

	(c) Bagaimana kemalangan tersebut berlaku? / <i>How did it occur?</i>		
	(d) Jenis dan tahap kemalangan tersebut berlaku? / <i>Nature and extent of injury?</i>		
d.	(a) Nama doktor yang merawat kecederaan anda / <i>Name of doctors who treated you for the injury</i>		
	(b) Alamat doktor yang merawat kecederaan anda / <i>Address of doctors who treated you for the injury</i>		
	(c) Tarikh rawatan pertama / <i>Date of first consultation</i>	Tarikh (HH/BB/TTTT) <i>Date (DD/MM/YYYY)</i>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	(d) Tarikh kemasukan hospital wad (jika ada) <i>Date of hospitalisation (if any)</i>	Tarikh (HH/BB/TTTT) <i>Date (DD/MM/YYYY)</i>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	(e) Nama Hospital / <i>Name of Hospital</i>		
e.	(a) Tarikh hari pertama tidak hadir ke tempat kerja / <i>Date of first day absent from work</i>	Tarikh (HH/BB/TTTT) <i>Date (DD/MM/YYYY)</i>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	(b) Tarikh mula bekerja semula / <i>Date of return to work</i>	Tarikh (HH/BB/TTTT) <i>Date (DD/MM/YYYY)</i>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
f.	Adakah hayat yang dilindungi kini diinsuranskan untuk faedah hospitalisasi dengan syarikat lain? <input type="checkbox"/> Ya/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak/ <i>No</i> Jika ya, sila nyatakan / <i>Is Life Assured presently insured for hospitalization benefits with other companies? If yes, please State.</i>		
	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

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) / /

No. Cukai Pendapatan / *Income Tax No*

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

PART B - Pengisytiharan Warga Amerika Syarikat dan Perubahan Keadaan / *Declaration of U.S. Citizen or U.S. Residence for Tax purposes*

Definisi yang boleh digunakan / *Definitions applicable*

Istilah orang A.S. atau orang Amerika Syarikat bermaksud orang yang diterangkan dalam seksyen 7701(a)(30) Kod Hasil Dalam Negeri: Istilah "orang Amerika Syarikat" bermaksud- / *The term U.S. person or United States person means a person described in section 7701(a)(30) of the Internal Revenue Code: The term "United States person" means-*

(A) warganegara atau pemastautin Amerika Syarikat / *a citizen or resident of the United States*

Sila tandakan "X" Ya atau Tidak bagi setiap soalan berikut / <i>Please check "X" Yes or No for each of the following questions:</i>	Ya / <i>Yes</i>	Tidak / <i>No</i>
Adakah anda Warganegara A.S. / <i>Are you a U.S. Citizen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penduduk Tetap Amerika Syarikat (Pemegang Kad Hijau) / <i>Do you hold a U.S. Permanent Resident Card (Green Card)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pemastautin Cukai A.S. / <i>Are you a U.S. Resident (including US Tax Resident)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adakah tempat lahir anda di A.S.? Jika anda telah menanda "Tidak" pada ketiga-tiga soalan di atas, maka sila tandakan sebagai: / <i>Is your place of birth in U.S.? If you have ticked "No" to all three questions above, then please tick as:</i>	<input type="checkbox"/> Bukan Orang A.S. / <i>Non U.S. person</i>	
<p>Sila ambil perhatian bahawa jika anda bukan orang A.S. tetapi A.S. adalah negara kelahiran anda, sila berikan MCIS: / <i>Kindly take note that if you are a Non U.S. person but U.S. is your country of birth, please provide MCIS:</i></p> <p>i. Salinan pasport bukan A.S. atau dokumen pengenalan bukan yang dikeluarkan kerajaan A.S.; dan / <i>A copy of non-U.S. passport or non-U.S. government-issued identification document; and</i></p> <p>ii. Salinan Sijil Kehilangan Kewarganegaraan A.S. atau nyatakan penjelasan anda tentang: / <i>A copy of Certificate of Loss of Nationality of the U.S. or specify your explanation of:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sebab tidak mempunyai sijil tersebut walaupun melepaskan kerakyatan A.S.; atau / <i>The reason of not having such certificate despite relinquishing U.S. citizenship; or</i> • Sebab anda tidak memperoleh kewarganegaraan A.S. semasa lahir. / <i>The reason you did not obtain a U.S. citizenship at birth.</i> <p>Sebab: Bukan orang A.S. / <i>Reason: Non U.S. person</i></p>		

Jika YA, untuk soalan diatas sila isikan TIN A.S. anda dalam jadual di bawah Bahagian B bagi seksyen ini melainkan salinan Sijil Kehilangan Kewarganegaraan U.S. telah dikemukakan. / *If "YES" for the above questions, please fill up your U.S. TIN in the table under Part B of this section unless a copy of the Certificate of Loss of U.S. Nationality is provided.*

PART C - Pengisytiharan Cukai Pemastautin dan Nombor Cukai ("TIN") atau Setara Fungsinya / *Declaration of Tax Residency and Taxpayer Identification Number ("TIN") or its Functional Equivalent*

