

BORANG TUNTUTAN HOSPITAL - KENYATAAN PIHAK YANG MENUNTUT

HOSPITAL BENEFIT CLAIM FORM - CLAIMANT'S STATEMENT

Bahagian A / Part A

Borang ini hendaklah diisi 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:-

- Salinan bil / Nota discaj menunjukkan tarikh masuk dan keluar hospital
Copy of hospital bill/ discharge note showing admission and discharge date
- Surat Aduan Masuk dan Keluar
Admission and Discharge Card
- 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 / NRIC No.*	-	-	No. SK/ BC No.	No. Pasport/ Passport No.
-----------------------	---	---	-------------------	------------------------------

Tarikh Lahir (HH/BB/TTTT) / Date of Birth (DD/MM/YYYY)	/	/	Tarikh Luput Pasport (HH/BB/TTTT) / Passport Expiry Date (DD/MM/YYYY)	/	/
---	---	---	--	---	---

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

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

No. Telefon Bimbit /
Mobile Phone No.

Alamat Surat Menyurat / *Correspondence Address*

Poskod / Postcode	Bandar / City
----------------------	------------------

Negeri / State	Negara / Country
-------------------	---------------------

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

Nama Pemegang Polisi / Penuntut / Name of Policyowner / Claimant

No. KP / NRIC No.*	-	-	No. SK/ BC No.	No. Pasport/ Passport No.
-----------------------	---	---	-------------------	------------------------------

Tarikh Lahir (HH/BB/TTTT) / Date of Birth (DD/MM/YYYY)	/	/	Tarikh Luput Pasport (HH/BB/TTTT) / Passport Expiry Date (DD/MM/YYYY)	/	/
---	---	---	--	---	---

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

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

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

No. Telefon Bimbit /
Mobile Phone No.

Alamat Surat Menyurat / *Correspondence Address*

Poskod / Postcode	Bandar / City
----------------------	------------------

Negeri / State	Negara / Country
-------------------	---------------------

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) / /
Date (DD/MM/YYYY)

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) / /

FATCA AND CRS SELF-CERTIFICATION FORM FOR INDIVIDUALS

****Sila ambil maklum bahawa Pihak yang Menuntut perlu penuhi seksyen ini / Please take note that this section must be completed by the Claimant.**

Sila baca arahan sebelum melengkapkan/ mengisi bahagian ini / *Please read these instructions before completing this section: -*

Kaedah-kaedah Cukai Pendapatan (Pertukaran Automatik Maklumat Akaun Kewangan) 2016 menetapkan Standard Pelaporan Bersama bertujuan untuk pertukaran automatik maklumat akaun kewangan. Ini adalah Perakuan Diri yang perlu dilengkapkan oleh Pencadang (selepas ini dikenali sebagai "anda") kepada syarikat untuk tujuan tersebut. Maklumat yang dikumpul di sini boleh dihantar oleh syarikat kepada pihak berkuasa kerajaan atau badan kawal selia untuk pertukaran dengan pihak berkuasa cukai negara(-negara) lain/ bidang kuasa. / *The Income Tax (Automatic Exchange of Financial Account Information) Rules 2016 sets the Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) and the OECD Common Reporting Standards (CRS) for the purpose of automatic exchange of financial account information. This is a Self-Certification to be completed by the Proposer (hereinafter known as "you") to the Company for the said purpose. The information collected herein may be transmitted by the Company to the government authorities or regulatory bodies for exchange with the tax authorities of another country(ies)/ jurisdiction(s).*

Sekiranya terdapat perubahan dalam keadaan yang berkaitan dengan maklumat, seperti status cukai Individu atau maklumat medan mandatori lain yang menjadikan borang ini tidak betul atau tidak lengkap, sila maklumkan kepada kami dengan memberitahu kami atau memberikan kami Borang Persijilan Diri yang dikemas kini. / *Should there is a change in circumstances relating to information, such as the Individual's tax status or other mandatory field information that makes this form incorrect or incomplete, please let us know by notifying us or providing us with an updated Self-Certification Form.*

