

**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.**

**Policy No. /**

No. Polisi: \_\_\_\_\_

**Policy Owner's Name /**

Nama Pemunya Polisi: \_\_\_\_\_

**Insured's Name /**

Nama orang yang Diinsuranskan: \_\_\_\_\_

**Policy Owner's Mobile No. /**

Tel. Bimbit Pemunya Polisi: \_\_\_\_\_

**Insured's IC No. /**

No. KP orang yang Diinsuranskan: \_\_\_\_\_

**Policy Owner's E-mail /**

E-mel Pemunya Polisi: \_\_\_\_\_

**If Insured's IC No. is different from application form, please submit insured's copy of IC. / Jika No. KP orang yang Diinsuranskan berbeza daripada cadangan, sila hantar salinan Kad pengenalan untuk orang yang Diinsuranskan.**

**The email address and mobile no. in our records will be updated to the ones provided above, if applicable. / Alamat e-mel dan tel. bimbit dalam rekod kami akan dikemas kini kepada yang diberikan di atas, jika berkenaan.**

**Only applicable for ManuHealth Elite and Manulife Health Cover Ordinary Life plan /**

Hanya terpakai untuk pelan ManuHealth Elite dan Manulife Health Cover Ordinary Life

☐ **I hereby agree to terminate my existing Ordinary Life Plan for conversion to the New Investment Link Plan. / Saya dengan ini bersetuju untuk menamatkan Pelan Hayat Biasa saya bagi penukaran kepada Pelan Pelaburan Baru.**

**I would like to convert my existing plan to Manulife Health Saver Enrich (MHSE) and agree to cancel the Hospitalisation Benefit (HB) rider, (if any). / Saya ingin menukar pelan sedia ada saya kepada Manulife Health Saver Enrich (MHSE) dan bersetuju membatalkan Hospitalisation Benefit (HB) rider, jika berkenaan.**

**The following selection is mandatory and must be completed / Pilihan berikut adalah wajib dan mesti dilengkapkan.**

**1. Deduction Option / Pilihan Deduktibel:**☐

RM500

☐

RM1,000

☐

RM5,000

☐

RM10,000

**2. Plan Option / Pilihan Pelan:**☐**MHSE Plan 200 - Applicable for existing plan 100/150/200 / Pelan MHSE 200 - Terpakai untuk pelan sedia ada 100/150/200.**☐**MHSE Plan 300 - Applicable for existing plan 250 / Pelan MHSE 300 - Hanya terpakai jika pelan sedia ada adalah 250.**☐**MHSE Plan 1000 - Only applicable if existing plan as charge / Pelan MHSE 1000 - Hanya terpakai jika pelan sedia ada adalah berasaskan caj.****Optional / Pilihan:**☐**Increase Basic Plan Insurance Premium /**  
Penambahan Premium Insurans Pelan Asas:

RM \_\_\_\_\_

☐**Add Regular top-up Premium /**  
Tambah Top Up Premium Biasa:

RM \_\_\_\_\_

**For Conversion of Existing Policy / Bagi Penukaran pada Polisi Sedia Ada:**

- If there's any reduction in premium request, 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. / Jika terdapat sebarang permintaan pengurangan premium, 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. 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.**

**DECLARATION / PENGAKUAN**

**I declare that I understand and agree to the following / Saya menyatakan bahawa saya memahami dan bersetuju kepada berikut:**

- All existing loading and exclusion clause (if any) in the existing medical plan will be carried forward to the new medical plan; and / Semua klausa bebanan dan pengecualian sedia ada (jika ada) akan dibawa ke hadapan ke dalam pelan perubatan baru; dan**
- The applicable waiting period, exclusion period and contestable period will start from the policy date or reinstatement date of the existing medical plan, whichever is later; and / Tempoh menunggu, tempoh pengecualian dan tempoh boleh dipertikaikan hendaklah bermula dari tarikh polisi atau tarikh pengembalian semula pelan perubatan sedia ada, yang mana kemudian; dan**
- The annual limit for the first policy year of the new medical plan will be reduced by the total benefits paid to the covered member by Manulife during the existing medical plan's current policy year, if any; and / Had tahunan bagi tahun polisi pertama pelan perubatan baru akan dikurangkan oleh jumlah manfaat yang telah dibayar oleh Manulife kepada ahli yang dilindungi pada tahun polisi semasa pelan perubatan sedia ada, jika ada; dan**



