

PERSONAL DATA PROTECTION ACT (PDPA) 2010
(AUTHORIZATION FORM)

Date: _____(DD)/_____(MM)/20____

I, _____(Authorized Person) confirm for and on behalf of
_____(Company Name) _____(Policy No.)
on the following:

- I have the authority to make the request for the personal data as annexed to this Authorization Form.
- I represent and warrant that I have the right to collect and process personal data of the data subject, and have obtained the necessary consent(s) and provided notice to the relevant data subject(s) in respect of his or her personal data.
- I will not hold MCIS Insurance Berhad (hereafter referred to as “MCIS Life”) or any of its staff responsible for the disclosure of the personal data.
- I will not involve MCIS Life or refer to the information obtained from MCIS Life in my dealings with the data subject, including any investigation that I may conduct into the affairs of the data subject.
- I will not use the information obtained from MCIS Life for any action to be taken against the data subject.
- I agree to hold harmless and indemnify MCIS Life, its employees and affiliated companies from all losses, damages, claims and liabilities suffered in respect of MCIS Life’s disclosure of the personal data to me.
- I will, upon MCIS Life’s request, immediately return or destroy all personal data received from MCIS Life in either machine readable or tangible forms. If required by MCIS Life, I will issue a written declaration to MCIS Life stating the date and means of such destruction.
- I confirm that I have read and fully understand this Authorization Form and by signing below, I agree to be bound by this Authorization Form.

Thank you,

Name of Authorized Personnel:

Designation:

E-Mail address:

AKTA PERLINDUNGAN DATA PERIBADI (APDP) 2010
(BORANG KUASA)

Tarikh: _____(HH)/_____(BB) /20____

Saya, _____(Wakil Berkuasa) mengesahkan untuk dan bagi pihak
_____(Nama Syarikat) _____(No. Polisi)
seperti yang berikut:

- Saya mempunyai kuasa untuk membuat permohonan ke atas data peribadi seperti yang dilampirkan pada Borang Kuasa ini.
- Saya mewakili dan menjamin bahawa saya mempunyai hak untuk mengumpul dan memproses data peribadi subjek, dan telah mendapat persetujuan yang diperlukan dan memberikan notis kepada subjek data yang berkaitan berkenaan dengan data peribadi mereka.
- Saya tidak akan menyalahkan MCIS Insurance Berhad (selepas ini dirujuk sebagai "MCIS Life") atau mana-mana kakitangannya bertanggungjawab untuk apa-apa pendedahan data peribadi.
- Saya tidak akan melibatkan MCIS Life atau merujuk kepada maklumat yang diperolehi daripada MCIS Life dalam urusan saya dengan subjek data, termasuk apa-apa penyiasatan yang saya jalankan mengenai hal ehwal subjek data.
- Saya tidak akan menggunakan maklumat yang diperolehi daripada MCIS Life untuk sebarang tindakan yang akan diambil terhadap subjek data.
- Saya bersetuju untuk tanggung rugi pada MCIS Life, pekerja dan syarikat gabungannya dari semua kerugian, ganti rugi, tuntutan dan liabiliti yang dialami berhubung pendedahan MCIS Life terhadap data peribadi kepada saya.
- Saya akan, atas permintaan MCIS Life, segera kembalikan atau musnahkan semua data peribadi yang diterima dari MCIS Life sama ada dalam bentuk mesin boleh dibaca atau nyata. Jika diperlukan oleh MCIS Life, saya akan mengeluarkan perisytiharan bertulis kepada MCIS Life menyatakan tarikh dan cara pemusnahan tersebut.
- Saya mengesahkan bahawa saya telah membaca dan memahami sepenuhnya Borang Kuasa ini dan dengan menandatangani di bawah, saya bersetuju untuk terikat dengan Borang Kuasa ini.

Terima kasih,

Nama Wakil Berkuasa:

Jawatan:

Alamat E-mel:

