

**BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN - KENYATAAN PIHAK YANG MENUNTUT
ACCIDENT CLAIM FORM - CLAIMANT'S STATEMENT**

Bahagian A / Part A

Borang ini hendaklah diisikan oleh pihak yang menuntut. Semua soalan hendaklah dijawab dengan lengkap. Tanda (-) tidak akan diterima.

This form is to be completed by the claimant. All questions must be answered. Dash (-) is not acceptable.

Dokumen sokongan yang diperlukan adalah / Supporting documents required are:-			
1. Sijil cuti sakit & sijil tugas ringan (sijil asal diperlukan jika berkerja sendiri) <i>Medical leave certificates & light duty certificate (original certificates are required if self employed)</i>			Claim No.:
2. Laporan sinar X / laporan ahli radiologi / X-ray report / radiologist report			
3. Resit bayaran asal termasuk resit deposit dan bil asal perubatan (untuk manfaat pembayaran balik perubatan sahaja) <i>Original payment receipts including deposit receipts and itemised medical bills (for medical reimbursement benefit only)</i>			
4. Surat Akuan Masuk dan Keluar/ Nota keluar hospital / Admission and Discharge Card / Discharge Note			
5. Laporan polis/ Police report			
6. Pengesahan majikan mengenai sijil cuti sakit (Lampiran 'A') / Employer's confirmation of paid medical leave (Appendix 'A')			
Resit / bil asal yang dikemukakan (untuk manfaat pembayaran balik sahaja)/ Original receipt(s) / bill(s) submitted (for reimbursement benefit only)			
Tarikh resit/bil <i>Receipt/ bill date</i>	Resit/ bil no. / <i>Receipt/ bill no.</i>	Nama hospital/ klinik/ <i>Name of hospital/clinic</i>	Jumlah resit (RM)/ <i>Receipt amount (RM)</i>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
1. Butir tentang Hayat yang dilindungi / Particulars of Life Assured			
a.	No. Polisi / <i>Policy No</i>		
b.	Nama Hayat Diinsuranskan / <i>Name of Life Assured</i>		
c.	No. Kad Pengenalan / <i>NRIC</i>	Lama: <i>Old:</i>	Baru: <i>New:</i>
d.	No. Telefon Bimbit / <i>Mobile Phone No.</i>		
e.	Alamat Surat Menyurat Terkini <i>Current Correspondence Address</i>		
2. Butir tentang Pihak Menuntut / Particular of Policyowner / Claimant			
a.	Nama Pemegang Polisi / Penuntut <i>Name of Policyowner / Claimant</i>		
b.	No. Kad Pengenalan / <i>NRIC</i>	Lama: <i>Old:</i>	Baru: <i>New:</i>
c.	No. Telefon Bimbit / <i>Mobile Phone No.</i>		
d.	Alamat e-mel / <i>Email address</i>		

