

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:			
	<input type="checkbox"/> Penduduk Tetap Malaysia / <i>Malaysia Permanent Resident</i>	Sila nyatakan negara asal / <i>Please state your origin country</i>			
3.	Alamat terakhir si mati (pemegang polisi / hayat yang diinsuranskan) : / <i>Last address of the deceased (the assured / life insured) :</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>		
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"/>		
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"/> Ibumaba / <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>	<input type="text"/>			
	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>			
		Tarikh Luput Pasport (HH/BB/TTTT) / <i>Passport Expiry Date (DD/MM/YYYY)</i>			
	(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"/>			
	(v) <input type="checkbox"/> Kewarganegaraan: Malaysian <i>Nationality: Malaysian</i>	<input type="checkbox"/> Jika lain, nyatakan Kewarganegaraan:			
	<input type="checkbox"/> Penduduk Tetap Malaysia / <i>Malaysia Permanent Resident</i>	Sila nyatakan negara asal / <i>Please state your origin country</i>			
	(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>		
	(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) : Date (DD/MM/YYYY) / /

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

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

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

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

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

Pengisytiharan / Declaration

Saya menjamin kebenaran ke atas keterangan-keterangan yang dikemukakan, samada ditulis oleh saya atau bagi pihak saya. Saya mengaku bahawa syarat-syarat insurans saya telah patuhi. Saya bersetuju bahawa jika ada kenyataan yang tidak benar atau salah, tekanan atau menyembunyikan dibuat oleh saya, hak saya ke atas tuntutan ini akan ditarik balik secara mutlak.

I warrant the truth of the foregoing particulars, whether written by me or on my behalf. I declare that the conditions of my insurance have been complied with. I agree that if any false or untrue statement, suppression or concealment, is made by me, my right to this claim shall be absolutely forfeited.

Kebenaran/Pemberian Hak / Authorization

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/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.

Nama si mati / *Deceased Name* :

No. Identiti / *Identity No.* :

Pertalian dengan si mati / *Relationship with deceased* :

Tandatangan Pihak Menuntut
Signature of Claimant

Tandatangan Saksi
Signature of Witness

Nama / *Name* :

No Kad Pengenalan / Pasport / *NRIC / Passport No.* :

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

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

Alamat / *Address* :

No. Telefon
Telefon No.

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

Nama / *Name* :

No Kad Pengenalan / Pasport / *NRIC / Passport No.* :

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

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

Alamat / *Address* :

No. Telefon
Telefon No.

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

Mukasurat ini sengaja dikosongkan
This page intentionally left blank

FATCA AND CRS SELF-CERTIFICATION FORM FOR INDIVIDUALS

**Silalah mengambil maklumat bahawa Pihak yang Menuntut perlu penuhi seksyen ini / *Please take note that this section must be completed by the Claimant.*

Silalah baca arahan sebelum melengkapkan/ mengisi bahagian ini / *Please read these instructions before completing this section: -*

Kaedah-kaedah Cukai Pendapatan (Pertukaran Automatik Maklumat Akaun Kewangan) 2016 menetapkan Standard Pelaporan Bersama bertujuan untuk pertukaran automatik maklumat akaun kewangan. Ini adalah Perakuan Diri yang perlu dilengkapkan oleh Pencadang (selepas ini dikenali sebagai "anda") kepada syarikat untuk tujuan tersebut. Maklumat yang dikumpul di sini boleh dihantar oleh syarikat kepada pihak berkuasa kerajaan atau badan kawal selia untuk pertukaran dengan pihak berkuasa cukai negara(-negara) lain/ bidang kuasa. / *The Income Tax (Automatic Exchange of Financial Account Information) Rules 2016 sets the Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) and the OECD Common Reporting Standards (CRS) for the purpose of automatic exchange of financial account information. This is a Self-Certification to be completed by the Proposer (hereinafter known as "you") to the Company for the said purpose. The information collected herein may be transmitted by the Company to the government authorities or regulatory bodies for exchange with the tax authorities of another country(ies)/ jurisdiction(s).*

Seandainya terdapat perubahan dalam keadaan yang berkaitan dengan maklumat, seperti status cukai Individu atau maklumat medan mandatori lain yang menjadikan borang ini tidak betul atau tidak lengkap, silalah maklumkan kepada kami dengan memberitahu kami atau memberikan kami Borang Persijilan Diri yang dikemas kini. / *Should there is a change in circumstances relating to information, such as the Individual's tax status or other mandatory field information that makes this form incorrect or incomplete, please let us know by notifying us or providing us with an updated Self-Certification Form.*

