

Please Complete In Block Letters / Sila Isi Dengan Huruf Besar

Application No. / No. Permohonan: _____

IMPORTANT NOTE: 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.

NOTA PENTING: ANDA DIKEHENDAKI UNTUK MENGAMBIL LANGKAH YANG SEWAJARNYA UNTUK TIDAK MEMBUAT SEBARANG SALAHNYATA APABILA MENJAWAB SETIAP SOALAN YANG DIAJUKAN OLEH KAMI, DI MANA ANDA PERLU MENJAWAB DENGAN LENGKAP DAN TEPAT DAN MENDEDAHKAN KEPADA KAMI APA-APA PERKARA YANG ANDA TAHU MENJADI RELEVAN DENGAN KEPUTUSAN KAMI SAMA ADA UNTUK MENERIMA ATAU TIDAK RISIKO DAN KADAR DAN TERMA YANG HENDAK DIPAKAI.

A PERSONAL DETAILS / BUTIRAN PERIBADI

1. Full Name / Nama Penuh

.....

2. Identity Card (IC)/ Birth Certificate (BC) No. / No. Kad Pengenalan/Surat Beranak

New / Baru | **Old / Lama**

3. Date Of Birth & Age / Tarikh Lahir & Umur

Date Of Birth / / **Age Next Birthday**

Tarikh Lahir (DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT) **Umur Akan Datang**

4. Gender / Jantina

Male / Lelaki **Female / Perempuan**

5. Race / Kaum

Malay / Melayu **Chinese / Cina** **Indian / India** **Others / Lain-lain**

6. Religion / Agama

.....

7. Nationality / Kewarganegaraan

.....

8. Occupation / Pekerjaan

.....

9. Monthly Income (RM) / Pendapatan Bulanan (RM)

.....

10. Exact Duties / Tugas Terperinci

.....

11. Nature Of Business / Jenis Perniagaan

.....

12. Residential Address / Alamat Kediaman

.....

.....

Postcode / Poskod **Country / Negara**

13. Contact details / Butiran Perhubungan

Mobile No. / Tel Bimbit: **Residential Tel No. / No. Tel Kediaman:**

Business Tel No. / No. Tel Pejabat: **Email Address / Alamat Emel:**

14. Name Of Employer / Nama Majikan

.....

15. Business Address / Alamat Perniagaan

.....

.....

Postcode / Poskod **Country / Negara**

Correspondence Address / Alamat Surat Menyurat: **Residential Address / Alamat Kediaman** **Business Address / Alamat Perniagaan**

For addresses with P.O.Box, please submit the Justification for Usage of P.O.Box form for consideration / Untuk alamat dengan P.O.Box, sila serahkan borang Justifikasi untuk Penggunaan P.O. Box untuk pertimbangan.



16. Source of Funds / Sumber-sumber Dana**(The origin and means of payment of your premiums / Hasil yang menjana pembayaran premium anda)**

*Please complete Section D, number 3. / Sila lengkapkan Seksyen D, number 3.

 Self / Diri Sendiri
 *Spouse / Pasangan
 *Parent(s) / Ibubapa
 *Others / Lain-lain Please specify / Sila nyatakan
17. Source of Wealth / Sumber-sumber Kekayaan**(The economic activity which generates your net worth / Aktiviti yang menjana kekayaan ekonomi bersih anda)**
 Employment or Business / Bekerja atau Perniagaan
 Savings / Simpanan
 Investment / Pelaburan
 Parent(s) / Ibubapa
 Inheritance / Pewarisan
 Spouse / Pasangan
 Others / Lain-lain Please specify / Sila nyatakan
B YOUR CHOICE OF PLANS / PELAN PILIHAN ANDA

Please tick (✓) on face amount applied / Sila tanda (✓) pada amaun muka

| Plan / Pelan | Plan type / Jenis Pelan | First Modal Premium (RM) / Premium Modal Pertama (RM) |
|--------------|---|---|
| ManuEZ-MED | <input type="checkbox"/> Platinum (RM 250) <input type="checkbox"/> Gold (RM 150) | For office use only / Untuk kegunaan pejabat sahaja Monthly Premium / Premium Bulanan = Annual Premium / Premium Tahunan/12 |