Butir kemalangan dan kemasukan hospital / Accident and hospitalisation details	
a.	(a) Nama dan Alamat Majikan <i>Employer's Name and Address</i> (b) No. Telefon Majikan <i>Employer's Telephone No.</i>
b.	Pekerjaan Pemegang Polisi / <i>Assured's Occupation</i> : (a) Pekerjaan semasa kemalangan <i>Occupation during accident</i> (b) Maklumat tepat tentang pekerjaan dan tugas <i>Exact nature of occupation and duties</i> (c) Adakah anda terlibat melakukan tugas kasar. Jika ya, sila beri keterangan <i>Involved in manual work? If yes, please elaborate.</i> <input type="checkbox"/> Ya/ Yes, <input type="checkbox"/> Tidak/ No
c.	Butir tentang Kemalangan/ <i>Accident details</i> (a) Bila kemalangan tersebut berlaku? <i>When did it occur?</i> (b) Di mana kemalangan tersebut berlaku? <i>Where did it occur?</i> (c) Bagaimana kemalangan tersebut berlaku? <i>How did it occur?</i> (d) Jenis dan tahap kemalangan tersebut berlaku? <i>Nature and extent of injury?</i> Waktu HH/BB/TT Time DD/MM/YY
d.	(a) Nama dan alamat doktor yang merawat kecederaan anda <i>Name and address of doctors who treated you for the injury</i> (b) Tarikh rawatan pertama <i>Date of first consultation</i> (c) Tarikh kemasukan hospital wad (jika ada) <i>Date of hospitalisation (if any)</i> (e) Name of Hospital / <i>Nama Hospital</i>
e.	(a) Tarikh hari pertama tidak hadir ke tempat kerja <i>Date of first day absent from work</i> (b) Tarikh mula bekerja semula <i>Date of return to work</i>
f.	Adakah hayat yang dilindungi kini diinsuranskan untuk faedah hospitalisasi dengan syarikat lain? Jika ya, sila nyatakan <i>Is Life Assured presently insured for hospitalization benefits with other companies? If yes, please state.</i> <input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No Nama Syarikat Insurans No. Polisi Tarikh Berkuatkuasa (HH/BB/TTTT) Amaun <i>Names of Insurance Companies Policy No. Effective Dates (DD/MM/YYYY) Amount of Benefits (RM)</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.

Tandatangan Pemegang Polisi / Penuntut
Signature of Policyowner / Claimant

Nama/ Name: _____

No. KP/ NRIC: _____

Tarikh/ Date: _____

Tandatangan Saksi
Signature of Witness

Nama/ Name: _____

No. KP/ NRIC: _____

Tarikh/ Date: _____

BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN – KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT
ACCIDENT CLAIM FORM – ATTENDING PHYSICIAN’S STATEMENT

Bahagian B / Part B

Semua soalan hendaklah dijawab dengan lengkap. Tanda (–) tidak akan diterima. Segala penukaran hendaklah disahkan oleh doktor yang merawat.

All questions must be answered. Dash (–) is not acceptable. All alterations must be initialed by treating physician.

1.	Nama Pesakit <i>Patient’s Name</i>	
2.	No. Kad Pengenalan <i>NRIC</i>	Lama: <i>Old:</i> Baru: <i>New:</i>
3.	Sijil Beranak / Pasport <i>Birth Certificate / Passport No.</i>	
4.	Pekerjaan <i>Occupation</i>	
5.	Tarikh dan masa kemalangan <i>Date and time of accident</i>	
6.	(a) Tarikh dan masa rawatan pertama <i>Date and time of first consultation</i> (b) Adakah anda doktor perubatan kebiasaannya? <i>Are you the regular medical doctor?</i>	
7.	Terangkan secara terperinci jenis kemalangan seperti yang telah dinyatakan oleh pesakit : <i>Describe in detail the nature of accident as related to you by the patient.</i>	
8.	Adakah terdapat sebarang kecederaan / luka luaran ketara akibat kemalangan tersebut? <i>Were there any external and visible injuries or wound as a result of this accident?</i> (a) Jika benar, nyatakan tahap kecederaan termasuk lokasi, saiz dan kedalaman luka (cm) <i>If yes, please describe the extent of injuries including location, size and depth of wound (cm)</i> Jika berlaku sebarang amputasi anggota, sila nyatakan lokasi dan tahap amputasi tersebut (proximal, tengah, distal). <i>In the event of any amputation, please state the location and at what level (proximal, middle, distal).</i> (b) Jika tidak, nyatakan sebarang bukti lain yang konsisten dengan kemalangan seperti yang dituntut oleh pesakit : <i>If no, describe any other evidence that is consistent with the accident as claimed by the patient.</i>	
9.	Rawatan yang diberi termasuk rawatan lanjutan (tarikh rawatan, kadar sembuh, rawatan seperti jumlah jahitan, STO, fisiotherapi, jenis pencucian dsb) / <i>Treatment given including follow-up (dates of consultation, healing progress, treatments such as number of stitches, STO, physiotherapy, type of dressing etc)</i> <u>Tarikh / Date</u> <u>Kadar sembuh/ Healing progress</u> <u>Rawatan/ Jenis Ubat/ Treatment/ Medication</u>	