Anda dikehendaki untuk melengkapkan Perakuan Diri ini sepenuhnya (melainkan jika dinyatakan sebaliknya). / *You are required to complete this Self-Certification in full (unless stated otherwise).* Jika tidak, Syarikat tidak boleh memproses permohonan ini tanpa pengakuan anda. / *Otherwise, the Company will not be able to process this application without your declaration.*

Silalah lengkapkan Sijil Perakuan Diri ini jika anda seorang individu. Untuk Syarikat, silalah lengkapkan Borang Perakuan Diri FATCA dan CRS. / *Please complete this Self-Certification if you are an individual. Otherwise, please complete Entity FATCA and CRS Self-Certification Form if you are an entity.*

Jika anda mempunyai sebarang pertanyaan mengenai Perakuan Diri atau status cukai pemastautin anda, silalah rujuk kepada penasihat cukai, undang-undang dan/atau penasihat profesional yang lain. / *If you have any questions on the Self-Certification or your tax residency status, please consult your tax, legal advisor and/or other professional advisors*

PART A - BUTIR PIHAK YANG MENUNTUT / DETAILS OF CLAIMANT

Nama Pihak yang Menuntut seperti di Kad Pengenalan/ Sijil Kelahiran (SK)/ Pasport / *Name of Life Assured (as in the NRIC / Birth Certificate (BC) / Passport)*

En/Puan/Cik/Lain-lain* Mr/Mrs/Miss/Others*																								

Alamat kediaman / *Residential address*

Negeri / State																								
Alamat e-mel / Email address																								

Alamat surat-menyurat / *Correspondence address*

Negeri / State																								
Alamat e-mel / Email address																								

No. KP / *NRIC No.** - - No. SK/ *BC No.* No. Pasport/ *Passport No.*

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

(Masukkan kod negara dalam kotak) cth. +60 untuk Malaysia. / *(Enter the country code in the box) e.g. +60 for Malaysia.* Kod Negara / *Country Code* No. Telefon / *Phone No.*

No. Tel. Pejabat / *Office Tel. No.* -

No. Tel Bimbit / *Mobile Phone No.* -

No. Tel. Rumah / *House Tel. No.* -

Kewarganegaraan: Malaysian *Nationality: Malaysian* Jika lain, nyatakan Kewarganegaraan: *If others, state Nationality:*

Penduduk Tetap Malaysia / *Malaysia Permanent Resident* Silalah nyatakan negara asal / *Please state your origin country*

No. Cukai Pendapatan / *Income Tax No*

Jika Warganegara/Penduduk Tetap selain daripada Malaysia, nyatakan nombor Cukai / *If Citizen / Permanent Resident other than Malaysia, provide your Taxpayer ID*

PART B - Pengisytiharan Warga Amerika Syarikat dan Perubahan Keadaan / *Declaration of U.S. Citizen or U.S. Residence for Tax purposes*

Definisi yang boleh digunakan / *Definitions applicable*

Istilah orang A.S. atau orang Amerika Syarikat bermaksud orang yang diterangkan dalam seksyen 7701(a)(30) Kod Hasil Dalam Negeri: Istilah "orang Amerika Syarikat" bermaksud- / *The term U.S. person or United States person means a person described in section 7701(a)(30) of the Internal Revenue Code: The term "United States person" means-*

(A) warganegara atau pemastautin Amerika Syarikat / *a citizen or resident of the United States*