 Payment Mode / Cara Pembayaran:
 Yearly / Tahunan
 Monthly / Bulanan
C GENERAL QUESTIONS AND HEALTH DETAILS OF LIFE PROPOSED / SOALAN-SOALAN AM DAN BUTIRAN KESIHATAN PENCADANG HAYAT

| | cm | kg |
|--|--------------------------------------|--------------------------|
| | YES / YA | NO / TIDAK |
| 1. What is your present height and weight? / Apakah ketinggian dan berat badan anda sekarang? | | |
| 2. Have you ever been declined, postponed, charged higher than standard premium rates, or offered modified or restricted benefits for life, critical illness, disability or health insurance? / Pernahkah anda ditolak, ditangguh, dinaikkan kadarnya atau diubahsuai dalam apa cara jua untuk insuran hayat, penyakit kritikal, hilangan upaya atau kesihatan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Do you smoke? If "Yes", please state the quantity. / Adakah anda menghisap rokok? Jika "Ya", nyatakan kuantiti. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | stick(s)/day/ batang/sehari | |
| 4. In the past 5 years, have you taken medication for 7 days or more; or underwent consultation, examination or treatment by a doctor (excluding for minor ailments like a common cold, minor accidental injuries from which you have recovered or the routine health check up with normal results)? / Dalam tempoh 5 tahun yang lalu, adakah anda telah mengambil ubat selama 7 hari atau lebih; atau menjalani konsultasi, pemeriksaan atau rawatan oleh doktor (tidak termasuk penyakit kecil seperti selesema biasa, kecederaan kecil akibat kemalangan yang telah anda pulih atau pemeriksaan kesihatan rutin dengan hasil normal)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. In the past 12 months, have you been advised to be hospitalized or undergo surgery due to illness or injury? / Dalam tempoh 12 bulan yang lalu, adakah anda telah dinasihatkan untuk dimasukkan ke hospital atau menjalani pembedahan akibat penyakit atau kecederaan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C GENERAL QUESTIONS AND HEALTH DETAILS OF LIFE PROPOSED / SOALAN-SOALAN AM DAN BUTIRAN KESIHATAN PENCADANG HAYAT

6. Have you ever had, been told that you have, been treated for, or had any sign or symptoms related to the illnesses or diseases below? / Pernahkah anda diberitahu bahawa anda telah dirawat atau mempunyai sebarang tanda atau simptom yang berkaitan dengan penyakit atau penyakit di bawah?
- (a) **Cancer, pre-cancer, growth or tumour of any kind** / Kanser, pra-kanser, pertumbuhan atau tumor dalam apa jua bentuk
- (b) **Diabetes, increased blood sugar level or thyroid disorder** / Kencing manis, peningkatan paras gula dalam darah atau penyakit tiroid
- (c) **High blood pressure, chest pain, heart attack, or any other disease or disorder of heart or blood vessels (arteries or veins)** / Tekanan darah tinggi, sakit dada, serangan jantung, atau apa-apa penyakit atau gangguan jantung atau saluran darah lain (arteri atau urat)
- (d) **Stroke, transient ischemic attack (TIA), or any other disease or disorder of brain or nervous system** / Strok, serangan iskemik sementara (TIA), atau apa-apa penyakit atau gangguan otak atau sistem saraf
- (e) **Hepatitis B or C (including carrier status), cirrhosis, alcoholism, drug addiction or any other disease or disorder of liver** / Hepatitis B atau C (termasuk status pembawa), sirosis, alkoholisme, ketagihan dadah atau apa-apa penyakit atau gangguan hati yang lain
- (f) **Recurrent gastric, reflux disease, haemorrhoids, blood in stool, pancreatitis, colitis, intestinal disorder or any other disease or disorder of digestive system** / Gastrik berulang, penyakit refluks, buasir, darah dalam najis, pankreatitis, kolitis, gangguan usus atau sebarang penyakit atau gangguan sistem pencernaan yang lain
- (g) **Blood, protein or sugar in urine, or any disease or disorder of the kidney or urinary system** / darah, protein atau gula dalam air kencing, atau apa-apa penyakit atau gangguan buah pinggang atau sistem kencing
- (h) **HIV or AIDS** / HIV atau AIDS
- (i) **Pneumonia, asthma, sinusitis, bronchitis, breathing complaints, sleeping disorder, or any other disease or disorder of the respiratory system** / pneumonia, asma, sinusitis, bronkitis, aduan pernafasan, gangguan tidur, atau apa-apa penyakit atau gangguan sistem pernafasan lain
- (j) **Cataract, glaucoma, or any disease or disorder of eye** / katarak, glaukoma, atau apa-apa penyakit atau gangguan mata
- (k) **Joints or bones disorders, multiple sclerosis, fits or mental illness, terminal illness** / Sendi atau gangguan tulang, sklerosis berganda, sawan atau penyakit mental, penyakit terminal
- (l) **Breast lumps, abnormal PAP smear, fibroids, endometriosis, hormonal disorders, or any disease or disorder of the reproductive system** / Pertumbuhan payudara, PAP smear yang tidak normal, fibroid, endometriosis, gangguan hormon, atau apa-apa penyakit atau gangguan sistem pembiakan

