0798136879

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

Head Office:
Wisma MCIS, Jalan Barat,
46200 Petaling Jaya,
Selangor Darul Ehsan,
Malaysia.

Postal Office:
P.O. Box 345, Jalan Sultan,
46916 Petaling Jaya,
Selangor Darul Ehsan,
Malaysia.

T +603 7652 3388
F +603 7957 1562
E customerservice@mcis.my
W www.mcis.my

mcis LIFE
member of Sanlam group

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

CLAIM NO.

Bahagian A / *Part A*

Borang ini hendaklah diisikan oleh pihak yang menuntut. Semua soalan hendaklah dijawab dengan lengkap. Tanda (–) tidak akan diterima. *This form is to be completed by the claimant. All questions must be answered. Dash (–) is not acceptable.*

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

1. Sijil cuti sakit & sijil tugas ringan (sijil asal diperlukan jika berkerja sendiri)
   Medical leave certificates & light duty certificate (original certificates are required if self employed)
2. Laporan sinar X / laporan ahli radiologi */ X-ray report / radiologist report*
3. Resit bayaran asal termasuk resit deposit dan bil asal perubatan (untuk manfaat pembayaran balik perubatan sahaja)
   Original payment receipts including deposit receipts and itemised medical bills (for medical reimbursement benefit only)
4. Surat Akuan Masuk dan Keluar/ Nota keluar hospital */ Admission and Discharge Card / Discharge Note*
5. Laporan polis/ *Police report*
6. Pengesahan majikan mengenai sijil cuti sakit (Lampiran 'A') */ Employer's confirmation of paid medical leave (Appendix 'A')*

Resit / bil asal yang dikemukakan (untuk manfaat pembayaran balik sahaja)/
Original receipt(s) / bill(s) submitted (for reimbursement benefit only)

Tarikh resit/bil *Receipt/ bill date*	Resit/ bil no. / *Receipt/ bill no.*	Nama hospital/ klinik/ *Name of hospital/clinic*	Jumlah resit (RM) / *Receipt amount (RM)*
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

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)* / /

☐ Kewarganegaraan: Malaysian *Nationality: Malaysian*
☐ Jika lain, nyatakan Kewarganegaraan: *If others, state Nationality:*

☐ Penduduk Tetap Malaysia / *Malaysia Permanent Resident*
Sila nyatakan negara asal / *Please state your origin country*

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)* / /

☐ Kewarganegaraan: Malaysian *Nationality: Malaysian*

☐ Jika lain, nyatakan Kewarganegaraan: *If others, state Nationality:*

☐ Penduduk Tetap Malaysia / *Malaysia Permanent Resident*

Sila nyatakan negara asal / *Please state your origin country*

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*

Butir kemalangan dan kemasukan hospital / *Accident and hospitalisation details*

a.

(a) Nama Majikan / *Employer's Name*

(b) Alamat Majikan / *Employer's Address*

(c) No. Telefon Majikan *Employer's Telephone No.* -

b.

Pekerjaan Pemegang Polisi / *Assured's Occupation:*

(a) Pekerjaan semasa kemalangan /*Occupation during accident*

(b) Maklumat tepat tentang pekerjaan dan tugas / *Exact nature of occupation and duties*

(c) Adakah anda terlibat melakukan tugas kasar. Jika ya, sila beri keterangan / *Involved in manual work? If yes, please elaborate.* ☐ Ya/ *Yes* ☐ Tidak/ *No*

c.

Butir tentang Kemalangan/ *Accident details :*

(a) Bila kemalangan tersebut berlaku? *When did it occur?* Waktu (JJ:MM) *Time (HH:MM)* : Tarikh (HH/BB/TTTT) *Date (DD/MM/YYYY)* / /

(b) Di mana kemalangan tersebut berlaku? / *Where did it occur?*

(c) Bagaimana kemalangan tersebut berlaku? / *How did it occur?*

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

d.

