

**BORANG TUNTUTAN FAEDAH SEMASA HAYAT
LIVING ASSURANCE CLAIM FORM**

Tiada tanggungan diakui dengan mengeluarkan borang ini
No liability is admitted by issuing this form

**UNTUK DIPENUHI OLEH PEMEGANG POLISI
TO BE COMPLETED BY THE ASSURED**

1. BUTIR – BUTIR PERIBADI / PERSONAL PARTICULARS	
(a) No. Polisi : <i>Policy No :</i> Nama Pemunya Polisi. <i>Name of Policy Owner.</i>	
(b) Nama Hayat Diinsuranskan. <i>Name of Life Assured.</i>	
(c) No. Kad Pengenalan atau Pasport <i>NRIC or Passport No.</i>	
(d) Tarikh Lahir : <i>Date Of Birth :</i>	
(e) Alamat : <i>Address :</i>	
(f) No Telefon : <i>Phone No :</i>	
(g) Alamat e-mel : <i>E-mail Address :</i>	
(h) Pekerjaan : <i>Occupation:</i>	
3. JENIS PENYAKIT / KECEDERAAN & BUTIR – BUTIR BERKAITAN / NATURE OF CLAIM & RELATED DETAILS	
(a) Nyatakan penyakit / kecederaan bagi Hayat Diinsuranskan tuntutan ini <i>Name the disease / injury Life Assured claiming for</i>	
(b) Terangkan simptom penyakit tersebut <i>Describe the symptoms of the disease</i>	

(c)	Tarikh pertama kali Hayat Diinsuranskan mengalami simptom tersebut <i>Date when Life Assured first experience the symptoms</i>	
(d)	Nama dan alamat doktor yang pertama kali merawat atau menasihati Hayat Diinsuranskan bagi penyakit / kecederaan tersebut <i>The name and the address of the doctor first consulted Life Assured for this illness / injury</i>	
(e)	Tarikh pertama kali menerima rawatan atau nasihat doktor <i>Date of first consultation</i>	
(f)	Nama dan alamat doktor yang selalu merawat Hayat Diinsuranskan <i>The name and address of attending doctor</i>	
4. REKOD RAWATAN PERUBATAN / KEMASUKAN HOSPITAL / RECORD OF MEDICAL CONSULTATION / HOSPITALIZATION		
(a)	Sila berikan butir-butir sebarang doktor lain yang telah merawat atau menasihati Hayat Diinsuranskan bagi penyakit / kecederaan di atas ataupun penyakit lain <i>Please give details of any other doctor(s) whom have consulted Life Assured in connection with this illness / injury or any other illness</i>	
(b)	Sila berikan butir-butir ujian pakar /makmal sebelum penyakit dikenalpasti (Contoh: ECG, ujian sinar X, ujian darah, ujian air kencing) <i>Give details of any specialist/laboratory tests undergone prior to the onset of the present problem (eg. ECG's, x-ray, blood test, urine tests lipid profile)</i>	
5. AM / GENERAL		
(a)	Adakah ahli keluarga Hayat Diinsuranskan menghadapi penyakit yang sama atau berkaitan? Jika ya, sila nyatakan <i>Has any of Life Assured blood relatives suffered from a similar or related illness? If yes, please state</i> i) Pertalian persaudaraan / <i>Relationship of relative</i> ii) Jenis penyakit / <i>Nature of illness</i> iii) Tarikh penyakit didiagnosa / <i>Date of illness diagnosed</i>	
(b)	Pernahkah Hayat Diinsuranskan mengalami atau menerima rawatan bagi penyakit / kecederaan yang sama atau berkaitan? Jika ya, sila nyatakan secara terperinci. <i>Have Life Assured previously suffered from, or received treatment for a similar or related illness / injury? If yes, please give full detail</i>	
(c)	Adakah Hayat Diinsuranskan membuat apa-apa tuntutan daripada syarikat insuran yang lain atau sumber yang lain berkaitan penyakit ini? Jika ya, sila nyatakan <i>Are Life Assured claiming from any other insurance company or other sources in respect of this illness? If yes, please state</i> i) Nama syarikat insuran / <i>Name of insurer / co</i> ii) Jumlah tuntutan / <i>Amount claimed</i> iii) No. Polisi / <i>Policy No</i>	

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.

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

.....
Tandatangan Pemegang Polisi / Penuntut
Signature of Assured / Claimant
Nama/Name :
No K/P / IC No :
Tarikh/Date:

.....
Tandatangan Saksi
Witness Signature
Nama/Name.....
No K/P / IC No :
Tarikh/Date:.....

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"/>
<p>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></p> <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>	<input type="checkbox"/> Bukan Orang A.S tetapi tempat lahir di A.S / <i>Non U.S. person but place of birth in U.S.</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 / Tidak /
Yes / 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.)*

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/ <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>

