

**BORANG TUNTUTAN KEMATIAN / DEATH CLAIM FORM****Bahagian A / Part A****Arahan / Instruction**

- Borang tuntutan ini adalah diberi dengan percuma dan tiada komisen harus diberikan kepada mana-mana agen, wakil atau kakitangan MCIS Insurance Berhad dalam mengendalikan tuntutan ini  
*This claim form is given free of charge and no commission is payable to any agent, representative or employee of MCIS Insurance Berhad with regard to the processing of the claim*
- Penerimaan borang tuntutan ini tidak dianggap sebagaiakuan tanggungan  
*Acceptance of this claim form will not constitute an admission of liability*

**Dokumen sokongan yang diperlukan adalah / Supporting documents required are:-**

- Bukti Pertalian  
(Penamaan oleh pemegang polisi bukan beragama Islam di bawah seksyen 130 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 Jadual 10 akan mewujudkan suatu amanah yang berpihak kepada penama, sekiranya penama-penama tersebut adalah suami / isteri, anak atau ibubapa. Penama bagi seorang pemegang polisi yang beragama Islam perlu mengagihkan wang tersebut berdasarkan Undang-undang Islam)  
*Proof of Relationship*  
*(A nomination by a non-muslim policyowner under section 130 of the Financial Service Act 2013 Schedule 10, shall create a trust in favour of the nominee(s) if they are his / her spouse, child or parent. A nominee of a Muslim policyowner upon receipt of policy money shall distribute the policy money in accordance with Islamic Law)*
- Perjanjian Penyerahan Hak asal / *Original Deed of Assignment*  
(Sekiranya pihak yang menuntut adalah pemegang serah hak / *If the claimant is the assignee*)
- Bukti Kematian / *Proof of Death*
  - Sijil Kematian si mati (pemegang polisi / hayat yang diinsuranskan) yang dikeluarkan oleh Pendaftaran Kelahiran dan Kematian  
*Death Certificate of the deceased (the assured / life insured) issued by the Registrar of Birth and Death*
  - Permit Perkuburan (sekiranya Sijil Kematian dikeluarkan oleh pihak hospital / polis)  
*Burial Permit (if Death Certificate issued by the hospital / police authorities)*
- Bukti terhadap umur si mati (pemegang polisi / hayat yang diinsuranskan) sekiranya belum diakui  
*Evidence of the deceased's (the assured / life insured) age if not admitted*
  - Sijil Beranak atau Sijil Berhenti Sekolah  
*Birth Certificate or School Leaving Certificate*
  - Sebarang bukti lain yang berkaitan (seperti Paspot)  
*Any other authentic documentary evidence (eg. Passport)*
  - Petikan / pengesahan daripada Rekod Perkhidmatan yang disahkan oleh majikan si mati (pemegang polisi / hayat yang diinsuranskan)  
*An Extract / Confirmation from Record of Service certified by the deceased's (the assured / life insured) employer.*
- Polisi Dokumen Asal / *The Original Policy Document*
- Laporan Polis (sekiranya punca kematian akibat kemalangan atau sekiranya perlu)  
*Police Report (if claim is accidental in nature or if necessary)*
- Laporan Bedah Siasat (sekiranya punca kematian akibat kemalangan atau sekiranya perlu)  
*Post Mortem Report (if claim is accidental in nature or if necessary)*
- Keratan akhbar (jika ada) / *Newspaper cutting (if any)*
- Salinan Kad Pengenalan si mati (pemegang polisi / hayat yang diinsuranskan) dan pihak menuntut  
*Photocopy of Identity Card of the deceased (the assured / life insured) and claimant*
- Borang E-Bayaran / *e\_Payment Application Form*

1.	No. Polisi / <i>Policy Number(s)</i>	(i).	<input type="text"/>	(ii).	<input type="text"/>
		(iii).	<input type="text"/>	(iv).	<input type="text"/>
2.	(i) Nama penuh si mati (pemegang polisi / hayat yang diinsuranskan) : / <i>Name of the deceased (the assured / life insured) in full:</i>				
	<input type="text"/>				

