MCIS INSURANCE BERHAD Registration No.: 199701019821 (435318-U)

Head Office:
Wisma MCIS, Jalan Barat,
46200 Petaling Jaya,
Selangor Darul Ehsan,
Malaysia

Postal Address:
P.O. Box 345, Jalan Sultan,
46916 Petaling Jaya,
Selangor Darul Ehsan,
Malaysia

T +603 7652 3388
F +603 7957 1562
E customerservice@mcis.my
W www.mcis.my

mcis LIFE
member of Sanlam group

BORANG PERMOHONAN TUNTUTAN FAEDAH HILANG UPAYA YANG MENYELURUH DAN KEKAL BAGI POLISI BERKELOMPOK
TOTAL AND PERMANENT DISABILITY CLAIM APPLICATION FORM FOR GROUP POLICY (GROUP CREDIT SHIELD)

Borang ini harus diisikan oleh pemunya polisi / pihak yang menuntut. / *This form is to be completed by Policy Owner / claimant.*

1. Butir-butir Berkenaan Orang Yang Kehilangan Keupayaan / *Particulars On Person Disabled.*	
A. No. Polisi: *Policy No* : Nama Pemunya Polisi. *Name of Policy Owner.*	B. Nama Hayat Diinsuranskan. *Name of Life Assured.*
C. No. Kad Pengenalan /*NRIC No* *Baru (New) :* *Lama (Old) :*	D. Alamat Terkini *Latest Address* : Tel Rumah / *House* : Tel Bimbit / *HP*: Alamat e-mel / *Email address :*
2. Hilang Upaya / Details of Disability	
A. Nyatakan dengan terperinci keadaan atau tanda-tanda penyakit anda *Please describe the condition or the symptoms fully.*	B. i) Bilakah tanda-tanda / keadaan itu mula-mula timbul? *When did the symptoms / conditions first appear?* ii) Adakah anda kini terlantar di katil/rumah/hospital? *Are you currently confined to bed/house/hospital*
C. –Tarikh bermula hilang upaya *Date of beginning of Disability: ……...* - Tarikh bersara awal atas sebab kesihatan/berhenti kerja *Date Medically boarded out/stopped work* : ……	D. Tarikh anda bercadang untuk memulakan tugas biasa anda *State the expected date that you will resume your normal duties* ……
E. Adakah Hayat Diinsuranskan membuat apa-apa tuntutan daripada syarikat insuran yang lain atau sumber yang lain berkaitan penyakit ini? Jika ya, sila nyatakan *Are Life Assured claiming from any other insurance companyor other sources in respect of this illness? If yes, please state* a. Nama syarikat insuran / *Name of insurer* b. Jumlah tuntutan / *Amount claimed* c. No. Polisi / *Policy No*	

F. Butir Perkerjaan / *Occupational Details*			
Butir Perkerjaan / *Occupational Details*	Jenis Perkerjaan *Nature of Occupation*	Purata Pendapatan Bulanan *Average monthly income*	Nyatakan maklumat tepat tentang tugas dan perkerjaan dan alamat majikan *Describe in detail exact duties performed and nature and address of employer*
Sebelum menghidap hilang upaya *Prior to suffering from Disability*			
Status perkerjaan terkini *Current Employment status*			

Kebenaran/Pemberian Hak / *Authorization*

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

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

……
Tandatangan Pemunya Polisi
For & on behalf of Policyholder
Nama :
Name : ……..

Policyholder's Stamp :

……

Tarikh :
Date : ……..

……..
Tandatangan Penuntut
Signature of Claimant
Nama :
Name : ……...
No K/P
I/C No : ……..
Alamat e-mel
Email address : ……
Tel no.
Tel no.: ……
Pekerjaan
Occupation: ……
(Jika tuntutan bayar kepada orang lain daripada pemunya polisi)
(If proceed is payable to other than the Policyholder)

……..
Tandatangan Saksi
Signature of Witness
Nama :
Name : ……..
No K/P
/C No : …….