10.	Adakah kemalangan disebabkan secara langsung atau tidak daripada: <i>Was the accident directly or indirectly related to the following?</i> <i>If yes, please tick (✓).</i>	<input type="checkbox"/> Cubaan bunuh diri/ Perbuatan sendiri <i>Attempted Suicide / Self – inflicted</i> <input type="checkbox"/> Di bawah pengaruh alkohol/ Salahguna Dadah <i>Influence of alcohol / Drug Abuse</i> <input type="checkbox"/> Mental/ Ketidak kawalan keresahan Mental/ <i>Anxiety Disorders</i> <input type="checkbox"/> Pelanggaran undang-undang oleh pesakit <i>Violation of the law by the patient</i>
11.	Patah tulang / <i>Fracture</i> (a) Lokasi, jenis patah: <i>Location, type of fracture:</i> (b) Jika pesakit diberi sebarang bentuk pembatasan bergerak (POP, sandal belakang, crepe bandage dan sebagainya), sila nyatakan: <i>If patient was put on any form of immobilization (POP, backslap, crepe bandage, etc), please furnish us:</i> (i) Jenis pembatasan bergerak yang diguna <i>Type of immobilization used</i> (ii) Tarikh mula digunakan dan ditanggalkan <i>Date first applied and date removed</i> (iii) Tarikh pesakit mula fisioterapi <i>Date patient started on physiotherapy</i> (iv) Tarikh pesakit memulakan senaman tanpa sokongan <i>Date patient started on full weight bearing exercise</i>	Mula diguna: <i>Applied:</i> Ditanggal: <i>Removed:</i>
12.	(a) Tarikh akhir rawatan <i>Last date of consultation</i> (b) Keadaan anggota yang cedera <i>Condition of the injured part</i> (c) Sila nyatakan pembatasan pergerakan sebenar bagi sebarang sendi pada tarikh akhir rawatan <i>Please state actual limitation of movement on any joint at the last date of treatment</i>	
13.	Adakah proses sembuh lancar/ rumit? Sila beri butir kerumitan <i>Was healing straight forward / complicated? Give details of complication</i>	
14.	Adakah gambar sinar X diambil? Jika ada sila laporkan keputusan filem sinar X. <i>Was X-ray taken? If yes, please furnish X-ray result</i>	<u>Tarikh/ Date</u> <u>Keputusan/ Result</u>
15.	Butir Kemasukan Hospital/ <i>Details of Hospitalization :</i> (a) Nama hospital / <i>Name of hospital</i> (b) Tarikh masuk / <i>Date admitted</i> (c) Tarikh keluar / <i>Date discharge</i> (d) Butir pembedahan dilakukan / <i>Details of surgery performed</i> (e) Butir lain-lain prosedur diagnostik atau rawatan khusus <i>Details of other special diagnostics procedure or treatment</i>	

16.	Tarikh sembuh untuk patah tulang <i>Date of fracture united</i>	
17.	Nama dan alamat doktor-doktor lain yang merawat pesakit untuk kecederaan yang sama. <i>Name and address of other doctors who treated patient for the same injury.</i>	
18	Pada pendapat anda, adakah terdapat kecacatan fizikal atau penyakit yang mungkin menyumbang secara langsung atau tidak langsung terhadap kemalangan ini? <i>In your opinion, is there any physical impairment or disease / illness which may have contributed directly or indirectly, to the accident?</i>	
19	Adakah sebarang penyakit di dalam sejarah perubatan pesakit yang boleh menyumbang secara langsung atau tidak langsung ke atas kemalangan atau berkemungkinan boleh membantut tahap kesembuhan pesakit? Sila beri keterangan. <i>Is there anything in his medical history which may have contributed, directly or indirectly, to the accident, or which may be likely to retard his recovery? If yes, please provide details.</i>	
20	(a) Tempoh pesakit mengalami ketidakupayaan menyeluruh dan sementara yang menghalang pesakit daripada menjalankan sebarang tugas yang berkaitan dengan pekerjaan atau apa-apa jenis pekerjaan lain. <i>Period the patient were temporary totally disabled which prevents the patient / assured from engaging in any duties pertaining to his / her occupation or any kind whatsoever.</i> (b) Tempoh pesakit mengalami ketidakupayaan sebahagian sementara yang menghalang pesakit daripada melakukan satu atau lebih tugas berkaitan dengan pekerjaan beliau <i>Period the patient were temporarily partially disabled which prevents the patient / assured from performing one or more duties pertaining to his / her occupation.</i>	(a)Dari sehingga <i>From To</i> (b)Dari sehingga <i>From To</i>