(ii)	No. KP / <i>NRIC No.*</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No. SK/ <i>BC No.</i>	<input type="checkbox"/> No. Pasport/ <i>Passport No.</i>	<input type="text"/>
					Tarikh Luput Pasport (HH/BB/TTTT) / <i>Passport Expiry Date (DD/MM/YYYY)</i>
(iii)	Tarikh Lahir (HH/BB/TTTT) <i>Date of Birth (DD/MM/YYYY)</i>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
(iv)	<input type="checkbox"/> Kewarganegaraan: Malaysian <i>Nationality: Malaysian</i>	<input type="checkbox"/> Jika lain, nyatakan Kewarganegaraan: <i>If others, state Nationality:</i>	<input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Penduduk Tetap Malaysia / <i>Malaysia Permanent Resident</i>	<input type="checkbox"/> Sila nyatakan negara asal / <i>Please state your origin country</i>	<input type="text"/>		
3.	Alamat terakhir si mati (pemegang polisi / hayat yang diinsuranskan) : / <i>Last address of the deceased (the assured / life insured) :</i>				
	<input type="text"/>				
	Poskod / <i>Postcode</i>		Bandar / <i>City</i>		<input type="text"/>
	Negeri / <i>State</i>		Negara / <i>Country</i>		
	<input type="text"/>				
4.	Keterangan lengkap pekerjaan / perniagaan terakhir : / <i>Detail of last employment / business :</i>				
	(i) Alamat majikan / perniagaan : / <i>Address of employer / business :</i>				
	<input type="text"/>				
	(ii) Jenis perniagaan / pekerjaan : / <i>Nature of business / employment / work:</i>				
	<input type="text"/>				
5.	Sebab kematian : / <i>Cause of death :</i>				
	<input type="text"/>				
	Tandakan kotak ini jika sebab kematian tidak diketahui / <i>Tick this box if cause of death is unknown</i>				
	<input type="checkbox"/>				
6.	Tarikh dan tempat kematian (bandar) : / <i>Date and place of death (city):</i>		Tarikh (HH/BB/TTTT) <i>Date (DD/MM/YYYY)</i>		
	<input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
	<input type="text"/>				
7.	Apakah pertalian anda dengan si mati (pemegang polisi / serah hak hayat yang diinsuranskan)? <i>What is your relationship with the deceased (the assured /life insured)?</i>				
	<input type="checkbox"/> Pemegang / <i>Assignee</i>		<input type="checkbox"/> Anak / <i>Child</i>		
	<input type="checkbox"/> Suami / isteri / <i>Spouse</i>		<input type="checkbox"/> Pemilik sah (Polisi Pihak Ketiga) / <i>Legal owner (Third Party Policy)</i>		
	<input type="checkbox"/> Ibumbapa / <i>Parent</i>				
8.	(i) Nama Penuntut / <i>Claimant's Name</i>				
	<input type="text"/>				
	(ii) No. Kad Pengenalan/ Pasport Penuntut / <i>Claimant's NRIC/ Passport No.</i>				
	No. KP / <i>NRIC No.*</i>		<input type="checkbox"/> No. SK/ <i>BC No.</i>		<input type="checkbox"/> No. Pasport/ <i>Passport No.</i>
	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
			Tarikh Luput Pasport (HH/BB/TTTT) / <i>Passport Expiry Date (DD/MM/YYYY)</i>		
			<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
	(iii) No. Pengenalan Cukai Penuntut / <i>Claimant's Tax Identification No. (TIN)</i>				
	<input type="text"/>				
	(iv) Tarikh Lahir Penuntut (HH/BB/TTTT) / <i>Claimant's Date of Birth (DD/MM/YYYY)</i>				
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				
	<input type="checkbox"/> Kewarganegaraan: Malaysian <i>Nationality: Malaysian</i>	<input type="checkbox"/> Jika lain, nyatakan Kewarganegaraan: <i>If others, state Nationality:</i>	<input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Penduduk Tetap Malaysia / <i>Malaysia Permanent Resident</i>	<input type="checkbox"/> Sila nyatakan negara asal / <i>Please state your origin country</i>	<input type="text"/>		
	(vi) Pekerjaan Penuntut / <i>Claimant's Occupation</i>				
	<input type="text"/>				
	(vii) No. Telefon Bimbit Penuntut / <i>Claimant's Mobile Phone No.</i>				
	<input type="text"/> - <input type="text"/>				
	(viii) Alamat Surat Menyurat Penuntut / <i>Claimant's Correspondence Address:</i>				
	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				
	Poskod / <i>Postcode</i>		Bandar / <i>City</i>		<input type="text"/>
	Negeri / <i>State</i>		Negara / <i>Country</i>		
	<input type="text"/>				
	(x) Alamat e-mel Penuntut / <i>Claimant's E-mail Address</i>				
	<input type="text"/>				