(a) Nama doktor yang merawat kecederaan anda / *Name of doctors who treated you for the injury*

(b) Alamat doktor yang merawat kecederaan anda / *Address of doctors who treated you for the injury*

(c) Tarikh rawatan pertama / *Date of first consultation* — Tarikh (HH/BB/TTTT) *Date (DD/MM/YYYY)* ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

(d) Tarikh kemasukan hospital wad (jika ada) *Date of hospitalisation (if any)* — Tarikh (HH/BB/TTTT) *Date (DD/MM/YYYY)* ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

(e) Nama Hospital / *Name of Hospital*

e.

(a) Tarikh hari pertama tidak hadir ke tempat kerja / *Date of first day absent from work* — Tarikh (HH/BB/TTTT) *Date (DD/MM/YYYY)* ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

(b) Tarikh mula bekerja semula / *Date of return to work* — Tarikh (HH/BB/TTTT) *Date (DD/MM/YYYY)* ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

f.

Adakah hayat yang dilindungi 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 / *Names of Insurance Companies*	No. Polisi *Policy No.*	Tarikh Berkuatkuasa (HH/BB/TTTT) *Effective Dates (DD/MM/YYYY)*	Amaun Faedah (RM) *Amount of Benefits (RM)*

Pengisytiharan / Declaration

Saya menjamin kebenaran ke atas keterangan-keterangan yang dikemukakan, samada ditulis oleh saya atau bagi pihak saya. Saya mengaku bahawa syarat-syarat insurans saya telah patuhi. Saya bersetuju bahawa jika ada kenyataan yang tidak benar atau salah, tekanan atau menyembunyikan dibuat oleh saya, hak saya ke atas tuntutan ini akan ditarik balik secara mutlak.
I warrant the truth of the foregoing particulars, whether written by me or on my behalf. I declare that the conditions of my insurance have been complied with. I agree that if any false or untrue statement, suppression or concealment, is made by me, my right to this claim shall be absolutely forfeited.

Tandatangan Pemegang Polisi / Penuntut
Signature of Policyowner / Claimant

Nama / *Name* _____

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

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

Tandatangan Saksi
Signature of Witness

Nama / *Name* _____

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

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

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 YANG MENUNTUT / *DETAILS OF CLAIMANT*

Nama Pihak yang Menuntut seperti di Kad Pengenalan/ Sijil Kelahiran (SK)/ Paspot / *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

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 / *Please check “X” Yes or No for each of the following questions:*	Ya / *Yes*	Tidak / *No*
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*	☐ Bukan Orang A.S tetapi tempat lahir di A.S /*Non U.S. person but place of birth 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 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;*

(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.)

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./ *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/ *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)*

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

Bahagian B / *Part B*

Semua soalan hendaklah dijawab dengan lengkap. Tanda (–) tidak akan diterima. Segala penukaran hendaklah disahkan oleh doktor yang merawat. / *All questions must be answered. Dash (–) is not acceptable. All alterations must be initialed by treating physician.*

1. Nama Pesakit / *Patient's Name*

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

3. Pekerjaan / *Occupation*

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

5. (a) Tarikh dan masa rawatan pertama / *Date and time of first consultation* Waktu (JJ:MM) / *Time (HH:MM)* ☐☐:☐☐ Tarikh (HH/BB/TTTT)/ *Date (DD/MM/YYYY)* ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

(b) Adakah anda doktor perubatan kebiasaannya? / *Are you the regular medical doctor?*

☐ Ya/ *Yes* ☐ Tidak/ *No*

6. Terangkan secara terperinci jenis kemalangan seperti yang telah dinyatakan oleh pesakit :
Describe in detail the nature of accident as related to you by the patient.

7. Adakah terdapat sebarang kecederaan / luka luaran ketara akibat kemalangan tersebut?
Were there any external and visible injuries or wound as a result of this accident?

(a) Jika benar, nyatakan tahap kecederaan termasuk lokasi, saiz dan kedalaman luka (cm)
If yes, please describe the extent of injuries including location, size and depth of wound (cm)

Jika berlaku sebarang amputasi anggota, sila nyatakan lokasi dan tahap amputasi tersebut (proximal, tengah, distal).
In the event of any amputation, please state the location and at what level (proximal, middle, distal).

