

**BORANG TUNTUTAN FAEDAH HILANG UPAYA TOTAL DAN KEKAL
TOTAL AND PERMANENT DISABILITY BENEFITS CLAIM FORM**

TIADA TANGGUNGAN DIAKUI DENGAN MENGELUARAN BORANG INI
NO LIABILITY IS ADMITTED BY ISSUING THIS FORM

**BAHAGIAN I / PART I
UNTUK DIPENUHI OLEH PEMEGANG POLISI
TO BE COMPLETED BY THE ASSURED**

Nota: Sila lampirkan laporan perubatan yang berkaitan untuk menyokong Tuntutan Faedah Hilang Upaya Total dan Kekal. Semua salinan fotokopi dokumen yang diserahkan mestilah disahkan oleh pegawai syarikat kami(JG 1 keatas sahaja), doctor, majistret, Ketua Balai Polis, Pesuruhjaya Sumpah, Notari Awam, Peguambela dan peguamcara, Pengurus Agensi dan Ketua Pengurus Agensi sahaja.

Note: Please enclose all relevant medical reports to support your above Total and Permanent Disability Benefit Claim. All photocopies of the documents submitted must be certified by a person of prominent standing such as our company authorized officers(JG 1 and above only), doctors, Magistrate, Ketua Balai Polis, Commissioner for Oath, Public Notary of Advocate & Solicitor, Agency Managers and Chief Agency Managers only.

1. KETERANGAN PERIBADI/ PERSONAL DETAILS	
A. No. Polisi: <i>Policy No :</i> Nama Pemunya Polisi. <i>Name of Policy Owner.</i>	B. Nama Hayat/Diinsurankan. <i>Name of Life Assured.</i>
C. No. Kad Pengenalan <i>NRIC No</i> <i>Baru (New) :</i> <i>Lama (Old) :</i> Alamat e-mel / <i>E-mail Address :</i>	D. Alamat Terkini : <i>Latest Address :</i> Tel Rumah / <i>House :</i> Tel Bimbit / <i>HP.</i>
E. Apakah tahap pendidikan tertinggi anda? <i>What is your highest level of education?</i>	F. Adakah anda kini terlantar dikatil/rumah/hospital? <i>Are you currently confined to bed/house/hospital?</i>
2. KETERANGAN MENGENAI PEKERJAAN/ PARTICULARS OF OCCUPATION	
A. Sila berikan alamat majikan terakhir anda? <i>Please give your last employer's/business address?</i> Nama Pegawai / <i>Officer In Charge :</i> Telepon pejabat / <i>Office Tel :</i>	B. Apakah Perkerjaan anda? <i>Your occupation?</i> C. Tarikh terakhir anda bekerja? <i>On what date were you first absent from work?</i> D. Bilakah anda bercadang untuk bekerja semula? <i>State the date you are expected to return to work?</i>

<p>E. Adakah anda berhak untuk mendapat sebarang pampasan dari syarikat insurans lain atau mana-mana pihak sumber untuk keadaan ini. Sila berikan butir-butirnya serta sesalinan surat tawaran yang disahkan. Please provide full details of any other insurance policies or any sources under which you may receive payment for this condition</p>	<p>F. Jika perkhidmatan anda ditamatkan, sila nyatakan tarikh berkuatkuasa dan berikan salinan surat tamat perkhidmatan. If your service has been terminated, please confirm the effective date and provide a copy of the termination letter?</p>
<p>G. Siapakah yang menyokong pendapatan anda sekarang? Who is supporting your income now?</p>	<p>H. Adakah anda sedang membuat sebarang pekerjaan lain / peniagaan? Are you currently engaged in any other alternate job / business?</p>
<p>I. Nyatakan kerja yang kamu lakukan selama tiga (3) tahun di tempat kerja kamu? Please list the jobs that you have held in the last three (3) years.</p> <p>i.</p> <p>ii.</p> <p>iii.</p>	<p>J. Persekitaraan tempat kerja anda:- (pejabat, kilang, tempat terbuka, lain-lain (nyatakan dengan spesifik) What kind of environment do you work in? (Office, Factory, Open Space, others-please state specifically)</p> <p>K. Adakah anda menjalankan tugas-tugas pengurusan atau penyeliaan? Are you in management or supervisory capacity?</p> <p>L. Adakah anda mengendalikan mesin atau alat-alat khas yang lain? Do you operate any machine or special equipments?</p>
<p>M. Kelulusan dan/atau kemahiran yang diperlukan dalam pekerjaan anda? / What are the qualification and/or skills needed for your job?</p> <p>N. Adakah kemahiran khas diperlukan? Any special skills required?</p> <p>O. Adakah tahap pengalaman praktikal yang diperlukan? What level of practical experience is required?</p>	<p>P. Apakah waktu dan hari bekerja yang biasa? What is your normal working hours and days?</p> <p>Q. Adakah anda diperlukan bekerja syif, pada hari Ahad atau bila dipanggil? Are you required to work on shift, Sundays or be on call?</p> <p>R. Bagaimana anda pergi ke tempat kerja? How do you travel to work?</p> <p>T. Berapakah jarak perjalanan ke tempat kerja anda? What is the distance of travel to go to your normal place of work?</p>
<p>U. Dari segi manakah Hilang Upaya yang menghalang anda dari melakukan pekerjaan biasa anda? What aspects of your disability prevent you from performing your own occupation?</p>	<p>V. Dari segi manakah Hilang Upaya yang menghalang anda dari melakukan sebarang pekerjaan? Sila nyatakan. Is there any aspect of your disability that will prevent you working in any occupation? Please give full details.</p>