9. (i) Adakah si mati (pemegang polisi / hayat yang diinsuranskan) berkahwin?  
*Was the deceased (the assured / life insured) married?*  Ya/ Yes  Tidak/ No

(ii) Jika ya, ahli keluarga yang ditinggalkan si mati (pemegang polisi / hayat yang diinsuranskan)  
*If yes, who are the family members of the deceased (the assured/life insured)*  
 Suami / isteri / *Spouse*  Ibubapa / *Parent*  
 Anak / *Child*  Lain-lain (sila nyatakan) *Others (please specify)* \_\_\_\_\_

(iii) Adakah si mati (pemegang polisi / hayat yang diinsuranskan) seorang beragama Islam pada tarikh kematian?  
*Was the deceased (the assured / life insured) a Muslim at death?*  Ya/ Yes  Tidak/ No

---

10. Adakah si mati (pemegang polisi / hayat yang diinsuranskan) mempunyai polisi dengan syarikat insurans yang lain? Jika ya, sila nyatakan:  
*Has the deceased (the assured / life insured) any other insurance with other insurers?*  Ya/ Yes  Tidak/ No

No. Polisi / <i>Policy No.</i>	Syarikat / <i>Company</i>

---

11. **Kematian kerana sakit atau kematian biasa / *Death due to illness or natural death***  
 (a) Pada pengetahuan anda bilakah si mati (pemegang polisi / hayat yang diinsuranskan) mula mengadu atau menunjukkan sebarang petanda penyakitnya yang terakhir?  
*To the best of your knowledge when did the deceased (the assured / life insured) first complain or give indication of his / her last illness?*  
 Tarikh (HH/BB/TTTT)   /   /      
*Date (DD/MM/YYYY)*

(b) Bilakah si mati (pemegang polisi / hayat yang diinsuranskan) mula-mula berjumpa doktor untuk penyakit yang terakhir?  
*When did the deceased (the assured / life insured) first consult a doctor for his / her last illness?*  
 Tarikh (HH/BB/TTTT)   /   /      
*Date (DD/MM/YYYY)*

(c) Sila berikan nama dan alamat doktor-doktor yang merawat si mati (pemegang polisi / hayat yang diinsuranskan) semasa sakit terakhirnya / *Please state the names and addresses of the doctors who attended to the deceased (the assured / life insured) during his/ her last illness*

Nama doktor yang merawat si mati <i>Name of doctors who attended to the deceased</i>	Alamat doktor yang merawat kecederaan anda <i>Address of doctors who attended to the deceased</i>

(d) Adakah si mati (pemegang polisi / hayat yang diinsuranskan) seorang perokok?  Ya/ Yes  Tidak/ No  
*Did the deceased (the assured / life insured) smoke?*

(e) Nama dan alamat kesemua doktor / hospital yang merawat si mati (pemegang polisi / hayat yang diinsuranskan) dalam tempoh tiga tahun sebelum kematiannya:- / *Names & addresses of all doctors / hospitals who attended the deceased (the assured / life insured) during the last three years prior to death:-*

