/> Fieldwork / Kerja Lapangan <input type="checkbox"/> Sales / Jualan <input type="checkbox"/> Management / Pengurusan <input type="checkbox"/> Operating Machine / Pengendalian Mesin <input type="checkbox"/> Others, please specify / Lain-lain, sila huraikan:
Name of Employer/Business / Nama Majikan/Perniagaan	
Address of Employer/Business / Alamat Majikan/Perniagaan	

Version 012021



Contact Number of Employer/Business / <i>No. Tel Majikan/ Perniagaan</i>	
Any insurance policy with other insurer? / <i>Adakah anda mempunyai polisi dengan syarikat lain?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
If "Yes", please specify / <i>Jika "Ya", sila huraikan</i>

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. / <i>No. KP Baru/KP Lama/Pasport/Pendaftaran Syarikat</i>	
Mobile No. / No. Tel Bimbit	
Email Address / Alamat E-mel	
Current Correspondence Address / <i>Alamat Surat Menyurat Terkini</i>	

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 CLAIM NATURE AND RELATED DETAILS / JENIS TUNTUTAN DAN BUTIRAN BERKAITAN

I. Disability Information / Maklumat Hilang Upaya	
1. Date of disability / Tarikh hilang upaya / / <small>(DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT)</small>
2. Are you currently confined to / <i>Kini terlantar di</i>	<input type="checkbox"/> Bed / Katil <input type="checkbox"/> Hospital / Hospital <input type="checkbox"/> Wheelchair / Kerusi roda <input type="checkbox"/> Others, please specify / Lain-lain, sila huraikan
3. Last date of work / Tarikh terakhir kerja	
4. Date expected return to work & daily activities / <i>Tarikh dijangka kembali bekerja dan aktiviti harian</i>	
5. Date termination from employment, if any / <i>Tarikh perkhidmatan kerja ditamatkan, jika ada</i>	
Please attach letter of termination / <i>Sila lampirkan surat penamatan kerja</i>	
6. Highest level of education / <i>Tahap pendidikan tertinggi</i>	<input type="checkbox"/> Primary / Sekolah Rendah <input type="checkbox"/> Secondary / Sekolah Menengah <input type="checkbox"/> Tertiary / Pengajian Tinggi <input type="checkbox"/> Others, please specify / Lain-lain, sila huraikan

II. Total And Permanent Disability Claim Due To Accident / Tuntutan Hilang Upaya Menyeluruh Dan Kekal Disebabkan Oleh Kemalangan

1. Date & time of accident / <i>Tarikh & masa kemalangan</i> / / (DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT) am/pm	
2. Exact location of accident / <i>Lokasi sebenar kemalangan</i>	<input type="checkbox"/> House / Rumah <input type="checkbox"/> Road / Jalanraya	<input type="checkbox"/> Workplace / Tempat Kerja <input type="checkbox"/> Others, please specify in details / <i>Lain-lain, sila huraikan terperinci</i>
3. How did the accident occur? / <i>Bagaimana kemalangan berlaku?</i>	<input type="checkbox"/> Fall / Jatuh <input type="checkbox"/> Industrial accident / <i>Kemalangan industri</i>	<input type="checkbox"/> Road traffic accident / <i>Kemalangan jalan raya</i> <input type="checkbox"/> Others, please specify / <i>Lain-lain, sila huraikan</i>

III. Total And Permanent Disability Claim Due To Illness / Tuntutan Hilang Upaya Menyeluruh Dan Kekal Disebabkan Oleh Penyakit

1. What is the presented symptoms and when did it occurred? / <i>Apakah tanda-tanda penyakit dan berlaku sejak bila?</i>	
2. What is the confirmed illness/diagnosis giving rise to the disability? / <i>Apakah penyakit yang bersangkutan dengan hilang upaya?</i>	
3. First visit to doctor giving rise to the disability? / <i>Kali pertama berjumpa dengan doktor yang bersangkutan dengan hilang upaya?</i>	

IV. Claims Related Details / Butir-butir Berkaitan Dengan Tuntutan

1. Details of all doctor(s)/specialist(s) consulted due to the injury/symptom/illness/disability: /
Butir-butir semua doktor/pakar yang merawat kecederaan/tanda-tanda penyakit/penyakit/ketidakupayaan:-

Name of Doctor/Specialist/ <i>Nama Doktor/Pakar</i>	Name & Address of Hospital/Clinic/ <i>Nama dan Alamat Hospital/Klinik</i>	Date of Visit / <i>Tarikh Rawatan</i>

2. Was there any other illness/injury before this disability? / *Pernahkah anda mengalami sebarang penyakit sebelum ini?*

Yes / Ya **No / Tidak**

If "Yes", please elaborate the illness/injury in below table / *Jika "Ya", sila huraikan penyakit/kecederaan di jadual di bawah.*

Name of Illness/Injury / <i>Nama Penyakit/Kecederaan</i>	Name of Doctor/Specialist / <i>Nama Doktor/Pakar</i>	Name & Address of Hospital/Clinic / <i>Nama dan Alamat Hospital/Klinik</i>	Date of Visit / <i>Tarikh Rawatan</i>

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

Account Holder Name / <i>Nama Pemegang Akaun</i>	
New IC/Old IC/Passport No/ Co. Registration No. (as per bank's records) / <i>No. KP Baru/No KP Lama/No. Pasport</i> <i>(mengikut rekod bank)</i>	
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

E DECLARATION AND AUTHORISATION / PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) This declaration and authorisation shall irrevocably bind my successors and assignees and shall remain valid not withstanding my death or incapacity and a copy of this form shall be effective and valid as the original.

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) Kebenaran 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