

**BORANG TUNTUTAN FAEDAH HILANG UPAYA TOTAL DAN KEKAL
TOTAL AND PERMANENT DISABILITY BENEFITS CLAIM FORM**

**TIADA TANGGUNGAN DIAKUI DENGAN MENGELUARAN BORANG INI
NO LIABILITY IS ADMITTED BY ISSUING THIS FORM**

**BAHAGIAN I / PART I
UNTUK DIPENUHI OLEH PEMEGANG POLISI
TO BE COMPLETED BY THE ASSURED**

Nota: Sila lampirkan laporan perubatan yang berkaitan untuk menyokong Tuntutan Faedah Hilang Upaya Total dan Kekal. Semua salinan fotokopi dokumen yang diserahkan mestilah disahkan oleh pegawai syarikat kami (JG 1 keatas sahaja), doctor, majistret, Ketua Balai Polis, Pesuruhjaya Sumpah, Notari Awam, Peguambela dan peguamcara, Pengurus Agensi dan Ketua Pengurus Agensi sahaja.

Note: Please enclose all relevant medical reports to support your above Total and Permanent Disability Benefit Claim. All photocopies of the documents submitted must be certified by a person of prominent standing such as our company authorized officers (JG 1 and above only), doctors, Magistrate, Ketua Balai Polis, Commissioner for Oath, Public Notary of Advocate & Solicitor, Agency Managers and Chief Agency Managers only.

1. KETERANGAN PERIBADI/ PERSONAL DETAILS	
<p>A. No. Polisi: <i>Policy No :</i></p> <p>Nama Pemunya Polisi. <i>Name of Policy Owner.</i></p>	<p>B. Nama Hayat/Diinsuranskan. <i>Name of Life Assured.</i></p>
<p>C. No. Kad Pengenalan <i>NRIC No</i></p> <p><i>Baru (New) :</i></p> <p><i>Lama (Old) :</i></p> <p><i>Pasport (Passport):</i></p> <p>Alamat e-mel / <i>E-mail Address :</i></p>	<p>D. Alamat Terkini : <i>Latest Address :</i></p> <p>Tel Rumah / <i>House :</i> Tel Bimbit / <i>HP.</i></p>
<p>E. Apakah tahap pendidikan tertinggi anda? <i>What is your highest level of education?</i></p>	<p>F. Adakah anda kini terlantar dikatil/rumah/hospital? <i>Are you currently confined to bed/house/hospital?</i></p>
2. KETERANGAN MENGENAI PEKERJAAN/ PARTICULARS OF OCCUPATION	
<p>A. Sila berikan alamat majikan terakhir anda? <i>Please give your last employer's/business address?</i></p> <p>Nama Pegawai / <i>Officer In Charge :</i> Telepon pejabat / <i>Office Tel :</i></p>	<p>B. Apakah Perkerjaan anda? <i>Your occupation?</i></p> <p>C. Tarikh terakhir anda bekerja? <i>On what date were you first absent from work?</i></p> <p>D. Bilakah anda bercadang untuk bekerja semula? <i>State the date you are expected to return to work?</i></p>

<p>E. Adakah anda berhak untuk mendapat sebarang pampasan dari syarikat insurans lain atau mana-mana pihak sumber untuk keadaan ini. Sila berikan butir-butirnya serta sesalinan surat tawaran yang disahkan. Please provide full details of any other insurance policies or any sources under which you may receive payment for this condition</p>	<p>F. Jika perkhidmatan anda ditamatkan, sila nyatakan tarikh berkuatkuasa dan berikan salinan surat tamat perkhidmatan. If your service has been terminated, please confirm the effective date and provide a copy of the termination letter?</p>
<p>G. Siapakah yang menyokong pendapatan anda sekarang? Who is supporting your income now?</p>	<p>H. Adakah anda sedang membuat sebarang pekerjaan lain / peniagaan? Are you currently engaged in any other alternate job / business?</p>
<p>I. Nyatakan kerja yang kamu lakukan selama tiga (3) tahun di tempat kerja kamu? Please list the jobs that you have held in the last three (3) years.</p> <p>i.</p> <p>ii.</p> <p>iii.</p>	<p>J. Persekitaraan tempat kerja anda:- (pejabat, kilang, tempat terbuka, lain-lain (nyatakan dengan spesifik) What kind of environment do you work in? (Office, Factory, Open Space, others-please state specifically)</p> <p>K. Adakah anda menjalankan tugas-tugas pengurusan atau penyeliaan? Are you in management or supervisory capacity?</p> <p>L. Adakah anda mengendalikan mesin atau alat-alat khas yang lain? Do you operate any machine or special equipments?</p>
<p>M. Kelulusan dan/atau kemahiran yang diperlukan dalam pekerjaan anda? / What are the qualification and/or skills needed for your job?</p> <p>N. Adakah kemahiran khas diperlukan? Any special skills required?</p> <p>O. Adakah tahap pengalaman praktikal yang diperlukan? What level of practical experience is required?</p>	<p>P. Apakah waktu dan hari bekerja yang biasa? What is your normal working hours and days?</p> <p>Q. Adakah anda diperlukan bekerja syif, pada hari Ahad atau bila dipanggil? Are you required to work on shift, Sundays or be on call?</p> <p>R. Bagaimana anda pergi ke tempat kerja? How do you travel to work?</p> <p>T. Berapakah jarak perjalanan ke tempat kerja anda? What is the distance of travel to go to your normal place of work?</p>
<p>U. Dari segi manakah Hilang Upaya yang menghalang anda dari melakukan pekerjaan biasa anda? What aspects of your disability prevent you from performing your own occupation?</p>	<p>V. Dari segi manakah Hilang Upaya yang menghalang anda dari melakukan sebarang pekerjaan? Sila nyatakan. Is there any aspect of your disability that will prevent you working in any occupation? Please give full details.</p>