BORANG E_BAYARAN / e_PAYMENT APPLICATION FORM

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

Kepada / *To*: **MCIS INSURANCE BERHAD**

PER/ *RE* : **NO POLISI / *POLICY NO*: _____**

Saya mengizinkan/ memberi kebenaran MCIS INSURANCE BERHAD (merujuk kepada MCIS LIFE) mengkreditkan bayaran insurans saya ke akaun bank seperti yang dinyatakan dibawah:-
I hereby allow/ give consent that payment(s) due to me by MCIS INSURANCE BERHAD (hereafter referred to as MCIS LIFE) on the abovementioned policy be credited to my bank account as stated below and confirm that :-

1. Saya mengizinkan MCIS LIFE memberi data peribadi saya kepada pihak bank untuk memudahkan pembayaran insurans.
   I give consent to MCIS LIFE releasing the below data to its banker in order to facilitate the payment(s).

2. Saya mengesahkan bahawa maklumat yang dinyatakan oleh saya adalah benar dan tepat. Sekiranya terdapat percanggahan maklumat, pembayaran akan ditangguhkan. Sila berikan butiran akaun bank yang tepat untuk mengelakkan pengkreditan pembayaran yang tidak tepat
   I confirm the information provide herein are true and accurate and in the event I have made an error or omission, I understand the payment will be delayed. Please provide the accurate bank account details to avoid any inaccuracy of crediting the said payment

3. Permintaan saya ini tidak boleh dibatalkan tanpa persetujuan MCIS LIFE. MCIS LIFE boleh pada bila-bila masa menukar cara pembayaran kepada saya dengan kaedah lain.
   My request herein shall be irrevocable without the consent of MCIS LIFE. MCIS LIFE may at any time in its absolute discretion effect payment(s) to me by other methods.

4. Pilihan akaun bank dan butiran diri saya adalah seperti dinyatakan di bawah.
   My preferred bank account and contact details are as stated below.

Nama Bank/ *Bank Name* : _____

No Akaun Bank/ *Bank Account No* | | | | | | | | | | | | | | | |

No. Identiti seperti di Akaun Bank/
Identity No. as per bank A/C : _____

No Telefon Bimbit/ *Mobile Phone No.* : _____

Alamat E-mel/ *E-mail Address* : _____

Nama/ *Name* : _____ _____

Tarikh/ *Date* : _____ Tandatangan Pemegang Polisi/ Penuntut
Policyowner / Claimant Signature

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

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

SENARAI BANK DAN BUTIRAN RUJUKAN / LIST OF BANKS AND DETAILS FOR REFERENCE				
Nama Bank / *Bank Name*	**Angka Digit**		**Nama Bank / *Bank Name***	**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

Mukasurat ini sengaja dikosongkan
This page intentionally left blank

mcis LIFE

member of Sanlam group

SUPPLEMENTARY CLAIM FORM (E-INVOICE) / *BORANG TUNTUTAN TAMBAHAN (E-INVOIS)*

Claim No / No. Tuntutan	
Policy No / *No. Polisi*	

1. COMPANY PARTICULARS / *BUTIR-BUTIR SYARIKAT*

Complete this section if **POLICY OWNER** is Institution
*Lengkapkan bahagian ini jika **PEMUNYA POLISI** adalah Institusi*