Anda dikehendaki untuk melengkapkan Perakuan Diri ini sepenuhnya (melainkan jika dinyatakan sebaliknya). / *You are required to complete this Self-Certification in full (unless stated otherwise).* Jika tidak, Syarikat tidak boleh memproses permohonan ini tanpa pengakuan anda. / *Otherwise, the Company will not be able to process this application without your declaration.*

Sila lengkapkan Sijil Perakuan Diri ini jika anda seorang individu. Untuk Syarikat, sila lengkapkan Borang Perakuan Diri FATCA dan CRS. / *Please complete this Self-Certification if you are an individual. Otherwise, please complete Entity FATCA and CRS Self-Certification Form if you are an entity.*

Jika anda mempunyai sebarang pertanyaan mengenai Perakuan Diri atau status cukai pemastautin anda, sila rujuk kepada penasihat cukai, undang-undang dan/atau penasihat profesional yang lain. / *If you have any questions on the Self-Certification or your tax residency status, please consult your tax, legal advisor and/or other professional advisors*

PART A - BUTIR PIHAK YANG MENUNTUT / DETAILS OF CLAIMANT

Nama Pihak yang Menuntut seperti di Kad Pengenalan/ Sijil Kelahiran (SK)/ Pasport / *Name of Life Assured (as in the NRIC / Birth Certificate (BC) / Passport)*

En/Puan/Cik/Lain-lain*
Mr/Mrs/Miss/Others*

Alamat kediaman / *Residential address*

Poskod / *Postcode* Bandar / *City*
Negeri / *State* Negara / *Country*
Alamat e-mel / *Email address*

Alamat surat-menyurat / *Correspondence address*

Poskod / *Postcode* Bandar / *City*
Negeri / *State* Negara / *Country*
Alamat e-mel / *Email address*

No. KP / *NRIC No.* - No. SK/ *BC No.* - No. Pasport/ *Passport No.*

Tarikh Lahir (HH/BB/TTTT) / *Date of Birth (DD/MM/YYYY)* Tarikh Luput Pasport (HH/BB/TTTT) / *Passport Expiry Date (DD/MM/YYYY)*

(Masukkan kod negara dalam kotak) cth. +60 untuk Malaysia.
(*Enter the country code in the box e.g. +60 for Malaysia.*)

Kod Negara / *Country Code* No. Telefon / *Phone No.*

No. Tel. Pejabat / *Office Tel. No.*

No. Tel. Bimbit / *Mobile Phone No.*

No. Tel. Rumah / *House Tel. No.*

☐ Kewarganegaraan: Malaysian
Nationality: Malaysian
☐ Penduduk Tetap Malaysia /
Malaysia Permanent Resident

☐ Jika lain, nyatakan Kewarganegaraan:
If others, state Nationality:
Sila nyatakan negara asal /
Please state your origin country