Tarikh dan Tempoh Rawatan <i>Date and Duration of Treatment</i>	Nama dan Alamat <i>Name and Address</i>	Penyakit / Kecederaan <i>Illness / Injury</i>

---

12. **Kematian akibat kemalangan / *Death due to accident***  
 (a) Tarikh dan waktu kemalangan? Waktu (JJ:MM)   -   Tarikh (HH/BB/TTTT)   /   /     
*Date and time of accident? Time (HH:MM) Date (DD/MM/YYYY)*

(b) Tempat kemalangan? / *Place of accident?*

(c) Apakah yang dilakukan oleh si mati (pemegang polisi / hayat yang diinsuranskan) ketika kemalangan?  
*What was the deceased (the assured / life insured) doing at the time of accident?*

(d) Terangkan secara terperinci bagaimana kemalangan berlaku? / *Describe in detail how the accident happened?*

(e) Adakah kemalangan dilaporkan kepada polis? / *Was the accident reported to the police?*  Ya/ *Yes*  Tidak/ *No*

(f) Adakah kemalangan dilaporkan di akhbar? / *Was the accident reported in the newspaper?*  Ya/ *Yes*  Tidak/ *No*

(g) Adakah bedah siasat dilakukan? / *Was a post mortem carried out?*  Ya/ *Yes*  Tidak/ *No*

**Bahagian B / Part B : (Tuntutan Rawatan Hospital / Hospitalisation Claim)**

13. Sekiranya si mati (pemegang polisi / hayat yang diinsuranskan) dimasukkan ke hospital sebelum beliau meninggal  
*If the deceased (the assured / life insured) was hospitalised prior to death*

**Dokumen sokongan yang diperlukan / Supporting documents required:**

(i) Bil asal rawatan hospital / *Original bills of hospitalisation*

(ii) Nota Akuan dan Kad Pesakit Luar / *Discharge Note and Outpatient Card*

(iii) Ringkasan Nota atau Buku Nota / *Discharge Summary or Note Book*

(a) Jenis penyakit / simptom / *Nature of illness / symptom* :

(b) Berapa lamakah si mati (pemegang polisi / hayat yang diinsuranskan) diketahui telah menghidapi simptom tersebut sebelum pertama kali dimasukkan ke hospital? *For how long had the deceased (the assured / life insured) been having the symptom prior to first admission?*  
  Hari / *Days*   Bulan / *Months*   Tahun / *Years*

(c) Apakah diagnosis ketika itu? / *What was the diagnosis?*

1. Nama dan alamat doktor yang merawat si mati (pemegang polisi / hayat yang diinsuranskan) bagi penyakit / kecederaan / keadaan ini  
*Name and address of doctors who treated the deceased (the assured / life insured) for this illness / injury / condition*

Tarikh Rawatan <i>Date of Consultation</i>	Tarikh Kemasukan(jika ada) <i>Date of Admission(if any)</i>	Nama doktor yang merawat si mati <i>Name of doctors who treated the deceased</i>	Alamat doktor yang merawat si mati <i>Address of doctors who treated the deceased</i>

a. No. Pendaftaran / *Admission No* :

b. Pendaftaran: Tarikh / Waktu : / *Admission: Date / Time* :

Pendaftaran Pertama : / *1st Admission*: Waktu (JJ:MM)  :  Tarikh (HH/BB/TTTT)  /  /   
*Time (HH:MM) (DD/MM/YYYY)*

Pendaftaran Kedua: / *2nd Admission*: Waktu (JJ:MM)  :  Tarikh (HH/BB/TTTT)  /  /   
*Time (HH:MM) (DD/MM/YYYY)*

c. Keluar : Tarikh / Waktu : / *Discharge : Date / Time* :

Pendaftaran Pertama : / *1st Admission*: Waktu (JJ:MM)  :  Tarikh (HH/BB/TTTT)  /  /   
*Time (HH:MM) (DD/MM/YYYY)*

