

BORANG TUNTUTAN HOSPITAL - KENYATAAN PIHAK YANG MENUNTUT

HOSPITAL BENEFIT 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. Salinan bil / Nota discaj menunjukkan tarikh masuk dan keluar hospital
Copy of hospital bill/ discharge note showing admission and discharge date
2. Surat Akuan Masuk dan Keluar
Admission and Discharge Card
3. Keputusan Makmal dan Radiologi
Laboratory and Radiology Reports

NO. POLISI / POLICY NO.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Butir tentang Hayat yang dilindungi / *Particulars of Life Assured*

Nama Hayat Diinsuranskan / *Name of Life Assured*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No. KP / <i>NRIC No.*</i>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	No. SK/ <i>BC No.</i>	<input type="checkbox"/>	No. Pasport/ <i>Passport No.</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	----------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Tarikh Lahir (HH/BB/TTTT) / <i>Date of Birth (DD/MM/YYYY)</i>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Tarikh Luput Pasport (HH/BB/TTTT) / <i>Passport Expiry Date (DD/MM/YYYY)</i>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
---	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	--	----------------------	---	----------------------	---	----------------------

<input type="checkbox"/>	Kewarganegaraan: Malaysian <i>Nationality: Malaysian</i>	<input type="checkbox"/>	Jika lain, nyatakan Kewarganegaraan: <i>If others, state Nationality:</i>	<input type="text"/>
--------------------------	---	--------------------------	--	----------------------

<input type="checkbox"/>	Penduduk Tetap Malaysia / <i>Malaysia Permanent Resident</i>	Sila nyatakan negara asal / <i>Please state your origin country</i>	<input type="text"/>
--------------------------	--	---	----------------------

No. Telefon Bimbit / *Mobile Phone No.* -

Alamat Surat Menyurat / *Correspondence Address*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/>	Poskod / <i>Postcode</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Bandar / <i>City</i>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Negeri / <i>State</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Negara / <i>Country</i>	<input type="text"/>

2. Butir tentang Pihak Menuntut / *Particular of Policyowner / Claimant*

Nama Pemegang Polisi / Penuntut / *Name of Policyowner / Claimant*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No. KP / <i>NRIC No.*</i>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	No. SK/ <i>BC No.</i>	<input type="checkbox"/>	No. Pasport/ <i>Passport No.</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	----------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Tarikh Lahir (HH/BB/TTTT) / <i>Date of Birth (DD/MM/YYYY)</i>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Tarikh Luput Pasport (HH/BB/TTTT) / <i>Passport Expiry Date (DD/MM/YYYY)</i>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
---	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	--	----------------------	---	----------------------	---	----------------------

<input type="checkbox"/>	Kewarganegaraan: Malaysian <i>Nationality: Malaysian</i>	<input type="checkbox"/>	Jika lain, nyatakan Kewarganegaraan: <i>If others, state Nationality:</i>	<input type="text"/>
--------------------------	---	--------------------------	--	----------------------

<input type="checkbox"/>	Penduduk Tetap Malaysia / <i>Malaysia Permanent Resident</i>	Sila nyatakan negara asal / <i>Please state your origin country</i>	<input type="text"/>
--------------------------	--	---	----------------------

No. Pengenalan Cukai / *Tax Identification No.(TIN)* -

Alamat Surat Menyurat / *Correspondence Address*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/>	Poskod / <i>Postcode</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Bandar / <i>City</i>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Negeri / <i>State</i>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Negara / <i>Country</i>	<input type="text"/>

Alamat e-mel / *Email address*

3. Butir kemasukan hospital / Hospitalisation details

a. (a) Masuk hospital : Tarikh / Waktu Waktu (JJ:MM) : Tarikh (HH/BB/TTTT) / /
Admission : Date / Time Time (HH:MM) Date (DD/MM/YYYY)

(b) Keluar hospital : Tarikh / Waktu Waktu (JJ:MM) : Tarikh (HH/BB/TTTT) / /
Discharge : Date / Time Time (HH:MM) Date (DD/MM/YYYY)

(c) Nama Hospital / *Hospital Name*

(d) Lokasi Hospital / *Hospital Location:*

b. Jika kemasukan ke hospital adalah akibat **kemalangan**, sila nyatakan / *If hospitalization was due to accident, please state*

(a) Tarikh dan masa kemalangan Waktu (JJ:MM) : Tarikh (HH/BB/TTTT) / /
Date and time of accident Time (HH:MM) Date (DD/MM/YYYY)

(b) Bagaimana kemalangan tersebut berlaku? / *How did the accident occur?*

(c) Jenis dan tahap kemalangan tersebut berlaku? / *Nature and extent of injury?*

c. Jika kemasukan ke hospital akibat **penyakit**, sila nyatakan: / *If hospitalization was due to illness, please state:*