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> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>TIN</div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	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> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>TIN</div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	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> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>TIN</div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	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> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
2.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> No. KP / <i>NRIC No.</i> * - - </div> <div> <input type="checkbox"/> No. SK/ <i>BC No.</i> <input type="checkbox"/> No. Pasport/ <i>Passport No.</i> </div> </div>		
3.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> (a) Pendaftaran : Tarikh / Waktu <i>Admission : Date / Time</i> </div> <div> Waktu (JJ:MM) <i>Time (HH:MM)</i> : </div> <div> Tarikh (HH/BB/TTTT) <i>Date (DD/MM/YYYY)</i> / / </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> (b) Keluar : Tarikh / Waktu <i>Discharge : Date / Time</i> </div> <div> Waktu (JJ:MM) <i>Time (HH:MM)</i> : </div> <div> Tarikh (HH/BB/TTTT) <i>Date (DD/MM/YYYY)</i> / / </div> </div>		
4.	Jika kemasukan ke hospital adalah akibat kemalangan, sila nyatakan / <i>If hospitalization was due to accident, please state</i> <div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> (a) Tarikh dan masa kemalangan / <i>Date and time of accident</i> </div> <div> Waktu (JJ:MM) <i>Time (HH:MM)</i> : </div> <div> Tarikh (HH/BB/TTTT) <i>Date (DD/MM/YYYY)</i> / / </div> </div> <div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> (b) Jenis kemalangan / <i>Nature of accident</i> </div> <div style="border: 1px solid black; flex-grow: 1; height: 20px;"></div> </div>		
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 this illness / injury / condition</i> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center;"> Tarikh (HH/BB/TTTT) <i>Date (DD/MM/YYYY)</i> / / </div>		
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> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <i>Alamat / Address:</i> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
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> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
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> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> Tahun / <i>Years</i></div> <div> Bulan / <i>Months</i></div> <div> Hari / <i>Days</i></div> </div> (b) Pada pendapat anda, berapa lamakah simptom tersebut telah wujud? / <i>How long do you think these symptoms had lasted?</i> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> Tahun / <i>Years</i></div> <div> Bulan / <i>Months</i></div> <div> Hari / <i>Days</i></div> </div>		
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> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> <input type="checkbox"/> Ya/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak/ <i>No</i> </div> <div> Tarikh Rawatan (HH/BB/TTTT) / <i>Date of Consultation (DD/MM/YYYY)</i> / / </div> </div> <i>Nama Doktor / Doctor Name</i> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <i>Alamat / Address</i> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		

10.	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>		
11.	(a) Apakah diagnosis anda? / <i>What was your diagnosis?</i> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> (b) Sebab dan patologi berkaitan diagnosis di atas / <i>Cause and pathology underlying the present diagnosis?</i> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> (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> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 5px;"> <div> <input type="checkbox"/> Ya/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak/ <i>No</i> </div> <div> 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"/> <i>Date (DD/MM/YYYY)</i> </div> </div>		
12.	(a) Rawatan perubatan diberi / <i>Medical treatment given</i> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> (b) Jenis pembedahan yang dilakukan / <i>Nature of operation performed</i> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> (c) Nama pakar bedah / <i>Name of surgeon</i> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> (d) Tarikh pembedahan dilakukan / <i>Date surgery performed</i> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 5px;"> <div></div> <div> 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"/> <i>Date (DD/MM/YYYY)</i> </div> </div>		
13.	Adakah kemungkinan pesakit menghidapi semula penyakit tersebut? / <i>Any possibility of patient having relapse?</i> <input type="checkbox"/> Ya/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak/ <i>No</i>		
14.	Adakah penyakit/ keadaan berkaitan dengan berikut? Jika ya, sila (✓) / <i>Is the illness/ condition related to the following? If yes, please (✓)</i> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Pembedahan Kosmetik/ Plastik, Pemeriksaan Perubatan Rutin / <i>Cosmetic / plastic surgery, routine health screening</i> <input type="checkbox"/> Kemabukan, Penyalahgunaan Dadah, AIDS, venereal disease / <i>Intoxication, illegal drugs, AIDS, penyakit kelamin</i> <input type="checkbox"/> Tindakan Melukakan Diri Sendiri, Bunuh Diri, Percubaan Bunuh Diri / <i>Self inflicted injury, suicide, attempted suicide</i> <input type="checkbox"/> Kongenital/ Penyakit Keturunan / <i>Congenital / hereditary conditions</i> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Penyakit Mental/ Penyakit Susah Tidur / <i>Psychotic / mental disorder/ nervous/sleep disorder</i> <input type="checkbox"/> Sukan Berbahaya, Tindakan Melanggar Undang-undang / <i>Hazardous sports, unlawful act</i> <input type="checkbox"/> Tiada di atas / <i>None of the above</i> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Pembedahan Kosmetik/ Plastik, Pemeriksaan Perubatan Rutin / <i>Cosmetic / plastic surgery, routine health screening</i> <input type="checkbox"/> Kemabukan, Penyalahgunaan Dadah, AIDS, venereal disease / <i>Intoxication, illegal drugs, AIDS, penyakit kelamin</i> <input type="checkbox"/> Tindakan Melukakan Diri Sendiri, Bunuh Diri, Percubaan Bunuh Diri / <i>Self inflicted injury, suicide, attempted suicide</i> <input type="checkbox"/> Kongenital/ Penyakit Keturunan / <i>Congenital / hereditary conditions</i>	<input type="checkbox"/> Penyakit Mental/ Penyakit Susah Tidur / <i>Psychotic / mental disorder/ nervous/sleep disorder</i> <input type="checkbox"/> Sukan Berbahaya, Tindakan Melanggar Undang-undang / <i>Hazardous sports, unlawful act</i> <input type="checkbox"/> Tiada di atas / <i>None of the above</i>
<input type="checkbox"/> Pembedahan Kosmetik/ Plastik, Pemeriksaan Perubatan Rutin / <i>Cosmetic / plastic surgery, routine health screening</i> <input type="checkbox"/> Kemabukan, Penyalahgunaan Dadah, AIDS, venereal disease / <i>Intoxication, illegal drugs, AIDS, penyakit kelamin</i> <input type="checkbox"/> Tindakan Melukakan Diri Sendiri, Bunuh Diri, Percubaan Bunuh Diri / <i>Self inflicted injury, suicide, attempted suicide</i> <input type="checkbox"/> Kongenital/ Penyakit Keturunan / <i>Congenital / hereditary conditions</i>	<input type="checkbox"/> Penyakit Mental/ Penyakit Susah Tidur / <i>Psychotic / mental disorder/ nervous/sleep disorder</i> <input type="checkbox"/> Sukan Berbahaya, Tindakan Melanggar Undang-undang / <i>Hazardous sports, unlawful act</i> <input type="checkbox"/> Tiada di atas / <i>None of the above</i>		
15.	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> 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"/> <i>Date (DD/MM/YYYY)</i> Doktor/ Hospital/ Klinik / <i>Doctor/ Hospital/ Clinic</i> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> Penyakit / <i>Disease/ Illness</i> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> Rawatan / <i>Details of Treatment</i> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> 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"/> <i>Date (DD/MM/YYYY)</i> Doktor/ Hospital/ Klinik / <i>Doctor/ Hospital/ Clinic</i> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> Penyakit / <i>Disease/ Illness</i> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> Rawatan / <i>Details of Treatment</i> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		

