MCIS INSURANCE BERHAD Registration No.: 199701019821 (435318-U)

Selangor Darul Ehsan, Malaysia.

Head Office: Postal Office: T
Wisma MCIS, Jalan Barat, 46200 Petaling Jaya, Selandor Dani Et 46906 Petaling Java Selangor Darul Ehsan, Malaysia. W

Dokumen sokongan yang diperlukan adalah / Supporting documents required are:-

+603 7652 3388 +603 7957 1562 customerservice@mcis.my www.mcis.my



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.

Salinan bil / Nota discaj menunjukkan tarikh masuk dan keluar hospital Copy of hospital bill/ discharge note showing admission and discharge date	
Surat Akuan Masuk dan Keluar Admission and Discharge Card	
3. Keputusan Makmal dan Radiologi	
Laboratory and Radiology Reports	
NO. POLISI / POLICY NO.	
Butir tentang Hayat yang dilindungi / Particulars of Life Assured Nama United Disagraphics / Nama of Life Assured	
Nama Hayat Diinsuranskan / Name of Life Assured	
No. KP / No. SK/ No. P	Pasport/
	port No.
Tarikh Lahir (HH/BB/TTTT)/ Date of Birth (DD/MM/YYYY) / Tarikh Luput Pasport (Passport Expiry Date	
Kewarganegaraan: Malaysian Jika lain, nyatakan Kewarganegaraan:	
Nationality: Malaysian ✓ If others, state Nationality: ✓ Penduduk Tetap Malaysia / Sila nyatakan negara asal /	
Malaysia Permanent Resident Please state your origin country	
No. Telefon Bimbit /	
Poskod / Bandar /	
Negeri / Postcode City Negara /	
State Country Country	
Butir tentang Pihak Menuntut / Particular of Policyowner / Claimant Nama Pemegang Polisi / Penuntut / Name of Policyowner / Claimant	
Tradital Fornegating Forlat, Forlation, France of Forlation Forlation	
	asport/
NRIC No.* BC No. Passe Tarikh Lahir (HH/BB/TTTT)/ / / Tarikh Luput Pasport (port No. (HH/BB/TTTT) / / / / / / / / / / / / / / / / /
Date of Birth (DD/MM/YYYY)	
Nationality: Malaysian If others, state Nationality:	
Penduduk Tetap Malaysia / Sila nyatakan negara asal / Please state your origin country	
No. Pengenalan Cukai / No. Telefon I Tax Identification No.(TIN) No. Telefon I	
Alamat Surat Menyurat / Correspondence Address	eno.
Poskod / Bandar /	
Negeri / Negara / Negara /	
State Country Alamat e-mel / Country	

CLM/V2/MARCH2024 Page 1 of 13

3. Bu	tir kemasukan hospital /	Hospitalisation	n details									
a.	(a) Masuk hospital : Tarik Admission : Date / Tin		Waktu (JJ:MM) Time (HH:MM)				HH/BB/TTTT) D/MM/YYYY)]/[/[
	(b) Keluar hospital : Tarik Discharge : Date / Tin		Waktu (JJ:MM) Time (HH:MM)				HH/BB/TTTT) D/MM/YYYY)		/	<u> </u>		
	(c) Nama Hospital / Hosp	ital Name										
	(d) Lokasi Hospital / Hosp	oital Location:										
b.	Jika kemasukan ke hospit		kemalangan, sila Waktu (JJ:MM) [a nyatakan	/ If ho		n was due to HH/BB/TTTT)		nt, pleas	e state		
	(a) Tarikh dan masa ken Date and time of acc		Time (HH:MM)	:			D/MM/YYYY)]/			
	(b) Bagaimana kemalan	gan tersebut ber	rlaku? / How did t	he accide	nt occu	ır?						
	(c) Jenis dan tahap kem	alangan tersebu	ıt berlaku? / Natu	re and ext	ent of i	njury?						
C.	Jika kemasukan ke hospit	al akibat penyak	kit , sila nyatakan:	/ If hospita	alizatio	n was due	to illness , ple	ase sta	ite:			
	(a) Apakah simtom yang	ı dialami? / Wha	t were the sympto	oms prese	nted?							
	(h) Caiak hila aimtam ta	rookut diolomi oo	ahalum kamaauk	ran haanit	NO /	T ''' ''	(DD (TTTT)					
	(b) Sejak bila simtom ter Since when these sy- hospital?				d1 ? /		H/BB/TTTT) //MM/YYYY)]/			
	Sila berikan maklumat lar	njut rundingan: /	Please provide d	etails of co	nsulta	tions:						
d.	(a) Doktor yang merujuk	hayat yang dilin	ndungi ke hospital	/ The doc	tor who	o referred L	ife Assured t	o hospi	tal			
	Tarikh (HH/BB/TTTT)	Nama Dol	ktor / Doctor Nam	ie			Alamat Do	ktor / K	linik / Ho	spital		
	Date (DD/MM/YYYY)						Address of	of Docto	r / Clinic	/ Hospita	<i>I</i>	
	(b) Semua doktor lain y	ang merawat un	tuk penvakit ini /	All other d	octors	consulted t	for this illness					
	Tarikh (HH/BB/TTTT)						Alamat Do		linik / Ha	enital		
	Date (DD/MM/YYYY)	Nama Dol	ktor / Doctor Nam	e			Address of				I	

CLM/V2/MARCH2024 Page 2 of 13

Tarikh (HH/BB/TTTT) Date (DD/MM/YYYY)	Nama Doktor / Doctor Name	Alamat Doktor / Klinik / Hospital Address of Doctor / Clinic / Hospital
Dute (BB/MW 1111)		Address of Doctor / Clinic / Hospital
		n hospitalisasi dengan syarikat lain? Jika italization benefits with other companies? Ya/ Yes Tidak/ N
Nama Syarikat Insurans Names of Insurance Con		Tarikh Berkuatkuasa (HH/BB/TTTT) Effective Dates (DD/MM/YYYY) Amount of Benefits (RM) Amount of Benefits (RM)
engisytiharan / Declaration		
hawa syarat-syarat insurans s enyembunyikan dibuat oleh sa varrant the truth of the foregoin	aya telah patuhi. Saya bersetuju b ya, hak saya ke atas tuntutan ini a ng particulars, whether written by m	kemukakan, samada ditulis oleh saya atau bagi pihak saya. Saya mengaki ahawa jika ada kenyataan yang tidak benar atau salah, tekanan atau kan ditarik balik secara mutlak. The error on my behalf. I declare that the conditions of my insurance have been asion or concealment, is made by me, my right to this claim shall be
	egang Polisi / Penuntut licyowner / Claimant	Tandatangan Saksi Signature of Witness
ama / <i>Name</i>		Nama / Name
o. KP atau Pasport/ RIC or Passport No.		No. KP atau Pasport/ NRIC or Passport No.
arikh (HH/BB/TTTT)/	, , , , , , , , , , , , , , , ,	Tarikh (HH/BB/TTTT)/