(a) Apakah simptom yang dialami? / *What were the symptoms presented?*

(b) Sejak bila simptom tersebut dialami sebelum kemasukkan hospital? / *Since when these symptoms presented before admission to hospital?* Tarikh (HH/BB/TTTT) / /

d. Sila berikan maklumat lanjut rundingan: / *Please provide details of consultations:*

(a) Doktor yang merujuk hayat yang dilindungi ke hospital / *The doctor who referred Life Assured to hospital*

Tarikh (HH/BB/TTTT) <i>Date (DD/MM/YYYY)</i>	Nama Doktor / <i>Doctor Name</i>	Alamat Doktor / Klinik / Hospital <i>Address of Doctor / Clinic / Hospital</i>

(b) Semua doktor lain yang merawat untuk penyakit ini / *All other doctors consulted for this illness.*

Tarikh (HH/BB/TTTT) <i>Date (DD/MM/YYYY)</i>	Nama Doktor / <i>Doctor Name</i>	Alamat Doktor / Klinik / Hospital <i>Address of Doctor / Clinic / Hospital</i>

(c) Nama dan alamat doktor yang biasa merawat hayat yang dilidungi selain daripada yang di atas /
Name and address of Life Assured's regular treating doctor other than the above.

Tarikh (HH/BB/TTTT) <i>Date (DD/MM/YYYY)</i>	Nama Doktor / <i>Doctor Name</i>	Alamat Doktor / Klinik / Hospital <i>Address of Doctor / Clinic / Hospital</i>

e. Adakah hayat yang dilidungi kini diinsuranskan untuk faedah hospitalisasi dengan syarikat lain? Jika ya, sila nyatakan / *Is Life Assured presently insured for hospitalization benefits with other companies? If yes, please state.* Ya/ *Yes* Tidak/ *No*

Nama Syarikat Insurans / <i>Names of Insurance Companies</i>	No. Polisi <i>Policy No.</i>	Tarikh Berkuatkuasa (HH/BB/TTTT) <i>Effective Dates (DD/MM/YYYY)</i>	Amaun Faedah (RM) <i>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

 Tandatangan Saksi
Signature of Witness

Nama / *Name* _____

Nama / *Name* _____

No. KP atau Pasport/
NRIC or Passport No. _____

No. KP atau Pasport/
NRIC or Passport No. _____

Tarikh (HH/BB/TTTT)/
Date (DD/MM/YYYY) / /

Tarikh (HH/BB/TTTT)/
Date (DD/MM/YYYY) / /

No. Cukai Pendapatan / *Income Tax No*

Jika Warganegara/Penduduk Tetap selain daripada Malaysia, nyatakan nombor Cukai / *If Citizen / Permanent Resident other than Malaysia, provide your Taxpayer ID*

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>	
<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>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>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>		

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:*

- 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*
- 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"/> TIN <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"/> TIN <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"/> TIN <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.*

Bahagian D-Penjelasan maklumat Pemastautin Cukai./ PART D - 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 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/ *Signature:*

Nama/ *Name:*

Tarikh (HH/BB/TTTT)/
Date (DD/MM/YYYY):

Keupayaan/ *Capacity:*

(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)

(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)