D NOTE TO LIFE PROPOSED / NOTA KEPADA PENCADANG HAYAT

1. Proof of age of the Life Proposed is required prior to payment of benefits under the above plan(s). / Bukti umur Pencadang Hayat adalah diperlukan sebelum pembayaran faedah dibuat di bawah pelan-pelan di atas.
2. You should study the brochure and PDS in respect of the plans applied, paying particular attention to benefits which are guaranteed, benefits which are not guaranteed and the duties of the Life Proposed under the policy contract(s). / Anda seharusnya meneliti risalah dan Helaian Pendedahan Produk berkaitan dengan produk polisi hayat dengan memberi tumpuan khusus kepada faedah-faedah yang terjamin, faedah-faedah yang tidak terjamin dan tanggungjawab Pencadang hayat di bawah kontrak-kontrak polisi.
3. Please tick this box and complete the information below if the premium for this policy is to be paid by anyone other than the Policyowner or if the Policyowner is acting on behalf of a third party or if a third party has control of this contract / Sila tanda kotak ini dan lengkapkan butiran di bawah sekiranya premium untuk polisi ini akan dibayar oleh sesiapa selain daripada Pemunya polisi atau sekiranya Pemunya polisi bertindak bagi pihak ketiga atau sekiranya pihak ketiga mempunyai kawalan ke atas kontrak ini.

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| Name / Nama: | | Date of Birth (DD/MM/YYYY) / Tarikh Lahir (HH/BB/TTTT): | Nationality / Kewarganegaraan: | |
| Identity Card/Passport No. / No. Kad Pengenalan /Passpot: | | Relationship to Policyowner / Hubungan dengan Pemunya polisi: | | |
| Address / Alamat: | | Contact No. / No. Telefon: | | |
| Occupation / Pekerjaan: | Name of Employer / Nama Majikan: | Nature of Business / Jenis Perniagaan: | Monthly Income (RM) / Pendapatan Bulanan (RM): | |
| Source of Funds / Sumber-sumber Dana: | <input type="checkbox"/> Self / Diri Sendiri | <input type="checkbox"/> Spouse / Pasangan | | |
| | <input type="checkbox"/> Parent(s) / Ibumapa | <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain | Please specify / Sila nyatakan | |
| Source of Wealth / Sumber-sumber Kekayaan: | <input type="checkbox"/> Employment or Business / Bekerja atau Perniagaan | <input type="checkbox"/> Investment / Pelaburan | <input type="checkbox"/> Inheritance / Pewarisan | <input type="checkbox"/> Savings / Simpanan |
| | <input type="checkbox"/> Parent(s) / Ibumapa | <input type="checkbox"/> Spouse / Pasangan | <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain | Please specify / Sila nyatakan |

*Please provide copy of Payor's Identity Card/Passport/Business Registration. / Sila lampirkan Salinan Kad Pengenalan/Passpot/ Pendaftaran Perniagaan Pembayar.

E CUSTOMER CONSENT ON PERSONAL DATA AND PRIVACY / KEBENARAN PELANGGAN KEATAS DATA PERIBADI DAN PRIVASI

This Privacy Notice is issued pursuant to the Personal Data Protection Act 2010. / *Notis Privasi ini dikeluarkan menurut Akta Perlindungan Data Peribadi 2010.*

Information we collect and how we use it / Maklumat yang kami kumpulkan dan bagaimana kami menggunakannya