W. Adakah pekerjaan anda memerlukan anda untuk:
Does your work require you to do the following:

- | | | |
|---|----------------------------------|------------------------------------|
| 1. Memandu kereta/ <i>Driving a car?</i> | Ya/ Yes <input type="checkbox"/> | Tidak/ No <input type="checkbox"/> |
| 2. Memandu kenderaan lain/ <i>Driving other vehicles?</i> | Ya/ Yes <input type="checkbox"/> | Tidak/ No <input type="checkbox"/> |
| 3. Memanjat tangga atau tempat tinggi/ <i>Climbing ladders or heights?</i> | Ya/ Yes <input type="checkbox"/> | Tidak/ No <input type="checkbox"/> |
| 4. Membawa barangan berat/ <i>Carrying heavy loads?</i> | Ya/ Yes <input type="checkbox"/> | Tidak/ No <input type="checkbox"/> |
| 5. Mengangkat barangan berat/ <i>Lifting heavy loads?</i> | Ya/ Yes <input type="checkbox"/> | Tidak/ No <input type="checkbox"/> |
| 6. Merangkak atau melutut/ <i>Crawling or kneeling?</i> | Ya/ Yes <input type="checkbox"/> | Tidak/ No <input type="checkbox"/> |
| 7. Keluar dari tempat kerja yang biasa/ <i>Travelling away from your normal place of work?</i> | Ya/ Yes <input type="checkbox"/> | Tidak/ No <input type="checkbox"/> |
| 8. Lain-lain penggunaan tenaga fizikal (Sila nyatakan)/ <i>Other physical exertions? Please specify</i> | Ya/ Yes <input type="checkbox"/> | Tidak/ No <input type="checkbox"/> |

4. UNTUK DIISI OLEH ORANG YANG BEKERJA SENDIRI SAHAJA/ TO BE COMPLETED BY A SELF-EMPLOYED PERSON ONLY

A. Berikan nama perniagaan/syarikat anda.
Please name your business/Company

C. Jenis perniagaan anda?
What is the nature of your business?

B. Adakah terdapat pemilik atau pengarah yang lain didalam perniagaan ini? Berapa orang? Sila berikan butiran
Are there any other proprietors or directors of the business? How many? Please provide details.

D. Sila berikan no. pendaftaran perniagaan atau syarikat, jika didaftarkan./ *Please provide your business registration number and your Company registration number, if incorporated.*

5. UNTUK DIISIKAN JIKA HILANG UPAYA DISEBABKAN OLEH KEMALANGAN/ TO BE COMPLETED IF DISABILITY CAUSED BY AN ACCIDENT.

A. Bila kemalangan berikut berlaku? :
When did the accident happen?

B. Nyatakan secara terperinci bagaimana kemalangan berlaku
Describe in detail how the accident happened

Tarikh / *Date:*

Waktu (pagi / petang) / *Time (a.m. / p.m.):*

Tempat / *Location :*

Balai Polis / *Police Station :*

No report police / *Police report No :*
(Lampirkan sesalanan report/ *Enclose copy of the report*)

C. Nyatakan tahap kecederaan yang dialami akibat kemalangan
Describe the extent of the injuries sustained in the accident

D. Adakah anda bercadang untuk mendapat pampasan atau tindakan undang-undang atas seseorang akibat dari kemalangan atau penyakit yang dialami?
Are you or do you intend to seek compensation or instigate any legal proceedings against any person, as a result of your accident or illness?