BORANG TUNTUTAN HOSPITAL – KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT
HOSPITAL BENEFIT 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> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>																									
2.	No. KP / <i>NRIC No.</i> * <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> No. SK/ <i>BC No.</i> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> <input type="checkbox"/> No. Pasport/ <i>Passport No.</i> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> </div>																									
3.	(a) Pendaftaran : Tarikh / Waktu <i>Admission : Date / Time</i> Waktu (JJ:MM) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> Tarikh (HH/BB/TTTT) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> Time (HH:MM) Date (DD/MM/YYYY)																									
	(b) Keluar : Tarikh / Waktu <i>Discharge : Date / Time</i> Waktu (JJ:MM) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> Tarikh (HH/BB/TTTT) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> Time (HH:MM) Date (DD/MM/YYYY)																									
4.	Jika kemasukan ke hospital adalah akibat kemalangan, sila nyatakan / <i>If hospitalization was due to accident, please state</i> (a) Tarikh dan masa kemalangan / <i>Date and time of accident</i> Waktu (JJ:MM) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> Tarikh (HH/BB/TTTT) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> Time (HH:MM) Date (DD/MM/YYYY)																									
	(b) Jenis kemalangan / <i>Nature of accident</i> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>																									
5.	Tarikh pertama kali anda memberi rawatan kepada pesakit bagi penyakit / kecederaan / keadaan ini. <i>The date on which you first saw the patient for</i> <i>this illness / injury / condition</i> Tarikh (HH/BB/TTTT) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> Date (DD/MM/YYYY)																									
6.	Adakah pesakit dirujuk kepada hospital anda oleh doktor yang lain? Jika ada, sila nyatakan nama dan alamat doktor tersebut, serta berikan salinan surat rujukan. / <i>Was the patient referred to your hospital by any other doctor? If yes, please indicate his / her name, address and provide a copy of referral letter.</i> <input type="checkbox"/> Ya/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak/ <i>No</i> <i>Nama Doktor / Doctor Name:</i> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> <i>Alamat / Address:</i> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>																									
7.	Apakah simptom yang diberitahu oleh pesakit ketika pertama kali dia berjumpa dengan anda? <i>What were the symptoms that patient complained of when he / she first saw you?</i> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>																									
8.	(a) Berdasarkan maklumat diberi oleh pesakit, berapa lamakah dia telah mengalami simptom tersebut? / <i>According to patient, how long had he / she been experiencing these symptoms</i> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> Tahun / <i>Years</i> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> Bulan / <i>Months</i> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> Hari / <i>Days</i> 																									
	(b) Pada pendapat anda, berapa lamakah simptom tersebut telah wujud? / <i>How long do you think these symptoms had lasted?</i> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> Tahun / <i>Years</i> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> Bulan / <i>Months</i> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> Hari / <i>Days</i> 																									
9.	Pernahkah sebelum ini pesakit menerima rawatan untuk simptom di atas? Jika ada, sila nyatakan nama dan alamat doktor serta tarikh rawatan. / <i>Had patient previously received any treatment for above symptoms? If yes, please furnish name, address of doctors and dates of consultation.</i> <input type="checkbox"/> Ya/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak/ <i>No</i> Tarikh Rawatan (HH/BB/TTTT) / <i>Date of Consultation (DD/MM/YYYY)</i> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td><td style="width: 15px; height: 20px;"></td></tr></table> <i>Nama Doktor / Doctor Name</i> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> <i>Alamat / Address</i> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>																									