You have supplied Manulife (which means Manulife Holdings Berhad and all its subsidiary companies) with your personal information in connection with the application for any of our products and the provision of services or compliance with any laws or guidelines issued by regulatory or other authorities. These include and are not limited to details such as your name, identification number, address, phone number and email address as well as other non-public information including your financial, familial and non-familial information ("Personal Information"). Manulife may from time to time request for other Personal Information that may be relevant to consider your request for any other products or services. / *Anda telah memberikan maklumat peribadi anda kepada Manulife (yang bermaksud Manulife Holdings Berhad dan semua anak syarikatnya) berhubung dengan permohonan mana-mana produk dan penyediaan perkhidmatan kami atau untuk mematuhi mana-mana undang-undang atau garis panduan yang dikeluarkan oleh pihak berkuasa kawal selia atau pihak berkuasa lain. Ini termasuk dan tidak terhad kepada butiran seperti nama, nombor pengenalan, alamat, nombor telefon dan alamat e-mel anda dan juga maklumat bukan umum lain termasuk maklumat kewangan, keluarga dan bukan keluarga ("Maklumat Peribadi"). Dari masa ke semasa, Manulife boleh meminta Maklumat Peribadi lain yang mungkin berkaitan untuk mempertimbangkan permohonan anda bagi mana-mana produk atau perkhidmatan lain.*

The purposes for which your Personal Information are processed and/or used are as follows / Tujuan Maklumat Peribadi anda diproses dan/atau digunakan adalah seperti berikut:-

- a) **The processing of your application(s) for products and services offered by Manulife; / Memproses permohonan anda bagi produk dan perkhidmatan yang ditawarkan oleh Manulife;**
- b) **Manulife's normal operation in relation to our products, services and facilities provided, including but not limited to marketing; business/regulatory/financial/risk reporting, monitoring and management; updating and communication; product design and development; fraud or crime prevention or investigation; audit; debt collection; statistical research or analysis; seeking advice or enforcement of legal rights; ancillary purposes such as registration for facilities; / Operasi biasa Manulife berhubung dengan produk, perkhidmatan dan kemudahan yang kami sediakan, termasuk tetapi tidak terhad kepada pemasaran; pelaporan, pemantauan dan pengurusan perniagaan/pengawalseliaan/kewangan/risiko; kemas kini dan komunikasi; reka bentuk dan pembangunan produk; pencegahan atau penyiasatan penipuan atau jenayah; audit; kutipan hutang; penyelidikan atau analisis statistik; mendapatkan nasihat atau menguatkuasakan hak di bawah undang-undang; tujuan sampingan seperti pendaftaran kemudahan;**
- c) **The compliance with the requirements to make disclosure under any law or regulations binding on Manulife or any of its affiliates, representatives; and / Mematuhi keperluan untuk membuat pendedahan di bawah sebarang undang-undang atau peraturan yang berkuat kuasa ke atas Manulife atau mana-mana gabungan dan wakilnya: dan**
- d) **Other purposes directly relating to any of the above. / Tujuan-tujuan lain yang berkenaan dengan mana-mana tersebut di atas.**

All customers' information will be kept confidential. However Manulife may disclose such information to subsidiaries, associated or related companies and their respective employees, professional advisors, agents, representatives, third party service providers, suppliers and vendors. / *Semua maklumat pelanggan akan dianggap sebagai sulit. Bagaimanapun, Manulife mungkin mendedahkan maklumat tersebut kepada anak syarikat, syarikat sekutu atau syarikat berkaitan serta kakitangan, penasihat profesional, ejen, wakil penyedia perkhidmatan pihak ketiga, pembekal dan vendor masing-masing.*

You may choose not to give your consent or to limit your consent for Manulife to process and retain your Personal Information by writing in to us. If you choose not to give Manulife your consent, you can continue to interact with Manulife, but products and services may be limited. / *Anda boleh membuat pilihan untuk tidak memberikan persetujuan atau mengehadkan persetujuan untuk Manulife memproses dan menyimpan Maklumat Peribadi anda dengan menulis surat kepada kami. Jika anda membuat keputusan untuk tidak memberikan persetujuan anda kepada Manulife, anda boleh terus berinteraksi dengan Manulife, tetapi produk dan perkhidmatan yang disediakan mungkin terhad.*

Access and change requests / Akses dan permintaan perubahan

If you wish to access/change your Personal Information or withdraw consent for use of your Personal Information for direct marketing purposes, please contact Customer Service, Manulife Insurance Berhad at 03-2719 9112/MyLife_CustomerService@manulife.com / *Jika anda ingin akses/mengemaskinikan atau mengubah Maklumat Peribadi anda atau memilih keluar/memberhentikan penggunaan Maklumat Peribadi anda untuk tujuan pemasaran terus, sila hubungi Customer Service, Manulife Insurance Berhad di 03-2719 9112/ MyLife_CustomerService@manulife.com*