Sila tandakan "X" Ya atau Tidak bagi setiap soalan berikut / <i>Please check "X" Yes or No for each of the following questions:</i>	Ya / <i>Yes</i>	Tidak / <i>No</i>
Adakah anda Warganegara A.S. / <i>Are you a U.S. Citizen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penduduk Tetap Amerika Syarikat (Pemegang Kad Hijau) / <i>Do you hold a U.S. Permanent Resident Card (Green Card)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pemastautin Cukai A.S. / <i>Are you a U.S. Resident (including US Tax Resident)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adakah tempat lahir anda di A.S.? Jika anda telah menanda "Tidak" pada ketiga-tiga soalan di atas, maka sila tandakan sebagai: / <i>Is your place of birth in U.S.? If you have ticked "No" to all three questions above, then please tick as:</i>	<input type="checkbox"/> Bukan Orang A.S. / <i>Non U.S. person</i>	
<p>Sila ambil perhatian bahawa jika anda bukan orang A.S. tetapi A.S. adalah negara kelahiran anda, sila berikan MCIS:/ <i>Kindly take note that if you are a Non U.S. person but U.S. is your country of birth, please provide MCIS:</i></p> <p>i. Salinan pasport bukan A.S. atau dokumen pengenalan bukan yang dikeluarkan kerajaan A.S.; dan <i>i. A copy of non-U.S. passport or non-U.S. government-issued identification document; and</i></p> <p>ii. Salinan Sijil Kehilangan Kewarganegaraan A.S. atau nyatakan penjelasan anda tentang: <i>ii. A copy of Certificate of Loss of Nationality of the U.S. or specify your explanation of:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sebab tidak mempunyai sijil tersebut walaupun melepaskan kerakyatan A.S.; atau <i>• The reason of not having such certificate despite relinquishing U.S. citizenship; or</i> • Sebab anda tidak memperoleh kewarganegaraan A.S. semasa lahir. <i>• The reason you did not obtain a U.S. citizenship at birth.</i> <p>Sebab: Bukan orang A.S. / <i>Reason: Non U.S. person</i></p>		

Jika YA, untuk soalan diatas sila isikan TIN A.S. anda dalam jadual di bawah Bahagian B bagi seksyen ini melainkan salinan Sijil Kehilangan Kewarganegaraan U.S. telah dikemukakan. *If "YES" for the above questions, please fill up your U.S. TIN in the table under Part B of this section unless a copy of the Certificate of Loss of U.S. Nationality is provided.*

PART C - Pengisytiharan Cukai Pemastautin dan Nombor Cukai ("TIN") atau Setara Fungsinya / *Declaration of Tax Residency and Taxpayer Identification Number ("TIN") or its Functional Equivalent*

Adakah anda mempunyai sebarang cukai pemastautin di negara (-negara) lain/ bidang kuasa selain daripada Malaysia? / *Do you have any tax residency in country(ies)/jurisdiction(s) other than Malaysia?* Nota: Dengan menandakan "Tidak", anda mengisytiharkan bahawa anda adalah pemastautin cukai Malaysia sahaja. *Note: By ticking "No", you are declaring that you are a Malaysia-only tax resident.* Ya / *Yes* Tidak / *No*

Jika "Ya" untuk soalan diatas, sila lengkapkan jadual dibawah dengan menyatakan: / *If "Yes" for the above question, please complete the following table indicating:*

- (i) Negara(-negara)/ bidang kuasa dimana Pemegang Akaun (iaitu Pencadang) ialah pemastautin cukai. / *The country(ies)/jurisdiction(s) where the Account Holder (i.e., Proposer) is a tax resident.* Sekiranya anda seorang pemastautin cukai Malaysia, sila sertakan maklumat pemastautin cukai Malaysia dalam jadual di bawah juga; dan / *In case you are a Malaysian tax resident, please include the Malaysian tax residency information in the table below as well); and*
- (ii) TIN Pemegang Akaun untuk setiap negara/ bidang kuasa yang dinyatakan. / *The Account Holder's TIN for each country/jurisdiction indicated.* Sila nyatakan semua (tidak terhad kepada tiga) negara pemastautin cukai. / *Please indicate all (not restricted to three) country(ies)/jurisdiction(s) of tax residence.*

Jika "tidak" untuk soalan di atas, sila abaikan jadual di bawah dan teruskan ke bahagian C. / *If "No" for the above question, please skip the table below and proceed to Part C of this section.*

Jika Nombor Pengenalan Cukai (TIN) tiada, Sila nyatakan alasan yang sesuai untuk A,B atau C. / *If a Tax Identification Number (TIN) is unavailable, please provide the appropriate reason A, B or C.*

Alasan A : Negara / bidang kuasa dimana anda dikenakan cukai tidak mengeluarkan TIN kepada penduduknya. *Reason A: The country/jurisdiction where you are liable to pay tax does not issue TINs to its residents.*

Alasan B: Anda tidak dapat memperoleh TIN atau mana-mana nombor yang berkaitan (Sila nyatakan mengapa anda tidak dapat memperoleh TIN di dalam jadual dibawah jika anda memilih alasan ini.) *Reason B: You are otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number (Please explain why you are unable to obtain a TIN in the table below if you have selected this reason.)*

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

Nama Bank / <i>Bank Name</i>	Angka <i>Digit</i>	Nama Bank / <i>Bank Name</i>	Angka <i>Digit</i>
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