W. Adakah pekerjaan anda memerlukan anda untuk:
Does your work require you to do the following:

- | | | |
|---|----------------------------------|------------------------------------|
| 1. Memandu kereta/ <i>Driving a car?</i> | Ya/ Yes <input type="checkbox"/> | Tidak/ No <input type="checkbox"/> |
| 2. Memandu kenderaan lain/ <i>Driving other vehicles?</i> | Ya/ Yes <input type="checkbox"/> | Tidak/ No <input type="checkbox"/> |
| 3. Memanjat tangga atau tempat tinggi/ <i>Climbing ladders or heights?</i> | Ya/ Yes <input type="checkbox"/> | Tidak/ No <input type="checkbox"/> |
| 4. Membawa barangan berat/ <i>Carrying heavy loads?</i> | Ya/ Yes <input type="checkbox"/> | Tidak/ No <input type="checkbox"/> |
| 5. Mengangkat barangan berat/ <i>Lifting heavy loads?</i> | Ya/ Yes <input type="checkbox"/> | Tidak/ No <input type="checkbox"/> |
| 6. Merangkak atau melutut/ <i>Crawling or kneeling?</i> | Ya/ Yes <input type="checkbox"/> | Tidak/ No <input type="checkbox"/> |
| 7. Keluar dari tempat kerja yang biasa/ <i>Travelling away from your normal place of work?</i> | Ya/ Yes <input type="checkbox"/> | Tidak/ No <input type="checkbox"/> |
| 8. Lain-lain penggunaan tenaga fizikal (Sila nyatakan)/ <i>Other physical exertions? Please specify</i> | Ya/ Yes <input type="checkbox"/> | Tidak/ No <input type="checkbox"/> |

4. UNTUK DIISI OLEH ORANG YANG BEKERJA SENDIRI SAHAJA/ TO BE COMPLETED BY A SELF-EMPLOYED PERSON ONLY

A. Berikan nama perniagaan/syarikat anda.
Please name your business/Company

C. Jenis perniagaan anda?
What is the nature of your business?

B. Adakah terdapat pemilik atau pengarah yang lain didalam perniagaan ini? Berapa orang? Sila berikan butiran
Are there any other proprietors or directors of the business? How many? Please provide details.

D. Sila berikan no. pendaftaran perniagaan atau syarikat, jika didaftarkan./ *Please provide your business registration number and your Company registration number, if incorporated.*

5. UNTUK DIISIKAN JIKA HILANG UPAYA DISEBABKAN OLEH KEMALANGAN/ TO BE COMPLETED IF DISABILITY CAUSED BY AN ACCIDENT.

A. Bila kemalangan berikut berlaku? :
When did the accident happen?

B. Nyatakan secara terperinci bagaimana kemalangan berlaku
Describe in detail how the accident happened

Tarikh / *Date:*

Waktu (pagi / petang) / *Time (a.m. / p.m.):*

Tempat / *Location :*

Balai Polis / *Police Station :*

No report police / *Police report No :*
 (Lampirkan sesalanan report/ *Enclose copy of the report*)

C. Nyatakan tahap kecederaan yang dialami akibat kemalangan
Describe the extent of the injuries sustained in the accident

D. Adakah anda bercadang untuk mendapat pampasan atau tindakan undang-undang atas seseorang akibat dari kemalangan atau penyakit yang dialami?
Are you or do you intend to seek compensation or instigate any legal proceedings against any person, as a result of your accident or illness?