10.	<p>Adakah sebarang siasatan, ujian atau prosedur dilakukan? Jika ada, sila nyatakan maklumat lanjut atau sertakan salinan keputusan asal yang disahkan. / <i>Have any investigation, test or procedure been performed? If yes, please furnish the details or certified true copy of the result.</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>								
11.	<p>(a) Apakah diagnosis anda? / <i>What was your diagnosis?</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>(b) Sebab dan patologi berkaitan diagnosis di atas / <i>Cause and pathology underlying the present diagnosis?</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>(c) Adakah anda memberitahu pesakit tentang diagnosis tersebut? Jika ya, sila nyatakan tarikh. / <i>Did you inform the patient of the diagnosis? If yes, please provide date.</i></p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Ya/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak/ <i>No</i> Tarikh (HH/BB/TTTT) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Date (DD/MM/YYYY) </p>								
12.	<p>(a) Rawatan perubatan diberi / <i>Medical treatment given</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>(b) Jenis pembedahan yang dilakukan / <i>Nature of operation performed</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>(c) Nama pakar bedah / <i>Name of surgeon</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>(d) Tarikh pembedahan dilakukan / <i>Date surgery performed</i></p> <p style="text-align: right;"> Tarikh (HH/BB/TTTT) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Date (DD/MM/YYYY) </p>								
13.	<p>Adakah kemungkinan pesakit menghidapi semula penyakit tersebut? / <i>Any possibility of patient having relapse?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ya/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak/ <i>No</i></p>								
14.	<p>Adalah penyakit/ keadaan berkaitan dengan berikut? Jika ya, sila (✓) / <i>Is the illness/ condition related to the following? If yes, please (✓)</i></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pembedahan Kosmetik/ Plastik, Pemeriksaan Perubatan Rutin / <i>Cosmetic / plastic surgery, routine health screening</i></td> <td><input type="checkbox"/> Penyakit Mental/ Penyakit Susah Tidur / <i>Psychotic / mental disorder/ nervous/sleep disorder</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kemabukan, Penyalahgunaan Dadah, AIDS, venereal disease / <i>Intoxication, illegal drugs, AIDS, penyakit kelamin</i></td> <td><input type="checkbox"/> Sukan Berbahaya, Tindakan Melanggar Undang-undang / <i>Hazardous sports, unlawful act</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tindakan Melukakan Diri Sendiri, Bunuh Diri, Percubaan Bunuh Diri / <i>Self inflicted injury, suicide, attempted suicide</i></td> <td><input type="checkbox"/> Tiada di atas / <i>None of the above</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kongenital/ Penyakit Keturunan / <i>Congenital / hereditary conditions</i></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Pembedahan Kosmetik/ Plastik, Pemeriksaan Perubatan Rutin / <i>Cosmetic / plastic surgery, routine health screening</i>	<input type="checkbox"/> Penyakit Mental/ Penyakit Susah Tidur / <i>Psychotic / mental disorder/ nervous/sleep disorder</i>	<input type="checkbox"/> Kemabukan, Penyalahgunaan Dadah, AIDS, venereal disease / <i>Intoxication, illegal drugs, AIDS, penyakit kelamin</i>	<input type="checkbox"/> Sukan Berbahaya, Tindakan Melanggar Undang-undang / <i>Hazardous sports, unlawful act</i>	<input type="checkbox"/> Tindakan Melukakan Diri Sendiri, Bunuh Diri, Percubaan Bunuh Diri / <i>Self inflicted injury, suicide, attempted suicide</i>	<input type="checkbox"/> Tiada di atas / <i>None of the above</i>	<input type="checkbox"/> Kongenital/ Penyakit Keturunan / <i>Congenital / hereditary conditions</i>	
<input type="checkbox"/> Pembedahan Kosmetik/ Plastik, Pemeriksaan Perubatan Rutin / <i>Cosmetic / plastic surgery, routine health screening</i>	<input type="checkbox"/> Penyakit Mental/ Penyakit Susah Tidur / <i>Psychotic / mental disorder/ nervous/sleep disorder</i>								
<input type="checkbox"/> Kemabukan, Penyalahgunaan Dadah, AIDS, venereal disease / <i>Intoxication, illegal drugs, AIDS, penyakit kelamin</i>	<input type="checkbox"/> Sukan Berbahaya, Tindakan Melanggar Undang-undang / <i>Hazardous sports, unlawful act</i>								
<input type="checkbox"/> Tindakan Melukakan Diri Sendiri, Bunuh Diri, Percubaan Bunuh Diri / <i>Self inflicted injury, suicide, attempted suicide</i>	<input type="checkbox"/> Tiada di atas / <i>None of the above</i>								
<input type="checkbox"/> Kongenital/ Penyakit Keturunan / <i>Congenital / hereditary conditions</i>									
15.	<p>Pernahkah sebelum ini pesakit diberi rawatan atau dimasukkan ke hospital ini atau hospital-hospital lain untuk rawatan penyakit ini atau penyakit-penyakit lain? Sila nyatakan. / <i>Has the patient previously been treated or hospitalized in this or any other hospital for this or any other disease? Please state</i></p> <p>1. Tarikh (HH/BB/TTTT) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Doktor/ Hospital/ Klinik / <i>Doctor/ Hospital/ Clinic</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Penyakit / <i>Disease/ Illness</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Rawatan / <i>Details of Treatment</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>2. Tarikh (HH/BB/TTTT) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Doktor/ Hospital/ Klinik / <i>Doctor/ Hospital/ Clinic</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Penyakit / <i>Disease/ Illness</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Rawatan / <i>Details of Treatment</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>								

16. Untuk pesakit wanita sahaja / *For female patients only*

(a) Adakah pesakit hamil ketika dimasukkan ke hospital?
Was the patient pregnant at the time of hospitalization?

Ya/ *Yes*Tidak/ *No*Bulan/ *Months*

(b) Adakah penyakit dengan secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh kehamilan / melahirkan anak / pembedahan caesarian / menggugurkan / keguguran dan lain-lain kesakitan yang berkaitan? Sila beri lanjutan.

Was illness caused directly or indirectly by pregnancy / child birth / caesarean section / abortion / miscarriage and all complications arising therefrom? Please elaborate.

Pengisytiharan / *Declaration*

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya sendiri telah memeriksa dan merawat pesakit untuk kecederaan/ panyakit 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

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 :-

- 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. KP Baru/
New NRIC

No. Pasport/
Passport No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tarikh Luput Pasport (HH/BB/TTTT)/
Passport Expiry Date (DD/MM/YYYY)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

No Telefon Bimbit /
Mobile Phone No.

				-										
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Alamat E-mel / *E-mail*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama / *Name*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tarikh / *Date*

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Pilihan dikenakan kepada /
Option apply to

Semua Polisi /
All Policies

Polisi Semasa /
Current Policy

Tandatangan Pemegang Polisi/ Penuntut
Policyowner / Claimant Signature

Senarai adalah untuk rujukan sahaja. Bank lain (dalam Malaysia) yang tiada dalam senarai dibawah juga diterima./ *Bank Listed below 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 <i>Digit</i>	Nama Bank / <i>Bank Name</i>	Angka <i>Digit</i>
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