Pengisytiharan / Declaration

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya sendiri telah memeriksa dan merawat pesakit untuk kecederaan/ penyakit yang dialami beliau seperti tersebut diatas dan semua jawapan di atas adalah benar setakat pengetahuan saya.

I hereby certify that I have personally examined and treated the patient for his/ her injuries/ illness described above and the above answers are all true to the best of my knowledge.

.....
Tandatangan Doktor yang Merawat
Signature of Attending Physician

.....
Cop Nama & Hospital/ Klinik
Official stamp

.....
Tarikh
Date

LAMPIRAN A / APPENDIX A

TUNTUTAN KEMALANGAN / ACCIDENT CLAIM

- Tiada Tanggungan diakui dengan mengeluarkan borang ini / *No liability is admitted by issuing this form*
- Borang ini mestilah diisi sepenuhnya hanya oleh Majikan / *This form must be strictly completed by the Employer*

Pengesahan Majikan mengenai Sijil Cuti Sakit berbayar kepada pekerja
Employer's Confirmation of paid Medical Leave Certificate to an Employee

No. Polisi:

Policy No.:

1. Dengan ini disahkan bahawa Encik/Puan/Cik
This is to confirm that Mr./Mrs./Ms. :

No. K.P.

NRIC No. :

telah diberi sijil cuti sakit berbayar dari sehingga atas sebab-sebab
was granted paid medical leave certificate from to for reasons

(nyatakan jenis penyakit atau kecederaan)

(state nature of illness or injury)

2. Tarikh mula bekerja semula / *Date of return to work*

3. Maklumat tepat tentang pekerjaan dan tugas / *Exact nature of occupation and duties:*
.....

3. Adakah Sijil-sijil Cuti sakit asal diterima oleh anda? (Ya / Tidak) :
Are the original Medical Leave Certificates received by you? (Yes / No):
.....

4. Adakah pekerja di atas masih dalam perkhidmatan? (Ya / Tidak)
Is the worker above still in service? (Yes / No):

Jika tidak, bilakah hari terakhir dalam perkhidmatan?

If no, when was the last date of service?

5. Adakah ini kes PERKESO? (Ya / Tidak) Jika ya, sila kepilkan Borang PERKESO 21 :
Is this a SOCSO case? (Yes / No). If yes, please attach SOCSO Borang 21 :

Tandatangan

Signature :

Nama

Name :

Jawatan (Profesion atau pekerjaan)

Designation (Profession or occupation) :

Alamat (Cop rasmi pejabat)

Address (Company official stamp) :

No. Telefon

Telephone No. :

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 Pemegang Polisi / Penuntut
Signature of Policyowner / Claimant

Tandatangan Saksi
Signature of Witness

Nama/ Name: _____

Nama/ Name: _____

No. KP/ NRIC: _____

No. KP/ NRIC: _____

Alamat/ Address: _____

Alamat/ Address: _____

No. Telefon Bimbit
Mobile phone number: _____

No. Telefon Bimbit
Mobile phone number: _____

Tarikh/ Date: _____

Tarikh/ Date: _____

Mukasurat ini sengaja dikosongkan
This page intentionally left blank

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 / <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 / Amlslamic 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