Name of Company/ Organization *Nama Syarikat/ Organisasi*	
Nature of Business / *Jenis Perniagaan*	
Registered Address / *Alamat Berdaftar*	
Place of Business address (if differs from above Registered address) / *Alamat Tempat Perniagaan (jika berbeza daripada alamat Berdaftar)*	
Tax Identification Number/ *Nombor Pengenalan Cukai*	Note/ *Nota*: If you are a tax resident of Malaysia and another country; or / *Sekiranya anda adalah pembayar cukai Malaysia dan negara lain; atau* Not a tax resident of Malaysia but a tax resident of another country/ *Bukan pembayar cukai Malaysia tetapi pembayar cukai negara lain* Please complete the FATCA & CRS Entity Self Certification Form. / *Sila lengkapkan Borang Pengesahan Diri Entiti FATCA & CRS.*
SST registration number / *Nombor pendaftaran SST*	Notes/ *Nota*: This is not applicable to companies that are not SST-registered / *Ini tidak terpakai kepada* syarikat yang *tidak berdaftar SST.*
SST Group (A - J)/ *Kumpulan SST (A - J)*	
Malaysia Standard Industrial Classification (MSIC) Code/ *Kod Piawaian Pengelasan Industri Malaysia (MSIC)*	Notes/ *Nota*: 5 Digit numeric code that represents the Company's business nature and activity. Eg-10509/ *Kod numerik 5 digit yang mewakili sifat dan aktiviti perniagaan Syarikat cth - 10509*

MCIS INSURANCE BERHAD (435318-U)
Head Office: Wisma MCIS, Jalan Barat, 46200 Petaling Jaya, Selangor Darul Ehsan, Malaysia
Postal Address: P.O. Box 345, Jalan Sultan, 46916 Petaling Jaya, Selangor Darul Ehsan, Malaysia
T +603 7652 3388
F +603 7957 1562
E customerservice@mcis.my www.mcis.my

Business Activity Description as per MSIC Code/ *Deskripsi Aktiviti Perniagaan mengikut Kod MSIC*	Notes/ *Nota*: Description of the company's business activity per MSIC code. Eg – 10509 – Manufacturing of other dairy products n.e.c. / *Penerangan mengenai aktiviti perniagaan syarikat ini adalah pembuatan produk makanan dan minuman. Cth – 10509 – Pembuatan produk tenusu lain t.t.t.*
Tourism Tax Registration Number *Nombor Pendaftaran Cukai Pelancongan*	Notes/ *Nota*: This is only applicable and mandatory to tourism tax registrant, which may consist of hotel operators and online travel operators. / *Ini hanya terpakai dan wajib kepada pendaftar cukai pelancongan, yang mungkin terdiri daripada pengendali hotel dan pengendali pelancongan dalam talian.*
Company Registration Number *Nombor Pendaftaran Syarikat*	
Country of Incorporation / *Negara Diperbadankan*	
Date of Incorporation / *Tarikh Diperbadankan*	(DD/MM/YYYY */ HH/BB/TT*)
Contact Number / *Nombor Telefon*	
Email Address / *Alamat Emel*	Notes/ *Nota*: Official E-Mail address of the organization to communicate E-invoices. / *Alamat e-mel rasmi organisasi untuk berkomunikasi e-invois.*

2. INDIVIDUAL PARTICULARS / *BUTIR-BUTIR INDIVIDU*

Complete this section if **POLICY OWNER** is Individual
*Lengkapkan bahagian ini jika **PEMUNYA POLISI** adalah Individu*

Name of Policy Owner / *Nama Pemunya Polisi*	
NRIC or Passport No/ *No. Kad Pengenalan atau Pasport*	
Passport Expiry Date / *Tarikh Luput Pasport*	(DD/MM/YYYY / *HH/BB/TT*)
Nationality / *Kewarganegaraan*	
Tax Identification Number/ *Nombor Pengenalan Cukai*	Note/ *Nota*: If you are a tax resident of Malaysia and another country; or / *Sekiranya anda adalah pembayar cukai Malaysia dan negara lain; atau* Not a tax resident of Malaysia but a tax resident of another country/ *Bukan pembayar cukai Malaysia tetapi pembayar cukai negara lain* Please complete the FATCA & CRS Entity Self Certification Form. / *Sila lengkapkan Borang Pengesahan Diri Entiti FATCA & CRS.*
Contact Number / *Nombor Telefon*	
Email Address / *Alamat Emel*	

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, 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 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 */Penandatangan 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*)	