Inquiries and complaints / Pertanyaan dan aduan

If you have any queries or complaints relating to this Notice, you may contact Manulife's Personal Data Protection Officer at 03-2719 9228/ Personal_Data_Protection_Officer@manulife.com. / *Jika anda mempunyai sebarang pertanyaan atau aduan berkenaan dengan Notis ini, anda boleh menghubungi Pegawai Data Peribadi Manulife di 03-27199228/Email: Personal_Data_Protection_Officer@manulife.com*

Manulife may review and update this Notice from time to time. You can log on to our website or contact Manulife's Personal Data Protection Officer to obtain the latest version of this Notice. / *Manulife berhak untuk menukar Notis Privasi ini dari masa ke semasa. Anda boleh melayari laman web kami atau menghubungi Pegawai Data Peribadi Manulife untuk mendapatkan versi terkini.*

I have read and I understand and consent to the above terms. / Saya telah membaca dan saya faham dan bersetuju dengan syarat-syarat di atas.

***Please tick one / *Sila tandakan satu: /** /Saya agree / bersetuju / disagree / tidak bersetuju

that any personal information collected or held by Manulife (whether contained in this application or otherwise obtained) may be held, used and disclosed by Manulife to third parties for the purpose of marketing and promotions. / *bahawa mana-mana maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh Manulife (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh dipegang, digunakan atau dinyatakan oleh Manulife kepada mana-mana pihak ketiga untuk tujuan pemasaran dan promosi.*

F 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) I am aware that it is my pre-contractual duty of disclosure that I must exercise reasonable care not to misrepresent i.e. to give false answers/information when answering any questions asked by You and that I am to answer the questions fully and accurately/correctly; / Saya sedar bahawa adalah kewajipan pendedahan pra-kontrak saya yang saya harus berhati-hati untuk tidak memberi gambaran yang salah iaitu memberi jawapan/maklumat palsu ketika menjawab apa-apa soalan yang ditanya oleh Anda, dan bahawa saya harus menjawab semua soalan dengan lengkap dan tepat/dengan betul;
- (b) I have read and understood the contents of the application/proposal form including all warnings and notices therein and I have fully and accurately answered all the questions in the application/proposal form and the other questions asked by You, if any, after having fully read and understood the questions; / Saya telah membaca dan memahami kandungan borang permohonan/cadangan termasuk semua peringatan dan notis di dalamnya dan saya telah menjawab dengan sepenuhnya dan dengan tepat semua soalan dalam borang/cadangan permohonan dan soalan-soalan lain yang diminta oleh Anda, jika ada, selepas telah membaca dan memahami soalan;
- (c) I am aware that I must inform You of any change to the answers given in the proposal form if the change occurred after I have submitted the proposal form but before the contract is entered into; / Saya sedar bahawa saya mesti memberitahu Anda tentang apa-apa perubahan kepada jawapan yang diberikan di dalam borang cadangan ini jika perubahan tersebut berlaku selepas saya telah mengemukakan borang cadangan tetapi sebelum kontrak tersebut ditandatangani;
- (d) I fully understand that my answers and/or statements given in respect of the questions asked by You, and any other relevant documents completed by me in connection with the application/proposal and in any medical report or amendments (collectively referred to as "the information") are relevant to You in deciding whether to accept my application/proposal or not and the rates and terms to be applied; / Saya memahami dengan sepenuhnya bahawa jawapan dan/atau pernyataan yang diberikan berkenaan dengan pertanyaan yang diajukan oleh Anda, dan apa-apa dokumen lain yang berkaitan diselesaikan oleh saya berhubung dengan permohonan/cadangan ini dan dalam apa-apa laporan perubahan atau pindaan (secara kolektif dirujuk sebagai "maklumat") yang relevan untuk Anda dalam memutuskan sama ada untuk menerima permohonan/proposal saya atau tidak dan kadar dan terma yang hendak dipakai;
- (e) I am aware that if any of my answers or statements or information given by me is not accurate/correct, the policy may be avoided, my claim denied or reduced or the terms of the policy changed or varied, or the policy terminated; / Saya sedar bahawa jika apa-apa jawapan atau pernyataan saya atau maklumat yang diberikan oleh saya adalah tidak tepat/betul, polisi ini mungkin dielakkan, tuntutan saya ditolak atau dikurangkan atau terma polisi berubah atau diubah, atau polisi ditamatkan;
- (f) The insurance applied for herein shall not take effect unless and until the policy(s) is issued on this proposal and is delivered to me, and the first modal premium(s) thereon is/are actually paid in full during my lifetime; / Insurans yang dimohon tidak akan berkuatkuasa kecuali dan sehingga polisi dikeluarkan di atas cadangan ini dan dihantar kepada saya, dan premium modal pertama baginya telah benar-benar dijelaskan sepenuhnya semasa hayat saya;
- (g) The issue date of policy will be the date when the application is approved by Manulife. However, if the application is approved on 29th, 30th or 31st of the month, the issue date of the policy will be on the 28th of that month in order to facilitate the billing of the renewal premium; / Tarikh keluaran polisi akan berdasarkan tarikh di mana permohonan disahkan oleh Manulife. Sekiranya permohonan disahkan pada 29hb, 30hb atau 31hb, tarikh keluaran akan ditetapkan pada 28b untuk memudahkan pembayaran premium pembaharuan;
- (h) I am aware that if I decide not to take up the application/proposal or if this application/proposal is not accepted by You, all premiums paid will be refunded without any interest. / Saya sedar bahawa jika saya tidak menerima permohonan/cadangan ini atau jika permohonan/cadangan tidak diterima oleh Anda, semua premium yang telah dibayar akan dipulangkan tanpa sebarang faedah;
- (i) 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;
- (j) I make this application solely for myself. / Permohonan ini adalah untuk saya sendiri.