CLM/V2/MARCH2024 Page 3 of 13

FATCA AND CRS SELF-CERTIFICATION FORM FOR INDIVIDUALS

**Sila ambil maklum bahawa Pihak yang Menuntut perlu penuhkan 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 professional 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 YAN	G ME	ENU	INTUT	· / DI	ETAII	LS OF	CLA	\IMA	NT																	
Nama Pihak yang M	Menuntut seper	ti di Ka	ad P	engena	alan/	Sijil K	elahiran	(SK))/ Pas	spot / Na	ame	of Lif	e Ass	surea	(as	in th	e Ni	RIC /	/ Birti	h Ce	rtific	ate (BC)	/ Pas	sspor	rt)	
En/Puan/Cik/Lai Mr/Mrs/Miss/Ot								<u> </u>																			=
Alamat kediamar	n / Residenti	al add	dres	SS																							
					+	$^{+}$		Ť																			=
				1 1	osko			\pm	+		Banc	lar /															=
Negeri /				<i>F</i>	Posto	ode					City Nega	ara /															_
State Alamat e-mel /				\vdash		+		+	<u> </u>	(Cour	ntry	<u> </u>								_	<u> </u>					_
Email address																											_
Alamat surat-me	nyurat / Corr	espo	nde	nce a	ddre	ss																					
						Ī		Ť																			
				1 1	osko				\perp	1 1	Banc	lar /															_
Negeri /				<i>F</i>	osto	oae			1		City Nega	ara /															=
State Alamat e-mel / Email address											Cour	ntry															_
No. KP / NRIC No.*			-] [. SK			. Pas			-										=
Tarikh Lahir (HH/				/]/[Tarikh Pass	Lup	out P Expi	aspo	ort (H	IH/E	BB/T	TT YY	 Γ) / ΥΥ)			/			/			
(Masukkan kod no										egara ry Cod	/	No.	Telet ne N	on /													
No. Tel. Pejabat											-																
No. Tel Bimbit /	Mobile Phone	e No.									-[
No. Tel. Rumah	l House Tel.	No.									-																
Kewarganega Nationality: M		sian					takan k te Nati			egaraa	ın:																_
Penduduk Te					•		negar			ntnı																	

CLM/V2/MARCH2024 Page 4 of 13

6798187028		_		
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. Resid	lence 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 Dalar Amerika Syarikat" bermaksud- / The term U.S. person or United States person means a person described in section 7701(a)(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 / Please check "X" Yes or No for each of the following questions:	Ya / Yes	Tidak / N		
Adakah anda Warganegara A.S / Are you a U.S. Citizen?				
Penduduk Tetap Amerika Syarikat (Pemegang Kad Hijau) / Do you hold a U.S. Permanent Resident Card (Green Card)?				
Pemastautin Cukai A.S / Are you a U.S. Resident (including US Tax Resident)?				
Adakah tempat lahir anda di A.S.? Jika anda telah menanda "Tidak" pada ketiga-tiga soalan di atas, maka sila tandakan sebagai: / Is your place of birth in U.S.? If you have ticked "No" to all three questions above, then please tick as: Sila ambil perhatian bahawa jika anda bukan orang A.S. tetapi A.S. adalah negara kelahiran anda, sila berikan MCIS:/ Kindly take note that if you are a Non U.S. person but U.S. is your country of birth, please provide MCIS: 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 ii.Salinan Sijil Kehilangan Kewarganegaraan A.S. atau nyatakan penjelasan anda tentang: ii.A copy of Certificate of Loss of Nationality of the U.S. or specify your explanation of: • Sebab tidak mempunyai sijil tersebut walaupun melepaskan kerakyatan A.S.; atau • The reason of not having such certificate despite relinquishing U.S. citizenship; or • Sebab anda tidak memperoleh kewarganegaraan A.S. semasa lahir. • The reason you did not obtain a U.S. citizenship at birth. Sebab: Bukan orang A.S./ Reason: Non U.S. person	tetapi t di A.S. person	Orang A.S tempat lahin /Non U.S. in but place in in U.S.		
Jika YA, untuk soalan diatas sila isikan TIN A.S. anda dalam jadual di bawah Bahagian B bagi seksyen ini melainkan salinan S Kewarganegaraan U.S. telah dikemukakan. If "YES" for the above questions, please fill up your U.S. TIN in the table under Pa 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 F Identification Number ("TIN") or its Functional Equivalent	art B of this sec	ction unless		
Adakah anda mempunyai sebarang cukai pemastautin di negara (-negara) lain/ bidang kuasa selain daripada Malaysia? /	┌ Ya/	Tidak /		

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	a/	Tidak
Y	es	No

Jika "Ya" untuk soalan diatas, sila lengkapkan jadual dibawah dengan menyatakan: / If "Yes" for the above question, please complete the following table indicating:

- (i) Negara(-negara)/ bidang kuasa dimana Pemegang Akaun (iaitu Pencadang) ialah pemastautin cukai. / The country(ies)/jurisdiction(s) where the Account Holder (i.e., Proposer) is a tax resident. Sekiranya anda seorang pemastautin cukai Malaysia, sila sertakan maklumat pemastautin cukai Malaysia dalam jadual di bawah juga); dan / In case you are a Malaysian tax resident, please include the Malaysian tax residency information in the table below as well); and
- (ii) TIN Pemegang Akaun untuk setiap negara/ bidang kuasa yang dinyatakan. / The Account Holder's TIN for each country/jurisdiction indicated. Sila nyatakan semua (tidak terhad kepada tiga) negara pemastautin cukai. / Please indicate all (not restricted to three) country(ies)/jurisdiction(s) of tax residence.

Jika "tidak" untuk soalan di atas, sila abaikan jadual di bawah dan teruskan ke bahagian C. / If "No" for the above question, please skip the table below and proceed to Part C of this section.

Jika Nombor Pengenalan Cukai (TIN) tiada, Sila nyatakan alasan yang sesuai untuk A,B atau C. / If a Tax Identification Number (TIN) is unavailable, please provide the appropriate reason A, B or C.

Alasan A: Negara / bidang kuasa dimana anda dikenakan cukai tidak mengeluarkan TIN kepada penduduknya. Reason A: The country/jurisdiction where you are liable to pay tax does not issue TINs to its residents.

Alasan B: Anda tidak dapat memperoleh TIN atau mana-mana nombor yang berkaitan (Sila nyatakan mengapa anda tidak dapat memperoleh TIN di dalam jadual dibawah jika anda memilih alasan ini.)

Reason B: You are otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number (Please explain why you are unable to obtain a TIN in the table below if you have selected this reason.)

CLM/V2/MARCH2024 Page 5 of 13

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./ Country/Jurisdiction of Tax Residence	Jika TIN tiada, nyatakan Alasan A, B atau C./ If No TIN available, enter Reason A, B or C.	Sila nyatakan mengapa anda tidak dapat memperoleh TIN jika anda memilih Alasan B./ Please explain why you are unable to obtain a TIN if Reason B is selected.
TIN		
Negara / Bidang Kuasa Cukai Pemastautin./ Country/Jurisdiction of Tax Residence	Jika TIN tiada, nyatakan Alasan A, B atau C./ If No TIN available, enter Reason A, B or C.	Sila nyatakan mengapa anda tidak dapat memperoleh TIN jika anda memilih Alasan B. Please explain why you are unable to obtain a TIN if Reason B is selected.
TIN		
Negara / Bidang Kuasa Cukai Pemastautin./ Country/Jurisdiction of Tax Residence	Jika TIN tiada, nyatakan Alasan A, B atau C./ If No TIN available, enter Reason A, B or C.	Sila nyatakan mengapa anda tidak dapat memperoleh TIN jika anda memilih Alasan B./ Please explain why you are unable to obtain a TIN if Reason B is selected.
TIN		

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. J 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" iika alamat/nombor telefon anda adalah sama dengan negara pemastautin cukai/hidang kuasa yang diisytiharkan /

CLM/V2/MARCH2024 Page 6 of 13

^{**} 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/ Capasity:	
	(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)

CLM/V2/MARCH2024 Page 7 of 13

Bahagian B / Part B

BORANG TUNTUTAN HOSPITAL – KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