(b) Jika tidak, nyatakan sebarang bukti lain yang konsisten dengan kemalangan seperti yang dituntut oleh pesakit
If no, describe any other evidence that is consistent with the accident as claimed by the patient.

8. Rawatan yang diberi termasuk rawatan lanjutan (tarikh rawatan, kadar sembuh, rawatan seperti jumlah jahitan, STO, fisioterapi, jenis pencucian dsb) / *Treatment given including follow-up (dates of consultation, healing progress, treatments such as number of stitches, STO, physiotherapy, type of dressing etc)*

Tarikh (HH/BB/TTTT) *Date (DD/MM/YYYY)*	Kadar sembuh *Healing progress*	Rawatan/ Jenis Ubat *Treatment/Medication*

9. Adakah kemalangan disebabkan secara langsung atau tidak daripada:
Was the accident directly or indirectly related to the following? If yes, please tick (√).

- ☐ Cubaan bunuh diri/ Perbuatan sendiri
  Attempted Suicide / Self – inflicted
- ☐ Mental/ Ketidak kawalan keresahan
  Mental / Anxiety Disorders
- ☐ Di bawah pengaruh alkohol/ Salahguna Dadah
  Influence of alcohol / Drug Abuse
- ☐ Perlanggaran undang-undang oleh pesakit
  Violation of the law by the patient

10. Patah tulang */ Fracture*

(a) Lokasi, jenis patah: / *Location, type of fracture:*

(b) Jika pesakit diberi sebarang bentuk pembatasan bergerak (POP, sendal belakang, crepe bandage dan sebagainya), sila nyatakan:
If patient was put on any form of immobilization (POP, backslap, crepe bandage, etc), please furnish us:

(i) Jenis pembatasan bergerak yang diguna / *Type of immobilization used*

(ii) Tarikh mula digunakan dan ditanggalkan / *Date first applied and date removed*

Mula Diguna (HH/BB/TTTT) / *Applied (DD/MM/YYYY)* ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Ditanggal (HH/BB/TTTT) / *Removed (DD/MM/YYYY)* ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

(iii) Tarikh pesakit mula fisioterapi
Date patient started on physiotherapy
Tarikh (HH/BB/TTTT) / *Date (DD/MM/YYYY)* ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

(iv) Tarikh pesakit memulakan senaman tanpa sokongan
Date patient started on full weight bearing exercise
Tarikh (HH/BB/TTTT) / *Date (DD/MM/YYYY)* ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

11. (a) Tarikh akhir rawatan / *Last date of consultation*
Tarikh (HH/BB/TTTT) / *Date (DD/MM/YYYY)* ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

(b) Keadaan anggota yang cedera / *Condition of the injured part*

(c) Sila nyatakan pembatasan pergerakan sebenar bagi sebarang sendi pada tarikh akhir rawatan / *Please state actual limitation of movement on any joint at the last date of treatment*

12. Adakah proses sembuh lancar/ rumit? Sila beri butir kerumitan / *Was healing straight forward / complicated? Give details of complication*

13. Adakah gambar sinar X diambil? Jika ada sila laporkan keputusan filem sinar X./ *Was X-ray taken? If yes, please furnish X-ray result*
Tarikh (HH/BB/TTTT) / *Date (DD/MM/YYYY)* ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Keputusan/ *Result*

14. Butir Kemasukan Hospital/ *Details of Hospitalization :*

(a) Nama hospital / *Name of hospital*

(b) Tarikh masuk / *Date admitted*
Tarikh (HH/BB/TTTT) / *Date (DD/MM/YYYY)* ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

(c) Tarikh keluar / *Date discharge*
Tarikh (HH/BB/TTTT) / *Date (DD/MM/YYYY)* ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

(d) Butir pembedahan dilakukan / *Details of surgery performed*

(e) Butir lain-lain prosedur diagnostik atau rawatan khusus */ Details of other special diagnostics procedure or treatment*

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

Pengisytiharan / Declaration

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya sendiri telah memeriksa dan merawat pesakit untuk kecederaan/ penyakit yang dialami beliau seperti tersebut diatas dan semua jawapan di atas adalah benar setakat pengetahuan saya.
I hereby certify that I have personally examined and treated the patient for his/ her injuries/ illness described above and the above answers are all true to the best of my knowledge.