DECLARATION / PENGAKUAN

4. The existing medical plan will be terminated once the new medical plan is issued; and / Pelan perubatan sedia ada akan ditamatkan selepas pelan perubatan baru dikeluarkan; dan
5. For those on a premium holiday, at least 2 months' premium for monthly mode or 1 modal premium for other modes must be paid. All premiums due must be paid in full, and any increase in premium after the upgrade must be settled before it takes effect. I agree to Manulife charging the outstanding and difference in premiums to my credit card, if applicable / Bagi mereka yang mengambil cuti premium, sekurang-kurangnya 2 bulan premium untuk mod bulanan atau 1 premium modal untuk mod lain mesti dibayar. Semua Premium Perlu Dibayar mesti dibayar penuh, dan jika ada tambahan premium setelah pertukaran, jumlah perbezaan mesti diselesaikan sebelum pertukaran berlaku. Saya setuju dengan Manulife membilkan premium perlu dibayar dan perbezaan premium ke dalam kad kredit saya, jika ada.
6. All unused premiums for existing medical plan (if any) will be refunded, unless otherwise specified. / Semua premium yang tidak terpakai untuk pelan perubatan sedia ada (jika ada) akan dikembalikan, melainkan jika dinyatakan.

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

IMPORTANT NOTE / NOTA PENTING

1. Payment will be made via ePayment. Please fill the bank account details as below and ensure all information is complete and accurate to avoids delays in payment. / Pembayaran akan dibuat melalui e-Perbankan. Sila isikan maklumat akaun bank di bawah dan pastikan semua maklumat adalah lengkap dan tepat untuk mengelakkan kelewatan dalam pembayaran.
2. Eypayment is not allowed for Overseas bank account / E-perbankan tidak dibenarkan keatas akaun bank di luar negara;
3. Please ensure your account is still active to avoid failure to the transaction. / Sila pastikan akaun anda masih aktif untuk mengelakkan kegagalan terhadap transaksi ini.

BANK ACCOUNT DETAILS / MAKLUMAT AKAUN BANK:

Payee's Name / Nama Penerima	
Identity Card No. (as per the bank's record) / No. Kad Pengenalan (Seperti dalam rekod bank)	
Bank Account No. / No. Akaun Bank	
Bank Name / Nama Bank	
Account Type / Jenis Akaun	<input type="checkbox"/> Islamic / Islamik <input type="checkbox"/> Conventional / Konvensional

DECLARATIONS AND AUTHORISATIONS / PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA

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.

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

The personal data set out in this form and/or otherwise provided by you will be used in accordance with the Notice on Personal Data and Privacy. The Notice on Personal Data and Privacy, which is published on [www.manulife.com.my](http://www.manulife.com.my), explains the purpose of data collection, the persons to whom your data may be transferred, your right to access and correct your data, and how you may contact our Data Protection Officer. / Data Peribadi yang dinyatakan dalam borang ini dan/ atau diberikan oleh anda akan digunakan mengikut Notis Data Peribadi dan Privasi. Notis Data Peribadi yang diterbitkan di [www.manulife.com.my](http://www.manulife.com.my), menerangkan tujuan pengumpulan data, kepada siapa data akan dipindahkan, hak anda untuk mengakses dan meminda data anda, dan bagaimana anda boleh menghubungi Pegawai Perlindungan Data kami.

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

Signature of Policy Owner/Assignee / Tandatangan Pemunya Polisi/ Penerima Serahhakan	Signature of Trustee / Tandatangan Pemegang Amanah	Signature of Witness / Tandatangan Saksi
Name / Nama : .....	Name / Nama : .....	Name / Nama : .....
IC No. / No. KP : .....	IC No. / No. KP : .....	IC No. / No. KP : .....
		Tel No. / No. Tel : .....

Note / Nota:

1. Signature of the Policy Owner/Assignee/Trustee should be the same as our records and witnessed by a third party with no insurable interest. / Tandatangan Pemunya Polisi/Penerima Serahhakan/Pemegang Amanah seharusnya sama seperti rekod kami dan disaksikan oleh pihak ketiga yang tidak mempunyai kepentingan.
2. It is important that the Company is notified of any change of address/telephone no. of the Policy Owner. / Adalah penting Syarikat diberi notis sekiranya ada sebarang pertukaran alamat/No.telefon Pemunya Polisi.