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. Nama Pesakit / Patient's Name 1. No. SK/ No. Pasport/ 2. BC No. Passport No. No. KP / NRIC No.3 Pendaftaran : Tarikh / Waktu (a) Tarikh (HH/BB/TTTT) 3. Waktu (JJ:MM) Admission: Date / Time Time (HH:MM) Date (DD/MM/YYYY) Waktu (JJ:MM) Tarikh (HH/BB/TTTT) (b) Keluar: Tarikh / Waktu Time (HH:MM) Date (DD/MM/YYYY) Discharge: Date / Time 4. Jika kemasukan ke hospital adalah akibat kemalangan, sila nyatakan / If hospitalization was due to accident, please state Tarikh (HH/BB/TTTT) (a) Tarikh dan masa kemalangan / Waktu (JJ:MM) Date (DD/MM/YYYY) Time (HH:MM) Date and time of accident Jenis kemalangan / Nature of accident Tarikh pertama kali anda memberi rawatan kepada pesakit bagi penyakit / Tarikh (HH/BB/TTTT) 5. kecederaan / keadaan ini. The date on which you first saw the patient for Date (DD/MM/YYYY) this illness / injury / condition Adakah pesakit dirujuk kepada hospital anda oleh doktor yang lain? Jika ada, sila nyatakan nama dan alamat doktor tersebut, serta 6. berikan salinan surat rujukan. / 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. Ya/ Yes Tidak/ No Nama Doktor / Doctor Name: Alamat / Address. 7. Apakah simtom yang diberitahu oleh pesakit ketika pertama kali dia berjumpa dengan anda? What were the symptoms that patient complained of when he / she first saw you? 8. (a) Berdasarkan maklumat diberi oleh pesakit, berapa lamakah dia telah mengalami simtom tersebut? / According to patient, how long had he / she been experiencing these symptoms Tahun / Years Bulan / Months Hari / Days (b) Pada pendapat anda, berapa lamakah simtom tersebut telah wujud? / How long do you think these symptoms had lasted? Tahun / Years Bulan / Months Hari / Days Pernahkah sebelum ini pesakit menerima rawatan untuk simtom di atas? Jika ada, sila nyatakan nama dan alamat doktor serta tarikh 9. rawatan. I Had patient previously received any treatment for above symptoms? If yes, please furnish name, address of doctors and dates of consultation. Tarikh Rawatan (HH/BB/TTTT) / Ya/ Yes Tidak/ No Date of Consultation (DD/MM/YYYY) Nama Doktor / Doctor Name Alamat / Address

CLM/V2/MARCH2024 Page 8 of 13

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.
11.	(a) Apakah diagnosis anda? / What was your diagnosis?
	(b) Sebab dan patologi berkaitan diagnosis di atas / Cause and pathology underlying the present diagnosis?
	(c) Adakah anda memberitahu pesakit tentang diagnosis tersebut? Jika ya, sila nyatakan tarikh. / Did you inform the patient of the diagnosis? If yes, please provide date. Ya/ Yes Tidak/ No Tarikh (HH/BB/TTTT) Tarikh (HH/BB/TTTT) Tarikh (DD/MM/YYYY) Tarikh (DD/MM/YYYYY) Tarikh (DD/MM/YYYY) Tarikh (DD/
12.	(a) Rawatan perubatan diberi / Medical treatment given
	(b) Jenis pembedahan yang dilakukan / Nature of operation performed
	(c) Nama pakar bedah / Name of surgeon
	(d) Tarikh pembedahan dilakukan / Date surgery performed Tarikh (HH/BB/TTTT) Date (DD/MM/YYYY)
13.	Adakah kemungkinan pesakit menghidapi semula penyakit tersebut? / Any possibility of patient having relapse? Ya/ Yes Tidak/ No
14.	Adalah penyakit/ keadaan berkaitan dengan berikut? Jika ya, sila ($\sqrt{\ }$) / Is the illness/ condition related to the following? If yes, please ($\sqrt{\ }$)
	Pembedahan Kosmetik/ Plastik, Pemeriksaan Perubatan Rutin / Cosmetic / plastic surgery, routine health screening Penyakit Mental/ Penyakit Susah Tidur / Psychotic / mental disorder/ nervous/sleep disorder
	 Kemabukan, Penyalahgunaan Dadah, AIDS, venereal disease / Intoxication, illegal drugs, AIDS, penyakit kelamin Sukan Berbahaya, Tindakan Melanggar Undang-undang / Hazardous sports, unlawful act
	Tindakan Melukakan Diri Sendiri,Bunuh Diri,Percubaan Bunuh Diri / Tiada di atas / Self inflicted injury, suicide, attempted suicide None of the above
	Kongenital/ Penyakit Keturunan / Congenital / hereditary conditions
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. / Has the patient previously been treated or hospitalized in this or any other hospital for this or any other disease? Please state
	1. Tarikh (HH/BB/TTTT) Date (DD/MM/YYYY) /
	Doktor/ Hospital/ Klinik / Doctor/ Hospital/ Clinic
	Penyakit / Disease/ Illness
	Rawatan / Details of Treatment
	2 Tarikh (HH/BB/TTTT) / / /
	2. Tarikh (HH/BB/TTTT) Date (DD/MM/YYYY) Doktor/ Hospital/ Klinik / Doctor/ Hospital/ Clinic
	Penyakit / Disease/ Illness
	Pawatan / Datails of Treatment
	Rawatan / Details of Treatment