_____	_____	_____
Tandatangan Doktor yang Merawat *Signature of Attending Physician*	Cop Nama & Hospital/ Klinik *Official stamp*	Tarikh *Date*

LAMPIRAN A / *APPENDIX A*

TUNTUTAN KEMALANGAN / *ACCIDENT CLAIM*

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

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

NO. POLISI / *POLICY NO.*

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

No. K.P. :
NRIC No. : .....

telah diberi sijil cuti sakit berbayar :
was granted paid medical leave certificate :

Dari Tarikh (HH/BB/TTTT) / *From Date (DD/MM/YYYY)* / Sehingga Tarikh (HH/BB/TTTT) / *To Date (DD/MM/YYYY)*

atas sebab-sebab (nyatakan jenis penyakit atau kecederaan) :
for reasons (state nature of illness or injury) :

2. Tarikh mula bekerja semula / *Date of return to work :* Tarikh (HH/BB/TTTT) / *Date (DD/MM/YYYY)*

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

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

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

Jika tidak, bilakah hari terakhir dalam perkhidmatan?
If no, when was the last date of service? Tarikh (HH/BB/TTTT) / *Date (DD/MM/YYYY)*

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

.....
Tandatangan / *Signature*

Nama
Name : .....

Jawatan (Profesion atau pekerjaan)
Designation (Profession or occupation) : .....

Alamat (Cop rasmi pejabat)
Address (Company official stamp) : .....

.....

No. Telefon
Telephone No. : .....

BORANG E_BAYARAN / *e_PAYMENT APPLICATION FORM*
(PENTING: TULIS DALAM HURUF BESAR/CETAK DENGAN JELAS) / *(IMPORTANT : WRITE IN BLOCK / PRINT CLEARLY)*

Kepada / *To* : MCIS INSURANCE BERHAD

PER/ *RE* : **NO POLISI / *POLICY NO*:**

Saya mengizinkan/ memberi kebenaran MCIS INSURANCE BERHAD (merujuk kepada MCIS LIFE) mengkreditkan bayaran insurans saya ke akaun bank seperti yang dinyatakan dibawah:-
I hereby allow/ give consent that payment(s) due to me by MCIS INSURANCE BERHAD (hereafter referred to as MCIS LIFE) on the abovementioned policy be credited to my bank account as stated below and confirm that :-

1. Saya mengizinkan MCIS LIFE memberi data peribadi saya kepada pihak bank untuk memudahkan pembayaran insurans.
   I give consent to MCIS LIFE releasing the below data to its banker in order to facilitate the payment(s).

2. Saya mengesahkan bahawa maklumat yang dinyatakan oleh saya adalah benar dan tepat. Sekiranya terdapat percanggahan maklumat, pembayaran akan ditangguhkan. Sila berikan butiran akaun bank yang tepat untuk mengelakkan pengkreditan pembayaran yang tidak tepat.
   I confirm the information provide herein are true and accurate and in the event I have made an error or omission, I understand the payment will be delayed. Please provide the accurate bank account details to avoid any inaccuracy of crediting the said payment.

3. Permintaan saya ini tidak boleh dibatalkan tanpa persetujuan MCIS LIFE. MCIS LIFE boleh pada bila-bila masa menukar cara pembayaran kepada saya dengan kaedah lain.
   My request herein shall be irrevocable without the consent of MCIS LIFE. MCIS LIFE may at any time in its absolute discretion effect payment(s) to me by other methods.

4. Pilihan akaun bank dan butiran diri saya adalah seperti dinyatakan di bawah.
   My preferred bank account and contact details are as stated below.