6. UNTUK DIISI JIKA HILANG UPAYA DISEBABKAN OLEH PENYAKIT/ TO BE COMPLETED IF DISABILITY CAUSED BY AN ILLNESS

<p>A. Nyatakan dengan terperinci keadaan atau tanda-tanda penyakit anda <i>Please describe the condition or the symptoms fully.</i></p>	<p>B. Bilakah tanda-tanda / keadaan itu mula-mula timbul? <i>When did the symptoms / conditions first appear?</i></p>
<p>C. Apakah keputusan diagnosis dan bilakah anda diberitahu mengenainya? <i>What is the exact diagnosis and when was it made known to you?</i></p>	<p>D. Berikan nama dan alamat doktor yang telah membuat diagnosis tersebut <i>Provide the name and address of the doctor who had made the diagnosis</i></p>
<p>E. Apakah ujian atau penyiasatan yang telah dibuat untuk mengesahkan diagnosis itu? / <i>What tests or investigations were done to confirm the diagnosis?</i></p>	<p>F. Apakah rawatan yang diterima sekarang? <i>What are the treatments you are undergoing currently?</i></p>
<p>G. Adakah anda menghidap apa-apa penyakit lain atau keadaan yang berkaitan sebelum hilang upaya bermula? Sila nyatakan penyakit atau keadaan dan butir-butir rawatan (oleh siapa, alamat dan bila) <i>Were you suffering from any other illness or related conditions prior to the onset of disability? Please state the illness or condition and the details of treatment (by whom, address and when)</i></p>	

BAHAGIAN INI MESTILAH DIISI DENGAN LENGKAP / THIS SECTION MUST BE FULLY COMPLETED

7. BUTIR-BUTIR DOKTOR YANG MERAWAT HILANG UPAYA SEKARANG DAN LAIN – LAIN PENYAKIT DALAM TEMPOH 3 TAHUN YANG LEPAS / DETAILS OF PHYSICIAN(S) CONSULTED FOR CURRENT DISABILITY AND OTHER DISORDER

Nama <i>Name</i>	Alamat <i>Address</i>	Tarikh Rawatan <i>Date of Consultation</i>	Sebab Rawatan <i>Reason for Consultation</i>

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, 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, 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 Pihak Menuntut
Signature of Claimant

Nama :
Name:

No. Kad Pengenalan atau Pasport:
NRIC or Passport No:

Tarikh Lahir (DD/MM/YYYY):
Date of Birth (DD/MM/YYYY):

No. Pengenalan Cukai:
Tax Identification Number (TIN):

Alamat :
Address :

Perkerjaan :
Occupation :

No. Telefon :
Telephone No. :

Tarikh :
Date :

.....
Tandatangan Saksi
Signature of Witness

Nama:
Name :

No. Kad Pengenalan atau Pasport:
NRIC or Passport No:

Alamat :
Address :

No. Telefon :
Telephone No. :

Tarikh :
Date :

Mukasurat ini sengaja dikosongkan
This page intentionally left blank

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>	
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>		
i. Salinan pasport bukan A.S. atau dokumen pengenalan bukan yang dikeluarkan kerajaan A.S.; dan / <i>A copy of non-U.S. passport or non-U.S. government-issued identification document; and</i>		
ii. Salinan Sijil Kehilangan Kewarganegaraan A.S. atau nyatakan penjelasan anda tentang: / <i>A copy of Certificate of Loss of Nationality of the U.S. or specify your explanation of:</i>		
• 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>		
Sebab: Bukan orang A.S / <i>Reason: Non U.S. person</i>		

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"/> <input type="text"/> TIN <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> TIN <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> TIN <input type="text"/> <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.*

PART D-Penjelasan maklumat Pemastautin Cukai./ 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 Tandatanganan / 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 Laporan 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.

Tandatanganan/ <i>Signature</i> :	_____
Nama/ <i>Name</i> :	_____
Tarikh (HH/BB/TTTT)/ <i>Date (DD/MM/YYYY)</i> :	_____
Keupayaan/ <i>Capacity</i> :	_____ (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) <i>(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)</i>

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 :-

- 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).
- 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
- 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.
- 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 / AmIslamic 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