Pendaftaran Kedua: / *2nd Admission*: Waktu (JJ:MM)  :  Tarikh (HH/BB/TTTT)  /  /   
*Time (HH:MM) (DD/MM/YYYY)*

d. Jenis dan tahap kecederaan yang dialami: / *Nature and extent of injury* :



Mukasurat ini sengaja dikosongkan  
*This page intentionally left blank*







Alasan C: Nombor TIN tidak diperlukan. (Nota: Sila pilih alasan ini hanya jika pihak berkuasa di negara cukai pemastautin anda tidak memerlukan TIN didedahkan.)

*Reason C: No TIN is required. (Note: Only select this reason if the authorities of the country of tax residence entered below do not require the TIN to be disclosed.)*

Negara / Bidang Kuasa Cukai Pemastautin./ <i>Country/Jurisdiction of Tax Residence</i> <input type="text"/> TIN <input type="text"/>	Jika TIN tiada, nyatakan Alasan A, B atau C./ <i>If No TIN available, enter Reason A, B or C.</i>	Sila nyatakan mengapa anda tidak dapat memperoleh TIN jika anda memilih Alasan B./ <i>Please explain why you are unable to obtain a TIN if Reason B is selected.</i>
Negara / Bidang Kuasa Cukai Pemastautin./ <i>Country/Jurisdiction of Tax Residence</i> <input type="text"/> TIN <input type="text"/>	Jika TIN tiada, nyatakan Alasan A, B atau C./ <i>If No TIN available, enter Reason A, B or C.</i>	Sila nyatakan mengapa anda tidak dapat memperoleh TIN jika anda memilih Alasan B./ <i>Please explain why you are unable to obtain a TIN if Reason B is selected.</i>
Negara / Bidang Kuasa Cukai Pemastautin./ <i>Country/Jurisdiction of Tax Residence</i> <input type="text"/> TIN <input type="text"/>	Jika TIN tiada, nyatakan Alasan A, B atau C./ <i>If No TIN available, enter Reason A, B or C.</i>	Sila nyatakan mengapa anda tidak dapat memperoleh TIN jika anda memilih Alasan B./ <i>Please explain why you are unable to obtain a TIN if Reason B is selected.</i>

Nota/ *Note:* Jika Individu mempunyai lebih daripada tiga negara pemastautin cukai, sila gunakan lampiran yang berasingan. *If the Individual is a resident for tax purpose in more than three countries, please use separate sheet.*

**Bahagian D-Penjelasan maklumat Pemastautin Cukai./ *PART D - Clarification of Tax Residence Information***

Jika negara (selain Malaysia) yang dinyatakan dalam alamat/nombor hubungan anda berbeza daripada negara yang anda dedahkan sebagai tempat tinggal cukai anda, sila berikan penjelasan anda di bawah./ *If the country (other than Malaysia) indicated in your address/contact number is different from the country(ies) which you have disclosed as your tax residence(s), please provide your explanation below.*

Saya mempunyai alamat/nombor hubungan asing yang berbeza daripada negara tempat tinggal cukai saya kerana: / *I have a foreign address/contact number which differs from the country of my tax residence because:*

\*\* Sila nyatakan "N/ A" jika alamat/nombor telefon anda adalah sama dengan negara pemastautin cukai/bidang kuasa yang diisytiharkan./  
 \*\**Please indicate "N/A" if the country(ies)/jurisdiction(s) of your address(es)/telephone number(s) is same as the tax residence country(ies)/jurisdiction(s) declared.*

**Pengisytiharan dan Tandatangan / Declaration and Signature**

Saya memahami bahawa maklumat yang saya berikan tertakluk pada ketentuan penuh dalam terma dan syarat yang mengatur hubungan individu dengan MCIS Insurance Berhad yang menetapkan bagaimana MCIS Insurance Berhad boleh menggunakan dan berkongsi maklumat yang saya berikan.