Nama Bank / *Bank Name*

No Akaun Bank / *Bank Account No*

No. Identiti seperti di Akaun Bank / *Identity No. as per bank A/C*
☐ No. 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 / *Bank Name*	**Angka *Digit***	**Nama Bank / *Bank Name***	**Angka *Digit***
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

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:* _____

No. KP / *NRIC:* _____

Alamat / *Address:* _____

_____

No. Telefon Bimbit /
Mobile Phone Number: _____

Tarikh / *Date:* _____

Nama / *Name:* _____

No. KP / *NRIC:* _____

Alamat / *Address:* _____

_____

No. Telefon Bimbit /
Mobile Phone Number: _____

Tarikh / *Date:* _____

Mukasurat ini sengaja dikosongkan
This page intentionally left blank

mcis LIFE

member of Sanlam group

SUPPLEMENTARY CLAIM FORM (E-INVOICE) / *BORANG TUNTUTAN TAMBAHAN (E-INVOIS)*

Claim No / No. Tuntutan	
Policy No / *No. Polisi*	

1. COMPANY PARTICULARS / *BUTIR-BUTIR SYARIKAT*

Complete this section if **POLICY OWNER** is Institution
*Lengkapkan bahagian ini jika **PEMUNYA POLISI** adalah Institusi*

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*	Note/ *Nota*: 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.*
SST registration number / *Nombor pendaftaran SST*	Notes/ *Nota*: This is not applicable to companies that are not SST-registered / *Ini tidak terpakai kepada* syarikat yang *tidak berdaftar SST.*
SST Group (A - J)/ *Kumpulan SST (A - J)*	
Malaysia Standard Industrial Classification (MSIC) Code/ *Kod Piawaian Pengelasan Industri Malaysia (MSIC)*	Notes/ *Nota*: 5 Digit numeric code that represents the Company's business nature and activity. Eg-10509/ *Kod numerik 5 digit yang mewakili sifat dan aktiviti perniagaan Syarikat cth - 10509*

MCIS INSURANCE BERHAD (435318-U)
Head Office: Wisma MCIS, Jalan Barat, 46200 Petaling Jaya, Selangor Darul Ehsan, Malaysia
Postal Address: P.O. Box 345, Jalan Sultan, 46916 Petaling Jaya, Selangor Darul Ehsan, Malaysia
T +603 7652 3388
F +603 7957 1562
E customerservice@mcis.my www.mcis.my

Business Activity Description as per MSIC Code/ *Deskripsi Aktiviti Perniagaan mengikut Kod MSIC*	Notes/ *Nota*: Description of the company's business activity per MSIC code. Eg – 10509 – Manufacturing of other dairy products n.e.c. / *Penerangan mengenai aktiviti perniagaan syarikat ini adalah pembuatan produk makanan dan minuman. Cth – 10509 – Pembuatan produk tenusu lain t.t.t.*
Tourism Tax Registration Number *Nombor Pendaftaran Cukai Pelancongan*	Notes/ *Nota*: This is only applicable and mandatory to tourism tax registrant, which may consist of hotel operators and online travel operators. / *Ini hanya terpakai dan wajib kepada pendaftar cukai pelancongan, yang mungkin terdiri daripada pengendali hotel dan pengendali pelancongan dalam talian.*
Company Registration Number *Nombor Pendaftaran Syarikat*	
Country of Incorporation / *Negara Diperbadankan*	
Date of Incorporation / *Tarikh Diperbadankan*	(DD/MM/YYYY */ HH/BB/TT*)
Contact Number / *Nombor Telefon*	
Email Address / *Alamat Emel*	Notes/ *Nota*: Official E-Mail address of the organization to communicate E-invoices. / *Alamat e-mel rasmi organisasi untuk berkomunikasi e-invois.*

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 / *Nama Pemunya Polisi*	
NRIC or Passport No/ *No. Kad Pengenalan atau Pasport*	
Passport Expiry Date / *Tarikh Luput Pasport*	(DD/MM/YYYY */ HH/BB/TT*)
Nationality / *Kewarganegaraan*	
Tax Identification Number/ *Nombor Pengenalan Cukai*	Note/ *Nota*: 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*	

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 diperoleh 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 */Penandatangan 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*)	