I, (Name of Proposed Life Insured) / Saya (Nama Pencadang Hayat)

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.

Dated at / Bertarikh di this / pada day of / haribulan ,
state / negeri date / tarikh month / bulan year / tahun

Signature of Proposed Life Insured / Tandatangani Pencadang Hayat

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.



Yes! I wish to pay insurance premium through recurring credit/debit card service and agree to abide by the Terms & Conditions as specified overleaf. / Ya! Saya ingin membuat pembayaran premium melalui perkhidmatan berulang kad kredit/debit dan bersetuju untuk mematuhi Syarat-syarat & Terma-terma terlampir di belakang.

Request For / Permohonan Untuk: **New Enrolment / Permohonan Baru** **Change of Card Details / Pertukaran Butiran Kad**

A PAYMENT INFORMATION / MAKLUMAT PEMBAYARAN

1. Cardholder's Name (as on I/C) / Nama Pemegang kad (seperti dalam K/P)

2. Identity Card/Passport No. / No. Kad Pengenalan/Passpot

New / Baru | Old / Lama

3. Credit Card No. / No. Kad Kredit ****Debit Card No. / **No. Kad Debit**

..... - - - Visa Master

4. Card Issuing Bank / Bank Pengisu Kad

Card Expiry Date /
 Tarikh Luput Kad mm / yy

****Debit Card / Kad Debit**

[Note: Please contact the issuing bank to OPT-IN to allow "Card-Not-Present (CNP)" transaction(s) with your Debit Card. Otherwise, the transaction(s) cannot be performed by your bank / Perhatian : Sila hubungi bank yang mengeluarkan kad debit tersebut untuk OPT-IN iaitu membenarkan "Card-Not-Present (CNP)" transaksi kad debit anda. Jika tidak transaksi tidak dapat dilaksanakan.

B PAYOR DETAILS / MAKLUMAT PEMBAYAR

Please tick this box and complete the information below if the premium for this policy is to be paid by anyone other than the Policyowner/Assignee or if the Policyowner/Assignee is acting on behalf of a third party has control of this contract. / Sila tanda kotak ini dan lengkapkan butiran di bawah sekiranya premium untuk polisi ini akan dibayar oleh sesiapa selain daripada Pemunya Polisi/Penerima Serahhakan atau sekiranya Pemunya Polisi/Penerima Serahhakan bertindak bagi pihak ketiga mempunyai kawalan ke atas kontrak ini.

1. Name / Nama

2. Date of Birth / Tarikh Lahir

..... / /
 (DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT)

3. Identity Card/Passport No. / No. Kad Pengenalan/Passpot

4. Nationality / Kewarganegaraan

5. Correspondence Address / Alamat Surat-menyurat

Postcode / Postcod Country / Negara

6. Residential Address (if different from the above) / Alamat Kediaman (jika berbeza daripada di atas)

Postcode / Postcod Country / Negara

7. Email Address / Alamat E-mel

8. Mobile No. / No. Telefon Bimbit

9. Occupation / Pekerjaan

10. Name of Employer / Nama Majikan

11. Nature of Business / Jenis Perniagaan

12. Monthly Income (RM) / Pendapatan Bulanan (RM)



B PAYOR DETAILS / MAKLUMAT PEMBAYAR

13. Source of Funds / Sumber-sumber Dana

Self / Diri Sendiri Parent(s) / Ibumapa Spouse / Pasangan Others / Lain-lain Please specify / Sila nyatakan