CLM/V2/MARCH2024 Page 9 of 13

7993187026

16.	Untuk pesakit wanita sahaja / For female p	patients only			
	(a) Adakah pesakit hamil ketika dimasukl Was the patient pregnant at the time of		Ya/ Yes	☐ Tidak/ No	Bulan/ Months
	(b) Adakah penyakit dengan secara langs caesarian / menggugurkan / kegugura Was illness caused directly or indirect arising therefrom? Please elaborate.	n dan lain-lain kesakitar	yang berkaitan?	Sila beri lanjutan.	·
Peng	isytiharan / Declaration				
sepe I here	dengan ini mengesahkan bahawa saya sen ti tersebut diatas dan semua jawapan di ata eby certify that I have personally examined a e to the best of my knowledge.	s adalah benar setakat _l	oengetahuan saya).	, , ,
	datangan Doktor yang Merawat nature of Attending Physician	•	Hospital/ Klinik		Tarikh Date
U.g.	ataro or ratoriding i riyololari	Onio	ar starrip		Dato

CLM/V2/MARCH2024 Page 10 of 13

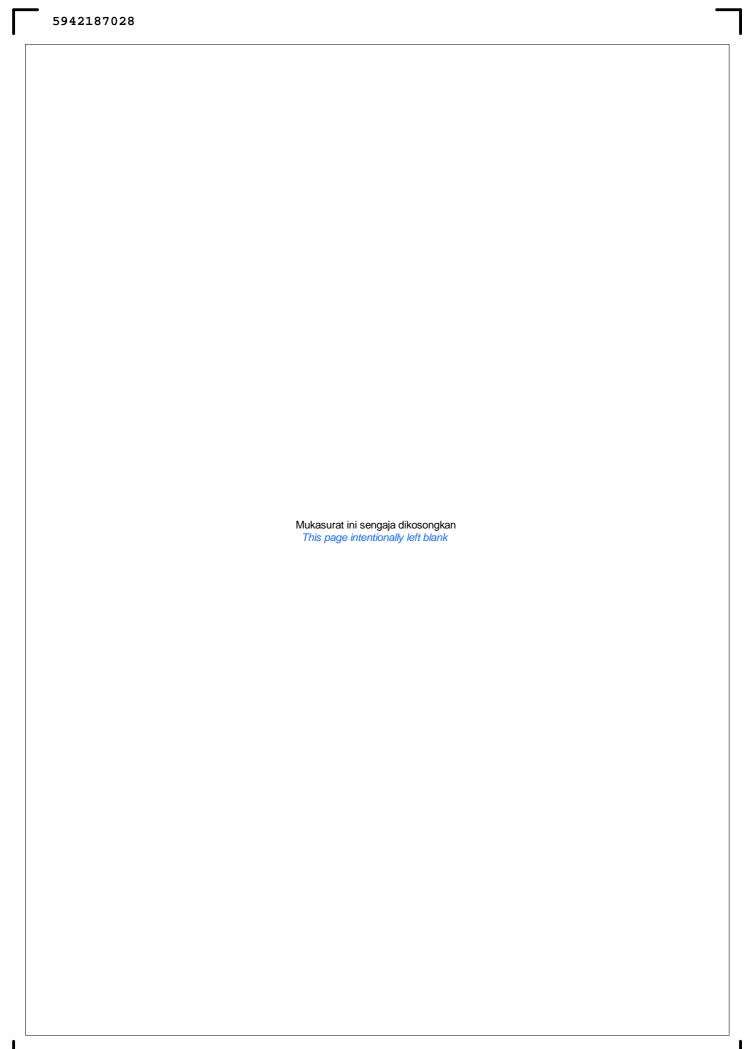
Kebenaran/Pemberian Hak / Authorization

Saya, yang bertandatangani 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 /
Tarikh / Date:	Tarikh / <i>Date</i> :

CLM/V2/MARCH2024 Page 11 of 13



CLM/V2/MARCH2024 Page 12 of 13

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.