16. Untuk pesakit wanita sahaja / *For female patients only*
- (a) Adakah pesakit hamil ketika dimasukkan ke hospital? ☐ Ya/ *Yes* ☐ Tidak/ *No* Bulan/ *Months*
Was the patient pregnant at the time of hospitalization?
- (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

Mukasurat ini sengaja dikosongkan
This page intentionally left blank

Policy No / *No. Polisi*

Lengkapkan bahagian ini jika **PEMUNYA POLISI** adalah Institusi

MCIS INSURANCE BERHAD (435318-U)

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 / <i>Nama Pemunya Polisi</i>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
NRIC or Passport No/ <i>No. Kad Pengenalan atau Pasport</i>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
Passport Expiry Date / <i>Tarikh Luput Pasport</i>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> (DD/MM/YYYY / HH/BB/TT) </div> </div>
Nationality / <i>Kewarganegaraan</i>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
Tax Identification Number/ <i>Nombor Pengenalan Cukai</i>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Note/ <i>Nota:</i> If you are a tax resident of Malaysia and another country; or / <i>Sekiranya anda adalah pembayar cukai Malaysia dan negara lain; atau</i> Not a tax resident of Malaysia but a tax resident of another country/ <i>Bukan pembayar cukai Malaysia tetapi pembayar cukai negara lain</i></p> <p>Please complete the FATCA & CRS Entity Self Certification Form. / <i>Sila lengkapkan Borang Pengesahan Diri Entiti FATCA & CRS.</i></p>
Contact Number / <i>Nombor Telefon</i>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
Email Address / <i>Alamat Emel</i>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

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 diperolehi 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 / *Penandatanganan 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*)