6. UNTUK DIISI JIKA HILANG UPAYA DISEBABKAN OLEH PENYAKIT/ TO BE COMPLETED IF DISABILITY CAUSED BY AN ILLNESS

<p>A. Nyatakan dengan terperinci keadaan atau tanda-tanda penyakit anda <i>Please describe the condition or the symptoms fully.</i></p>	<p>B. Bilakah tanda-tanda / keadaan itu mula-mula timbul? <i>When did the symptoms / conditions first appear?</i></p>
<p>C. Apakah keputusan diagnosis dan bilakah anda diberitahu mengenainya? <i>What is the exact diagnosis and when was it made known to you?</i></p>	<p>D. Berikan nama dan alamat doktor yang telah membuat diagnosis tersebut <i>Provide the name and address of the doctor who had made the diagnosis</i></p>
<p>E. Apakah ujian atau penyiasatan yang telah dibuat untuk mengesahkan diagnosis itu? / <i>What tests or investigations were done to confirm the diagnosis?</i></p>	<p>F. Apakah rawatan yang diterima sekarang? <i>What are the treatments you are undergoing currently?</i></p>

G. Adakah anda menghidap apa-apa penyakit lain atau keadaan yang berkaitan sebelum hilang upaya bermula? Sila nyatakan penyakit atau keadaan dan butir-butir rawatan (oleh siapa, alamat dan bila)
Were you suffering from any other illness or related conditions prior to the onset of disability? Please state the illness or condition and the details of treatment (by whom, address and when)

BAHAGIAN INI MESTILAH DIISI DENGAN LENGKAP / THIS SECTION MUST BE FULLY COMPLETED

7. BUTIR-BUTIR DOKTOR YANG MERAWAT HILANG UPAYA SEKARANG DAN LAIN – LAIN PENYAKIT DALAM TEMPOH 3 TAHUN YANG LEPAS / DETAILS OF PHYSICIAN(S) CONSULTED FOR CURRENT DISABILITY AND OTHER DISORDER

Nama <i>Name</i>	Alamat <i>Address</i>	Tarikh Rawatan <i>Date of Consultation</i>	Sebab Rawatan <i>Reason for Consultation</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.

Kebenaran/Pemberian Hak / Authorization

Saya, yang bertandatangan di bawah, dengan ini membenarkan mana-mana organisasi, institusi atau individu yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang kesihatan dan latar belakang perubatan atau nasihat perubatan saya/ hayat yang diinsuranskan, dan telah atau mungkin kemudian dari ini dirujuk untuk mendedahkan segala maklumat tersebut kepada MCIS INSURANCE BERHAD atau wakilnya. Saya bersetuju membenarkan MCIS INSURANCE BERHAD atau wakilnya untuk mengguna dan mendedahkan sebarang maklumat yang dikumpul atau dipegang oleh Syarikat kepada perseorangan/sebarang organisasi yang berhubung dan berkaitan dengan Syarikat atau sebarang pihak ketiga (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk institusi perubatan, penginsurans semula, penyelaras tuntutan / penyiasat, peguam, persatuan industri, pengawal selia, badan-badan berkanun, pihak berkuasa kerajaan dan agensi pelaporan kredit) bagi tujuan proses tuntutan insuran. Salinan pengesahan ini adalah sah seperti yang asal.

I, The undersigned(s) hereby irrevocably authorize any organization, institution, or individual that has any records or knowledge of my/life assured health and medical history or treatment or advise and that has been or may hereafter be consulted to disclose to MCIS Insurance Berhad or its representative such information. I/WE agree that MCIS Insurance Berhad or its representative may use and disclose any of the information collected or held by the Company to individuals/organizations related to and associated with the Company to individuals/organizations related to and associated with the Company or any selected third parties (within or outside Malaysia, including medical institutions, reinsurers, claim adjusters / investigators, solicitors, industry associations, regulators, statutory bodies, government authorities and credit reporting agencies) for the purpose of processing the claim.

This authorization shall bind my/our successors and assigns and remain valid notwithstanding my/our/life assured death or incapacity in so far as legally possible. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

.....
Tandatangan Pihak Menuntut
Signature of Claimant

.....
Tandatangan Saksi
Signature of Witness

Nama :
Name:

Nama:
Name:

No. Kad Pengenalan :
NRIC No.:

No. Kad Pengenalan :
NRIC No.:

Alamat :
Address:

Alamat :
Address:

No. Telefon :
Telephone No.:

No. Telefon :
Telephone No.:

Tarikh :
Date:

Tarikh :
Date:

Mukasurat ini sengaja dikosongkan
This page intentionally left blank