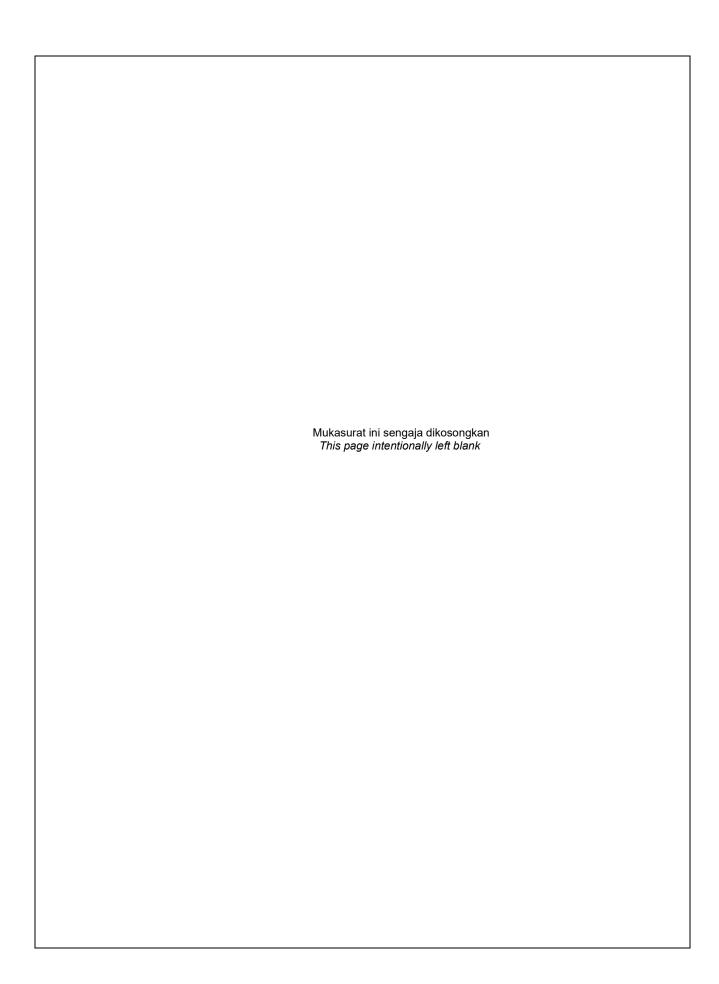
Nama Bank / Bank Name	
No Akaun Bank / Bank Account No	
No. Identiti seperti di Akaun Bank / Identity No. as per bank A/C	No. KP Baru/ New NRIC No. Pasport/ Passport No.
Tarikh Luput Pasport (HH/BB/TTTT)/ Passport Expiry Date (DD/MM/YYYY)	
No Telefon Bimbit / Mobile Phone No.	-
Alamat E-mel / E-mail	
Nama / Name	
Tarikh / Date	
Pilihan dikenakan kepada / Option apply to	Semua Polisi / 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 / Bank Name	Angka <i>Digit</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								

