

SEKSYEN 3/ SECTION3: DEKLARASI KESIHATAN/ HEALTH DECLARATION

Setiap soalan di bawah mestilah dijawab dengan penuh oleh hayat yang diinsuranskan/ Each of the following questions must be fully answered by the life assured

(*Sila tandakan (✓) yang mana sesuai) / (*Please tick (✓) whichever is applicable)

DEKLARASI KESIHATAN/ HEALTH DECLARATION	YES	NO
1) Saya mengaku bahawa saya tidak terlanjar sakit dan mampu berjalan tanpa memerlukan bantuan fizikal/ I declare that I am not bedridden and able to walk without requiring physical assistance.		
2) Saya mengaku bahawa saya peka secara mental dan mampu menjawab soalan ejen semasa sesi soal jawab/ I declare that I am mentally alert and capable of answering agent's questions during interview.		
3) Saya mengaku bahawa keadaan kesihatan saya tidak ada perubahan sejak tarikh permulaan polisi ini/ I declare that My state of health has not changed from the time this policy inception.		

SEKSYEN 4/ SECTION 4: DEKLARASI OLEH PEMILIK BENEFISIAL/ DECLARATION BY THE BENEFICIAL OWNER

Adakah anda tahu sesiapa selain dari diri anda memiliki atau memperoleh manfaat dari polisi ini?/

Are you aware of any other person who own or may benefit from the policy other than yourself?

YES NO

Jika jawapan anda "Ya", sila lengkapkan jawapan dibawah/ If your answer is "Yes", please complete the following section :

Nama Penuh (seperti dalam NRIC / Paspot)/ Full name (as in NRIC / Passport)		Tarikh lahir/ Date of birth	
Nombor Kad Pengenalan atau Passport/ National Registration Identity Card (NRIC) or Passport Number		Warganegara/ Nationality	
Alamat E-mel/ Email Address		Nombor Telefon/ Contact Number	
Hubungan dengan Hayat Diinsuranskan/ Relationship to Life Assured			
Nama Majikan atau jenis perniagaan atau pekerjaan/ Name of employer or nature of Self-employment or nature of business		Pekerjaan/ Occupation	
Alamat kediaman/ Residential address			
Alamat surat menyurat/ Mailing address			
Tujuan Transaksi/ Purpose of Transaction			

Nota/Note:-

1. Pemilik benefisial merujuk kepada orang yang layak / Beneficial owner refers to any natural person who:
 - a) Bagi pihaknya transaksi ini sedang dilaksanakan atau / On whose behalf this transaction is being conducted or
 - b) Untuk mengawal benefisiari peserta atau / Ultimately controls the participant beneficiary or
 - c) Untuk mendapat manfaat atau menerima wang yang layak daripada pembayaran kepada waris / Ultimately will benefit or received the money arising from the payout to the beneficiary

SEKSYEN 5/ SECTION 5: PENGAKUAN/ ACKNOWLEDGEMENT

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, dan telah atau mungkin kemudian dari ini dirujuk untuk mendedahkan segala maklumat tersebut kepada MCIS LIFE atau wakilnya. Saya bersetuju membenarkan MCIS LIFE 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 pemeriksa perubatan, syarikat-syarikat reinsurans dan penyiataan tuntutan dan pertubuhan/persekutuan industri) bagi tujuan menguatkuasakan semula polisi. 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 health and medical history or treatment or advise and that has been or may hereafter be consulted to disclose to MCIS LIFE or its representative such information. I agree that MCIS LIFE 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 or any selected third parties (within or outside Malaysia, including medical examiners, reinsurance and claims investigation companies and industry associations/federations) for the purpose of processing this revival/ reinstatement. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

DENGAN INI SAYA mengaku bahawa saya telah membaca Borang Pengakuan ini atau maklumat-maklumat yang terkandung didalamnya telah disampaikan kepada saya dan bahawa jawapan yang diberi di dalam Borang Pengakuan ini adalah dari saya sendiri. DENGAN INI SAYA MENGESAHKAN bagi pihak diri saya sendiri dan sesiapa yang mungkin ada atau menuntut sebarang kepentingan diatas polisi ini bahawa jawapan-jawapan yang diberi di atas adalah lengkap dan benar. SAYA BERSETUJU supaya ianya diambil sebagai asas kontrak pindaan, cadangan menguatkuasakan semula, perubahan ataupun penambahan. SAYA BERSETUJU bahawa pengakuan ini, cadangan asal dan sebarang pengakuan terdahulu atau yang dibuat diantaranya yang ditandatangani oleh saya serta jawapan-jawapan yang mungkin atau yang telah saya buat kepada Pegawai Perubatan MCIS LIFE akan menjadi asas kepada kontrak pindaan dan/atau menguatkuasakan semula polisi diantara MCIS LIFE dengan saya. Saya bersetuju dan faham bahawa jika terdapat sebarang kenyataan yang tidak benar atau bercanggah, maka kontrak polisi yang dipinda atau menguatkuasakan semula polisi akan menjadi tidak sah/ I DECLARE that I have read the declaration or the same was interpreted to me and the answers written in this declaration are mine and I CERTIFY on behalf of me and of any person who may have or claim any interest in said policy, each of the above answers to be fully complete and true. I also AGREE that they shall, with the following Agreement, be taken as the basis for the altered contract and/or proposed revival/reinstatement, of my policy. I AGREE that this declaration, the original proposal and any previous or intervening declaration signed by me together with any answer I may make or have made to the MCIS Life Medical Officer shall be the basis of the altered contract and/or revived/reinstated policy contract between me and MCIS LIFE. It is expressly agreed and understood that if anything therein is stated which is in anyway contrary to the truth then the revived or reinstated policy shall be absolutely void.

SAYA JUGA BERSETUJU bahawa sebarang pindaan atau menguatkuasakan semula polisi tidak akan diambil kira walaupun bayaran dibuat selepas itu sehingga mendapat kelulusan dari Ibu Pejabat MCIS LIFE buat masa ini dan bagi permohonan menguatkuasakan semula polisi, ianya akan hanya berkuatkuasa mulai dari tarikh kelulusan tersebut/ I further AGREE that the altered contract and/or proposed revival/reinstatement shall not take effect irrespective of any monies paid pursuant thereto, until the same shall have been approved by MCIS LIFE at the Head Office for the time being and in the case of revival/ Reinstatement shall have effect from such approval date.

Ditandatangani/ signed at _____ Pada/ On _____ /20_____
(Tempat/ Place) (Haribulan/ Date) (Bulan/ Month) (Tahun/ Year)

Tandatangan Hayat yang Diinsurankan/ Signature of Life Assured Tandatangan Asured / Pencadang / Pembayar/ Signature of Assured/
Proposer / Payer
Nama/ Name : _____ Nama/ Name : _____

Tandatangan Saksi/ Signature of Witness
Nama/ Name : _____
No. KP/ NRIC No : _____
No Tel Bimbit/ Mobile No : _____
Alamat/ Address : _____