

BORANG TUNTUTAN FAEDAH SEMASA HAYAT BAGI POLISI BERKELOMPOK LIVING ASSURANCE CLAIM FORM FOR GROUP POLICY

Tiada tanggungan diakui dengan mengeluarkan borang ini / No liability is admitted by issuing this form

Borang ini harus dilengkapkan oleh Pemunya Polisi / pihak yang menuntut / *This form is to be completed by the Policy Owner/ claimant.*

1. BUTIR – BUTIR PERIBADI / PERSONAL PARTICULARS	
(a) No. Polisi : <i>Policy No :</i> Nama Pemunya Polisi. <i>Name of Policy Owner.</i>	
Orang Yang Mengalami Penyakit Kritikal. <i>Person Suffered The Dread Disease.</i> (b) Nama Hayat Diinsuranskan. <i>Name of Life Assured.</i>	
(c) No. Kad Pengenalan Lama / <i>Old : NRIC</i> Baru /	
(d) Tarikh Lahir : <i>Date Of Birth :</i>	
(e) Alamat : <i>Address :</i>	
(f) No Telefon : <i>Phone No :</i>	
(g) Pekerjaan : <i>Occupation:</i>	
(h) Alamat e-mel : <i>Email address :</i>	
2. JENIS PENYAKIT / KECEDERAAN & BUTIR – BUTIR BERKAITAN / NATURE OF CLAIM & RELATED DETAILS	
(a) Nyatakan penyakit / kecederaan bagi Hayat Diinsuranskan tuntutan ini	
(b) Terangkan simptom penyakit tersebut <i>Describe the symptoms of the disease</i>	
(b) Tarikh pertama kali Hayat Diinsuranskan mengalami simptom tersebut <i>Date when Life Assured first experience the symptoms</i>	
(d) Nama dan alamat doktor yang pertama kali merawat atau menasihati Hayat Diinsuranskan bagi penyakit / kecederaan tersebut <i>The name and the address of the doctor first consulted Life Assured</i>	
(e) Tarikh pertama kali menerima rawatan atau nasihat doktor <i>Date of first consultation</i>	
(f) Nama dan alamat doktor yang selalu merawat Hayat Diinsuranskan <i>The name and address of attending doctor</i>	

3. REKOD RAWATAN PERUBATAN / KEMASUKAN HOSPITAL / RECORD OF MEDICAL CONSULTATION / HOSPITALIZATION	
(a) Sila berikan butir-butir sebarang doktor lain yang telah merawat atau menasihati Hayat Diinsuranskan bagi penyakit / kecederaan di atas ataupun penyakit lain <i>Please give details of any other doctor(s) whom have consulted Life Assured in connection with this illness / injury or any other illness</i>	
(b) Sila berikan butir-butir ujian pakar /makmal sebelum penyakit dikenalpasti (Contoh: ECG, ujian sinar X, ujian darah, ujian air kencing) <i>Give details of any specialist/laboratory tests undergone prior to the onset of the present problem (eg. ECG's, x-ray, blood test, urine tests lipid profile)</i>	
4. AM / GENERAL	
(a) Adakah ahli keluarga Hayat Diinsuranskan menghadapi penyakit yang sama atau berkaitan? Jika ya, sila nyatakan <i>Has any of Life Assured blood relatives suffered from a similar or related illness? If yes, please state</i> i) Pertalian persaudaraan / <i>Relationship of relative</i> ii) Jenis penyakit / <i>Nature of illness</i> iii) Tarikh penyakit didiagnosa / <i>Date of illness diagnosed</i>	
(b) Pernahkah Hayat Diinsuranskan mengalami atau menerima rawatan bagi penyakit / kecederaan yang sama atau berkaitan? Jika ya, sila nyatakan secara terperinci. <i>Have Life Assured previously suffered from, or received treatment for a similar or related illness / injury? If yes, please give full detail</i>	
(c) Adakah Hayat Diinsuranskan membuat apa-apa tuntutan daripada syarikat insuran yang lain atau sumber yang lain berkaitan penyakit ini? Jika ya, sila nyatakan <i>Are Life Assured claiming from any other insurance company or other sources in respect of this illness? If yes, please state</i> i) Nama syarikat insuran / <i>Name of insurer / co</i> ii) Jumlah tuntutan / <i>Amount claimed</i> iii) No. Polisi / <i>Policy No</i>	

Kebenaran/Pemberian Hak / Authorization

Saya dengan ini mengaku bahawa segala butir-butir jawapan di atas adalah benar dan saya bertanggungjawab terhadap jawapan tersebut sama ada ditulis oleh saya atau orang lain bagi pihak saya.

Saya/kami, yang bertandatangan di bawah, dengan ini membenarkan mana-mana organisasi, institusi atau individu yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang kesihatan dan latar belakang perubatan atau nasihat perubatan saya/ hayat yang diinsuranskan, dan telah atau mungkin kemudian dari ini dirujuk untuk mendedahkan segala maklumat tersebut kepada MCIS INSURANCE BERHAD atau wakilnya. Saya bersetuju membenarkan MCIS INSURANCE BERHAD atau wakilnya untuk mengguna dan mendedahkan sebarang maklumat yang dikumpul atau dipegang oleh Syarikat kepada perseorangan/sebarang organisasi yang berhubung dan berkaitan dengan Syarikat atau sebarang pihak ketiga (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk institusi perubatan, penginsurans semula, penyelaras tuntutan / penyiasat, peguam, persatuan industri, pengawal selia, badan-badan berkanun, pihak berkuasa kerajaan dan agensi pelaporan kredit) bagi tujuan proses tuntutan insuran. Salinan pengesahan ini adalah sah seperti yang asal.