14. Source of Wealth / Sumber-sumber Kekayaan

Employment or Business / Bekerja atau Perniagaan Investment / Pelaburan Inheritance / Pewarisan Savings / Simpanan Parent(s) / Ibumapa
 Spouse / Pasangan Others / Lain-lain Please specify / Sila nyatakan

* Please provide copy of Payor's Identity Card/Passport/Business Registration. / Sila lampirkan Salinan Kad Pengenalan/Passpot/Pendaftaran Perniagaan Pembayar.

C PREMIUM PAYMENT INSTRUCTION / ARAHAN PEMBAYARAN PREMIUM

| Policy No. No. Polisi | Name of Insured Nama Insured | Relationship** Hubungan** | Frequency of Payment* Kekerapan Pembayaran* | Amount Amaun |
|--------------------------|---------------------------------|------------------------------|--|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

* Annual/Semi Annual/Quarterly/Monthly/One-time Payment / Tahunan/Setengah Tahun/Suku Tahun/Bulanan/Pembayaran Sekali

** Payment using Visa/Master Card is only allowed for the premium payment of the cardholder's own policy or for the policies of the cardholder's spouse, parents, grandparents, children or siblings / Pembayaran menggunakan Kad Visa/Master hanya boleh digunakan untuk bayaran premium polisi pemegang kad sendiri atau premium polisi pasangan, ibu/bapa, datuk/nenek, anak atau adik beradik

Agents are only allowed to pay for their immediate family members / Ejen hanya dibenarkan membayar untuk ahli keluarga terdekat mereka.

D NOTICE ON PERSONAL DATA AND PRIVACY / NOTIS DATA PERIBADI DAN PRIVASI

I have read the Company's Notice on Personal Data and Privacy and hereby consent to the processing of my personal data in accordance with the Company's Notice on Personal Data and Privacy as set out in the Company's website (www.manulife.com.my). / Saya telah membaca Notis Data Peribadi dan Privasi Manulife dan dengan ini memberi kebenaran untuk data peribadi saya diproses mengikut Notis Data Peribadi Manulife yang disertakan di laman web Manulife (www.manulife.com.my).

*Please tick one / *Sila tandakan satu:

I / Saya agree / bersetuju / disagree / tidak bersetuju

that any personal information collected or held by Manulife (whether contained in this form or otherwise obtained) may be held, used and disclosed by Manulife to third parties for the purpose of marketing and promotions. / bahawa mana-mana maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh Manulife (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh dipegang, digunakan atau dinyatakan oleh Manulife kepada mana-mana pihak ketiga untuk tujuan pemasaran dan promosi.

E DECLARATIONS AND AUTHORISATIONS / PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA

By completing this Enrolment Form, I hereby declare that the information given by me is true and complete. I hereby authorise the bank appointed by Manulife to debit my credit/debit card account for the premium of the policies as stated above. / Dengan melengkapkan Borang Permohonan ini, saya dengan ini mengaku bahawa semua maklumat yang diberi oleh saya adalah benar dan lengkap. Dengan ini saya membenarkan bank yang dicadangkan oleh Manulife untuk mendebitkan akaun kad kredit/debit saya bagi premium untuk polisi di atas.

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

Signature of Cardholder (as on card) /
Tandatangan Pemegang Kad (seperti dalam kad)

Signature of Policy Owner / Tandatangan Pemunya Polisi
(if other than cardholder / jika berbeza dengan Pemegang Kad)

Name / Nama:

IC No. / No. KP:

TERMS & CONDITIONS / SYARAT-SYARAT & TERMA-TERMA

- 1. The premium amount will be automatically debited to the applicant's credit/debit card account upon the transaction being successfully processed by the relevant financial institution with which the applicant hold a credit/debit card account.**

Jumlah premium akan didebitkan secara automatik daripada akaun kad kredit/debit pemohon selepas transaksi berjaya dilaksanakan oleh pihak institusi kewangan yang mengeluarkan kad kredit/debit kepada pemohon.