CLM/V2/MARCH2024 Page 13 of 13





member of **Sanlam** group

SUPPLEN			CLAIM	FOR	M (E	E-IN\	/010	CE)	/ B	ORA	NG	TUN	ITU1	TAN	TAN	1BA	HAN	I (E-	INV	OIS)				
Claim No / No. Tuntutan																								
Policy No / No. Polisi																								
1. COMPANY PARTICULAR	RS / BL	JTIR-	-BUTII	R SYA	ARIKA	4 <i>T</i>																		
Complete this section if POLICY																								
Lengkapkan bahagian ini jika PEI	MUNYA	A POL	ISI ada	lah In	stitus	Si .																		
Name of Company/ Organization Nama Syarikat/ Organisasi																								
Nature of Business / Jenis Perniagaan																								
Registered Address / Alamat Berdaftar																								
Place of Business address (if differs from above Registered address) / Alamat Tempat Perniagaan (jika berbeza daripada alamat Berdaftar)																								
Tax Identification Number/ Nombor Pengenalan Cukai	Not a t	are a t	ax resid	f Mala	ysia bi	ut a ta	x res	ident	of ar	nothe	r cou	intry/	Buka	ın per	nbayo	ar cuk	ai M	alaysi	ia teti	api pe	embay	var cu	kai n	
SST registration number / Nombor pendaftaran SST	Notes, This is		: pplicabl	e to co	mpan	ies tha	at are	e not :	SST-r	egiste	ered /	/ Ini ti	idak t	erpak	ai kep	pada :	syarik	at ya	ng tia	lak be	erdaft	ar SST		
SST Group (A - J)/ Kumpulan SST (A - J)																								
Malaysia Standard Industrial Classification (MSIC) Code/ Kod Piawaian Pengelasan Industri Malaysia (MSIC)	_	t num	a: neric co						-	-		ess n	ature	and	activi	ity. Eį	g-105	509/	Kod n	umer	ik 5 d	igit ya	ang	

Business Activity Description as per MSIC Code/ Deskripsi Aktiviti Perniagaan mengikut Kod MSIC	De n.e	escrip	I Pen	of th	an me	mpany's engenai d usu lain	ktiviti						_						_]
Tourism Tax Registration Number Nombor Pendaftaran Cukai Pelancongan	Th / /	is is o Ini ho	anya	applic terp	akai d	and man dan waj acongar	ib kep	ada	pend		_	-						•								
Company Registration Number Nombor Pendaftaran Syarikat]
Country of Incorporation / Negara Diperbadankan																										
Date of Incorporation / Tarikh Diperbadankan	(D	D/M	IM/Y	YYY/	НН/В	BB/TT)																				
Contact Number / Nombor Telefon																										
Email Address / Alamat Emel	Of	ficial				ss of th	e org	aniza	tion 1	to co	ommu	ınica	te E-	invoi	ces.	/ Ala	mat	e-m	el ra:	smi d	orgai	nisas	untu	ık		

2. INDIVIDUAL PARTICUL	ARS / BUTIR-BUTIR INDIVIDU
Complete this section if POLI	
Lengkapkan banagian ini jika l	PEMUNYA POLISI adalah Individu
Name of Policy Owner /	
Nama Pemunya Polisi	
NRIC or Passport No/	
No. Kad Pengenalan atau Pasport	
rusport	
Passport Expiry Date /	
Tarikh Luput Pasport	
Nationality /	
Kewarganegaraan	
Tax Identification Number/	Note/ Nota:
Nombor Pengenalan Cukai	If you are a tax resident of Malaysia and another country; or / Sekiranya anda adalah pembayar cukai Malaysia dan negara lain; atau Not a tax resident of Malaysia but a tax resident of another country/ Bukan pembayar cukai Malaysia tetapi pembayar cukai negara lain
	Please complete the FATCA & CRS Entity Self Certification Form. / Sila lengkapkan Borang Pengesahan Diri Entiti FATCA & CRS.
Contact Number /	
Nombor Telefon	
Email Address / Alamat Emel	
Alumut Emei	

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 diperikan 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 diperoleh darip ada 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 / Penandatangan Dibenarkan & Cop Syarikat	Witnessed by/ Disaksikan oleh:							
Name as per NRIC or passport / Nama seperti dalam kad pengenalan	Name as per NRIC or passport / Nama seperti dalam kad pengenalan							
atau passport:	atau passport:							
NRIC Number or Passport Number/	NRIC Number or Passport Number/							
Nombor Kad Pengenalan/ No Pasport :	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)								