Saya faham bahawa istilah "individu A.S." bermaksud mana-mana warganegara atau pemastautin Amerika Syarikat.

Saya mengakui bahawa maklumat yang terkandung dalam borang ini dan maklumat mengenai Individu dan mana-mana Akaun Kena Lapor boleh diberikan kepada pihak berkuasa cukai negara/bidang kuasa di mana akaun ini diuruskan dan ditukar dengan pihak berkuasa cukai negara/bidang kuasa lain atau negara/bidang kuasa di mana Individu tersebut mungkin merupakan pemastautin cukai menurut perjanjian antara kerajaan untuk bertukar maklumat akaun kewangan.

Saya memperakui bahawa saya adalah Individu (atau diberi kuasa untuk menandatangani bagi Individu) semua polisi yang berkaitan dengan borang ini.

Saya mengaku bahawa semua pernyataan yang dibuat dalam pengisytiharan ini, sebaik-baik pengetahuan dan kepercayaan saya, adalah betul dan lengkap.

Saya berjanji untuk memaklumkan kepada MCIS Insurance Berhad dalam masa 30 hari dari sebarang perubahan keadaan yang menjejaskan status pemastautin cukai individu yang dikenal pasti dalam Bahagian 1 borang ini atau menyebabkan maklumat yang terkandung di sini menjadi tidak betul atau tidak lengkap, dan untuk memberi Borang Perakuan dan Pengisytiharan Diri yang dikemas kini dengan bersesuaian kepada MCIS Insurance Berhad dalam masa 30 hari selepas perubahan keadaan sedemikian.

*I understand that the information supplied by me is covered by the full provisions of the terms and conditions governing the individual's relationship with MCIS Insurance Berhad setting out how MCIS Insurance Berhad may use and share the information supplied by me.*

*I understand that the term "U.S. person" means any citizen or resident of the United States.*

*I acknowledge that the information contained in this form and information regarding the Individual and any Reportable Account(s) may be provided to the tax authorities of the country/ jurisdiction in which this account(s) is/are maintained and exchanged with the tax authorities of another country/ jurisdiction or countries/ jurisdictions in which the Individual may be tax resident pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information.*

*I certify that I am the Individual (or am authorized to sign for the Individual) of all the policy(s) to which this form relates.*

*I declare that all statements made in this declaration are, to the best of my knowledge and belief, correct and complete.*

*I undertake to advise MCIS Insurance Berhad within 30 days of any change in circumstances which affects the tax residency status of the individual identified in Part 1 of this form or causes the information contained herein to become incorrect or incomplete, and to provide MCIS Insurance Berhad with a suitably updated self-certification and Declaration within 30 days of such change in circumstances.*

Tandatangan/ *Signature*:

\_\_\_\_\_

Nama/ *Name*:

\_\_\_\_\_

Tarikh (HH/BB/TTTT)/  
*Date (DD/MM/YYYY)*:

\_\_\_\_\_

Keupayaan/ *Capacity*:

(Nyatakan keupayaan jika anda bukan individu yang dikenal pasti dalam Bahagian A. Jika menandatangani di bawah Surat Kuasa Wakil, sila lampirkan salinan Surat Kuasa Wakil yang diperakui sah)

*(Indicate the capacity if you are not the individual identified in Part A. If signing under a Power of Attorney, attached a certified copy of the Power of Attorney)*

**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. KP Baru/ *New NRIC*  No. Pasport/ *Passport No.*

Tarikh Luput Pasport (HH/BB/TTTT)/ *Passport Expiry Date (DD/MM/YYYY)*  /  /

No Telefon Bimbit / *Mobile Phone No.*  -

Alamat E-mel / *E-mail*

Nama / *Name*

Tarikh / *Date*  /  /

Pilihan dikenakan kepada / *Option apply to*  Semua Polisi / *All Policies*  Polisi Semasa / *Current Policy*