- 2. For new proposal payment, premium deduction will commence upon submission of the proposal for agency cases and upon approval for Bancassurance cases. Should this amount be insufficient, the applicant hereby authorises Manulife to deduct the balance of the premium required with credit/debit card.**

Untuk pembayaran pertama permohonan, pendebitan premium akan bermula apabila permohonan polisi diserahkan bagi kes agensi manakala bagi kes Bancassurance, pendebitan premium bermula selepas permohonan polisi telah disahkan. Sekiranya amaun tersebut tidak mencukupi, dengan ini pemohon memberi kuasa kepada Manulife untuk mendebitkan baki premium yang dikehendaki melalui kad kredit/debit.

- 3. Manulife is under no obligation to honour any Premium Payment Instruction unless there is sufficient available credit limit/funds in the credit/debit card account at the time of effecting payment.**

Manulife tidak mempunyai hak untuk melaksanakan sebarang Arahan Kad kredit/Debit melainkan terdapat baki yang mencukupi di dalam akaun pemohon semasa pembayaran dibuat.

- 4. The Premium Payment Instruction shall be applicable to first year premium and/or any subsequent renewal premium except for single payment or unless the applicant terminates the service mentioned hereunder by giving 14 working days notices in writing.**

Arahan Pembayaran Premium ini hendaklah terpakai kepada premium tahun pertama dan/atau premium pembaharuan berikutnya kecuali bayaran tunggal atau pemohon menamatkan perkhidmatan ini dengan memberikan 14 hari bekerja dari notis bertulis.

- 5. The applicant must inform Manulife in writing of changes to the credit/debit card account numbers, including new account numbers issued under "lost card" or "conversion", termination or cancellation of credit/debit card account and changes at least 14 working days before the next premium due date.**

Pemohon mesti memberitahu Manulife secara bertulis mengenai pertukaran nombor akaun kad kredit/debit termasuklah nombor akaun kad kredit/debit yang baru disebabkan oleh "kad hilang" atau "pertukaran", penamatan atau pembatalan dan pertukaran atau pembaharuan tarikh tamat kad kredit/debit sekurang-kurangnya 14 hari bekerja sebelum pembayaran premium yang seterusnya.

- 6. The applicant agrees that Manulife shall be entitled to impose charges as deemed appropriate for providing the service mentioned hereunder with prior notice to the applicant.**

Pemohon bersetuju bahawa Manulife berhak untuk mengenakan bayaran yang sesuai bagi penyediaan perkhidmatan yang dinyatakan dengan memberi notis terdahulu kepada pemohon.

- 7. Manulife reserves the rights to vary change or amend the Terms and Conditions and determine the arrangement for the service provided hereunder at its discretion.**

Manulife berhak meminda, menukar atau menambah kandungan Syarat-syarat dan Terma-terma dan menentukan pengaturan berhubung dengan perkhidmatan ini atas budibicaranya.

- 8. Manulife shall not be responsible or liable for any claim, loss, damage, cost and expenses arising from the unsuccessful processing of the charging of premium or remittance for any reason whatsoever, including but not limited to malfunction of system, electricity failure, inaccurate or insufficient information being supplied by the applicant.**

Manulife tidak akan bertanggungjawab atau dipersalahkan atas apa-apa tuntutan, kehilangan, kerosakan, kos dan perbelanjaan yang timbul daripada proses pendebitan yang tidak berjaya terhadap bayaran premium yang dikenakan atau pemindahan wang untuk apa-apa sebab sekalipun, termasuk tetapi tidak terhad kepada kerosakan sistem, putus bekalan elektrik, menerima maklumat yang tidak tepat atau tidak lengkap daripada pemohon.

- 9. Notwithstanding clause 4 above, Manulife may at any time and from time to time without prior notice withdraw from providing the service mentioned hereunder at any time without assigning any reasons therefore and shall not be held liable for any loss of damage which may be suffered by the applicant as a result of such action by Manulife Insurance.**

Meskipun klausa 4 di atas, Manulife boleh menarik diri daripada memberikan perkhidmatan ini pada bila-bila masa tanpa memberi sebarang notis dan dengan itu tidak akan dipertanggungjawabkan untuk sebarang kehilangan atau kerosakan yang mungkin ditanggung oleh pemohon akibat tindakan Manulife Insurance tersebut.

- 10. Receipts will not be issued for premium payments made through Credit/Debit Card. The applicant needs to refer to their Visa/Master Credit / Debit Card Statement for confirmation of payments.**

Tiada resit akan dikeluarkan untuk pembayaran premium melalui kad kredit/debit. Pemohon perlu merujuk kepada penyata kad kredit/debit Visa/Master sebagai bukti pembayaran.