I hereby declare that the foregoing answers are true. I accept full responsibility for these answers whether they were written by me or by someone else on my behalf. I/We The undersigned(s) hereby irrevocably authorize any organization, institution, or individual that has any records or knowledge of my/life assured health and medical history or treatment or advise and that has been or may hereafter be consulted to disclose to MCIS Insurance Berhad or its representative such information. I/WE agree that MCIS Insurance Berhad or its representative may use and disclose any of the information collected or held by the Company to individuals/organizations related to and associated with the Company to individuals/organizations related to and associated with the Company or any selected third parties (within or outside Malaysia, including medical institutions, reinsurers, claim adjusters / investigators, solicitors, industry associations, regulators, statutory bodies, government authorities and credit reporting agencies) for the purpose of processing the claim.

This authorization shall bind my/our successors and assigns and remain valid notwithstanding my/our/life assured death or incapacity in so far as legally possible. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

.....
Tandatangan Pemunya Polisi
For & on behalf of Policyholder

Nama :
Name :

Policyholder's Stamp :

.....
Tarikh/Date :

.....
Tandatangan Penuntut
Signature of Claimant

Nama :
Name :

No K/P
I/C No :

(Jika tuntutan bayar kepada orang lain daripada pemunya polisi)
(If proceed is payable to other than the Policyholder

.....
Tandatangan Saksi
Signature of Witness

Nama :
Name :

No K/P
I/C No :

BORANG E_BAYARAN / e_PAYMENT APPLICATION FORM

(PENTING: TULIS DALAM HURUF BESAR/CETAK DENGAN JELAS) / (IMPORTANT: WRITE IN BLOCK/PRINT CLEARLY)

Kepada / To: **MCIS INSURANCE BERHAD**PER/ RE : **NO POLISI / POLICY NO:** _____

Saya mengizinkan/ memberi kebenaran MCIS INSURANCE BERHAD (merujuk kepada MCIS LIFE) mengkreditkan bayaran insurans saya ke akaun bank seperti yang dinyatakan dibawah:-

I hereby allow/ give consent that payment(s) due to me by MCIS INSURANCE BERHAD (hereafter referred to as MCIS LIFE) on the abovementioned policy be credited to my bank account as stated below and confirm that :-

1. Saya mengizinkan MCIS LIFE memberi data peribadi saya kepada pihak bank untuk memudahkan pembayaran insurans.
I give consent to MCIS LIFE releasing the below data to its banker in order to facilitate the payment(s).
2. Saya mengesahkan bahawa maklumat yang dinyatakan oleh saya adalah benar dan tepat. Sekiranya terdapat percanggahan maklumat, pembayaran akan ditangguhkan. Sila berikan butiran akaun bank yang tepat untuk mengelakkan pengkreditan pembayaran yang tidak tepat
I confirm the information provide herein are true and accurate and in the event I have made an error or omission, I understand the payment will be delayed. Please provide the accurate bank account details to avoid any inaccuracy of crediting the said payment
3. Permintaan saya ini tidak boleh dibatalkan tanpa persetujuan MCIS LIFE. MCIS LIFE boleh pada bila-bila masa menukar cara pembayaran kepada saya dengan kaedah lain.
My request herein shall be irrevocable without the consent of MCIS LIFE. MCIS LIFE may at any time in its absolute discretion effect payment(s) to me by other methods.
4. Pilihan akaun bank dan butiran diri saya adalah seperti dinyatakan di bawah.
My preferred bank account and contact details are as stated below.

Nama Bank/ *Bank Name* : _____No Akaun Bank/ *Bank Account No* :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No. Identiti seperti di Akaun Bank/
Identity No. as per bank A/C : _____No Telefon Bimbit/ *Mobile Phone No.* : _____Alamat E-mel/ *E-mail Address* : _____Nama/ *Name* : _____Tarikh/ *Date* : _____Tandatangan Pemegang Polisi/ Penuntut
*Policyowner / Claimant Signature*Pilihan dikenakan kepada/
Option apply to : Semua Polisi/
All Policies Polisi Semasa/
Current Policy

Senarai adalah untuk rujukan sahaja. Bank lain (dalam Malaysia) yang tiada dalam senarai atas akan diterima. / *Bank Listed above are for reference only. Other banks (in Malaysia) not listed are acceptable.*

SENARAI BANK DAN BUTIRAN RUJUKAN / LIST OF BANKS AND DETAILS FOR REFERENCE			
Nama Bank / <i>Bank Name</i>	Angka Digit	Nama Bank / <i>Bank Name</i>	Angka Digit
Affin Bank Bhd / Affin Islamic Bank Bhd	12	Agro Bank/Bank Pertanian	16
AmBank (M) Bhd / Amlslamic Bank Bhd	13	Al Rajhi Bank	15
Alliance Bank Malaysia / Alliance Islamic Bank Bhd	15	Bank Islam Malaysia	14
Bank Kerjasama Rakyat	12	Bank Muamalat Malaysia	14
Bank Simpanan National	16	CIMB Bank / CIMB Islamic Bank Berhad	14/10
Citibank Berhad	10	Hong Leong Bank / Hong Leong Islamic Bank Berhad	11
HSBC Bank / HSBC Amanah Malaysia Berhad	12	Kuwait Finance House	12
Maybank Bhd / Maybank Islamic Bhd	12	OCBC Bank Malaysia / OCBC Al-Amin Bank Berhad	10
Public Bank Bhd / Public Islamic Bank Bhd	10	RHB Bank Bhd / RHB Islamic Bank Bhd	14
Standard Chartered Bank / Standard Chartered Saadiq Berhad	12	United Oversea Bank	11