Adakah anda mempunyai sebarang cukai pemastautin di negara (-negara) lain/ bidang kuasa selain daripada Malaysia? / *Do you have any tax residency in country(ies)/jurisdiction(s) other than Malaysia?* Nota: Dengan menandakan "Tidak", anda mengisytiharkan bahawa anda adalah pemastautin cukai Malaysia sahaja. / *Note: By ticking "No", you are declaring that you are a Malaysia-only tax resident.* Ya / *Yes* Tidak / *No*

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

- (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.)*

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

Bahagian B / Part B

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

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

9.	<p>Adakah kemalangan disebabkan secara langsung atau tidak daripada: <i>Was the accident directly or indirectly related to the following? If yes, please tick (✓).</i></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cubaan bunuh diri/ Perbuatan sendiri <i>Attempted Suicide / Self – inflicted</i></td> <td><input type="checkbox"/> Mental/ Ketidak kawalan keresahan <i>Mental / Anxiety Disorders</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Di bawah pengaruh alkohol/ Salahguna Dadah <i>Influence of alcohol / Drug Abuse</i></td> <td><input type="checkbox"/> Perlanggaran undang-undang oleh pesakit <i>Violation of the law by the patient</i></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Cubaan bunuh diri/ Perbuatan sendiri <i>Attempted Suicide / Self – inflicted</i>	<input type="checkbox"/> Mental/ Ketidak kawalan keresahan <i>Mental / Anxiety Disorders</i>	<input type="checkbox"/> Di bawah pengaruh alkohol/ Salahguna Dadah <i>Influence of alcohol / Drug Abuse</i>	<input type="checkbox"/> Perlanggaran undang-undang oleh pesakit <i>Violation of the law by the patient</i>
<input type="checkbox"/> Cubaan bunuh diri/ Perbuatan sendiri <i>Attempted Suicide / Self – inflicted</i>	<input type="checkbox"/> Mental/ Ketidak kawalan keresahan <i>Mental / Anxiety Disorders</i>				
<input type="checkbox"/> Di bawah pengaruh alkohol/ Salahguna Dadah <i>Influence of alcohol / Drug Abuse</i>	<input type="checkbox"/> Perlanggaran undang-undang oleh pesakit <i>Violation of the law by the patient</i>				
10.	<p>Patah tulang / <i>Fracture</i></p> <p>(a) Lokasi, jenis patah: / <i>Location, type of fracture:</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>(b) Jika pesakit diberi sebarang bentuk pembatasan bergerak (POP, sendal belakang, crepe bandage dan sebagainya), sila nyatakan: <i>If patient was put on any form of immobilization (POP, backslap, crepe bandage, etc), please furnish us:</i></p> <p>(i) Jenis pembatasan bergerak yang diguna / <i>Type of immobilization used</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>(ii) Tarikh mula digunakan dan ditanggalkan / <i>Date first applied and date removed</i></p> <p>Mula Diguna (HH/BB/TTTT) / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p><i>Applied (DD/MM/YYYY)</i></p> <p>Ditanggal (HH/BB/TTTT) / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p><i>Removed (DD/MM/YYYY)</i></p> <p>(iii) Tarikh pesakit mula fisioterapi <i>Date patient started on physiotherapy</i></p> <p>Tarikh (HH/BB/TTTT) / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p><i>Date (DD/MM/YYYY)</i></p> <p>(iv) Tarikh pesakit memulakan senaman tanpa sokongan <i>Date patient started on full weight bearing exercise</i></p> <p>Tarikh (HH/BB/TTTT) / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p><i>Date (DD/MM/YYYY)</i></p>				
11.	<p>(a) Tarikh akhir rawatan / <i>Last date of consultation</i></p> <p>Tarikh (HH/BB/TTTT) / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p><i>Date (DD/MM/YYYY)</i></p> <p>(b) Keadaan anggota yang cedera / <i>Condition of the injured part</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>(c) Sila nyatakan pembatasan pergerakan sebenar bagi sebarang sendi pada tarikh akhir rawatan / <i>Please state actual limitation of movement on any joint at the last date of treatment</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>				
12.	<p>Adakah proses sembuh lancar/ rumit? Sila beri butir kerumitan / <i>Was healing straight forward / complicated? Give details of complication</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>				
13.	<p>Adakah gambar sinar X diambil? Jika ada sila laporkan keputusan filem sinar X./ <i>Was X-ray taken? If yes, please furnish X-ray result</i></p> <p>Tarikh (HH/BB/TTTT) / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p><i>Date (DD/MM/YYYY)</i></p> <p>Keputusan/ <i>Result</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>				
14.	<p>Butir Kemasukan Hospital/ <i>Details of Hospitalization :</i></p> <p>(a) Nama hospital / <i>Name of hospital</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>(b) Tarikh masuk / <i>Date admitted</i></p> <p>Tarikh (HH/BB/TTTT) / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p><i>Date (DD/MM/YYYY)</i></p> <p>(c) Tarikh keluar / <i>Date discharge</i></p> <p>Tarikh (HH/BB/TTTT) / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p><i>Date (DD/MM/YYYY)</i></p> <p>(d) Butir pembedahan dilakukan / <i>Details of surgery performed</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>(e) Butir lain-lain prosedur diagnostik atau rawatan khusus / <i>Details of other special diagnostics procedure or treatment</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>				

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

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

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, penyelarasan 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