Tandatangan Pemegang Polisi/ Penuntut  
*Policyowner / Claimant Signature*

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

**SENARAI BANK DAN BUTIRAN RUJUKAN / LIST OF BANKS AND DETAILS FOR REFERENCE**

<b>Nama Bank / <i>Bank Name</i></b>	<b>Angka <i>Digit</i></b>	<b>Nama Bank / <i>Bank Name</i></b>	<b>Angka <i>Digit</i></b>
Affin Bank Bhd / Affin Islamic Bank Bhd	12	Agro Bank/Bank Pertanian	16
AmBank (M) Bhd / Amlslamic Bank Bhd	13	AI 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

Mukasurat ini sengaja dikosongkan  
*This page intentionally left blank*







**DECLARATION AND AUTHORIZATION/ PENGISYTIHARAN DAN PEMBERIKUASAAN**

I/We hereby confirm that the information provided by us in this form and the attached documents is true, accurate, and complete to the best of our knowledge and belief. / *Saya/Kami dengan ini mengesahkan bahawa maklumat yang diberikan oleh kami dalam borang ini dan dokumen yang dilampirkan adalah benar, tepat, dan lengkap setakat pengetahuan dan kepercayaan kami.*

I/We have fully read and understood the Personal Data Protection Notice posted at [www.mcis.my](http://www.mcis.my), and I/we agree that the Company may process the personal information provided in the manner set out in the said Notice. / *Saya/Kami telah membaca dan memahami sepenuhnya Notis Perlindungan Data Peribadi yang dipaparkan dalam laman web [www.mcis.my](http://www.mcis.my) dan saya/kami bersetuju bahawa Syarikat boleh memproses maklumat peribadi yang diberikan dengan cara yang dinyatakan dalam Notis tersebut.*

I/We hereby request that the information related to this policy be updated in accordance with the details provided above. I/We understand and agree that MCIS Insurance Berhad's confirmation of these updates, via letter or endorsement, shall form part of the said policy with effect from the date stated. / *Saya/Kami dengan ini memohon agar maklumat yang berkaitan dengan polisi ini dikemas kini mengikut butiran yang diberikan di atas. Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa pengesahan MCIS Insurance Berhad mengenai kemas kini ini, melalui surat atau endosmen, akan menjadi sebahagian daripada polisi tersebut berkuat kuasa dari tarikh yang dinyatakan.*

I/We confirm that where personal information of individuals is shared within this form, the relevant consent has been obtained from those individuals to disclose their personal data to MCIS Insurance Berhad for the purposes of processing this request and maintaining the policy. / *Saya/Kami mengesahkan bahawa di mana maklumat peribadi individu dikongsi dalam borang ini, kebenaran yang relevan telah diperoleh daripada individu-individu tersebut untuk mendedahkan data peribadi mereka kepada MCIS Insurance Berhad bagi tujuan memproses permintaan ini dan menyelenggara polisi.*

I/We agree, consent, and allow the Company to process the Applicant's data, including the personal data of the individuals associated with this policy, in compliance with the Personal Data Protection Act 2010. / *Saya/Kami bersetuju, memberi kebenaran, dan membenarkan Syarikat untuk memproses data Pemohon, termasuk data peribadi individu yang berkaitan dengan polisi ini, selaras dengan Akta Perlindungan Data Peribadi 2010.*

Authorized Signatory & Company's Stamp / *Penandatanganan Dibenarkan & Cop Syarikat*

Witnessed by/ *Disaksikan oleh:*

Name as per NRIC or passport / *Nama seperti dalam kad pengenalan atau passport:*

Name as per NRIC or passport / *Nama seperti dalam kad pengenalan atau passport:*

NRIC Number or Passport Number/  
*Nombor Kad Pengenalan/ No Pasport :*

NRIC Number or Passport Number/  
*Nombor Kad Pengenalan/ No Pasport :*

Date/ *Tarikh:* DD/MM/YYYY

Date/ *Tarikh:* DD/MM/YYYY

Note/ *Nota:* \* (The Witness must have attained the age of 18 years/ *Saksi mesti telah mencapai umur 18 tahun*)