

**BORANG TUNTUTAN RAWATAN HOSPITAL - KENYATAAN PIHAK YANG MENUNTUT
MEDICAL BENEFIT and HOSPITAL & SURGICAL 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.*

Dokumen sokongan yang diperlukan adalah / Supporting documents required are:-	Claim No.:
Resit bayaran asal termasuk resit deposit dan bil asal perubatan <i>Original payment receipts including deposit receipts and itemised medical bills</i>	
1. Surat Aakuan Masuk dan Keluar/ Nota keluar hospital / <i>Admission and Discharge Card / Discharge Note</i>	
2. Keputusan Makmal dan Radiologi / <i>Laboratory and Radiology Reports</i>	

Type of reimbursement claim. Sila tandakan ✓ di dalam kotak berkenaan / <i>Please ✓ in the appropriate box</i>			
	Rawatan Hospital/ <i>Hospitalisation treatment</i>		Pembedahan Penjagaan Harian / <i>Day Surgery</i>
	Rawatan Pra-Hospital/ Selepas Keluar Hospital <i>Pre-Hospitalisation/ Post-Hospitalisation</i>		Rawatan Kanser Pesakit Luar / <i>Outpatient Cancer Treatment</i>
	Rawatan Kecemasan Pesakit Luar Untuk Kemalangan <i>Emergency Accident Outpatient Treatment</i>		Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar / <i>Outpatient Kidney Dialysis</i>
	Faedah Tunai Harian Di Hospital Kerajaan Malaysia <i>Government Hospital Daily Cash Allowance</i>		Lain-Lain / <i>Others</i>

Resit / bil asal yang dikemukakan / Original receipt(s) / bill(s) submitted:

Tarikh resit/bil <i>Receipt/ bill date</i>	Resit/ bil no. / <i>Receipt/ bill no.</i>	Nama hospital/ klinik/ <i>Name of hospital/clinic</i>	Jumlah resit (RM)/ <i>Receipt amount (RM)</i>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

1. Butir tentang Hayat yang dilindungi / Particulars of Life Assured

a.	No. Polisi / <i>Policy No</i>	
b.	Nama Hayat Diinsuranskan / <i>Name of Life Assured</i>	
c.	No. Kad Pengenalan / <i>NRIC</i>	Lama/ <i>Old:</i> Baru/ <i>New:</i>
d.	No. Telefon Bimbit / <i>Mobile Phone No.</i>	
e.	Alamat Surat Menyurat Terkini <i>Current Correspondence Address</i>	

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

a.	Nama Pemegang Polisi / Penuntut <i>Name of Policyowner / Claimant</i>	
b.	No. Kad Pengenalan / <i>NRIC</i>	Lama/ <i>Old:</i> Baru/ <i>New:</i>
c.	No. Telefon Bimbit / <i>Mobile Phone No</i>	
d.	Alamat e-mel / <i>Email address</i>	

3. Butir kemasukan hospital / Hospitalisation details		
a.	(a) Masuk hospital : Tarikh / Waktu <i>Admission : Date / Time</i> (b) Keluar hospital : Tarikh / Waktu <i>Discharge : Date / Time</i>	
b.	Jika kemasukan ke hospital adalah akibat kemalangan, sila nyatakan <i>If hospitalization was due to accident, please state</i> (a) Tarikh dan masa kemalangan <i>Date and time of accident</i> (b) Bagaimana kemalangan tersebut berlaku? <i>How did the accident occur?</i> (c) Jenis dan tahap kemalangan tersebut berlaku? <i>Nature and extent of injury?</i>	
c.	Jika kemasukan ke hospital akibat penyakit, sila nyatakan <i>If hospitalization was due to illness, please state</i> (a) Apakah simptom yang dialami? <i>What were the symptoms presented?</i> (b) Sudah berapa lamakah simptom tersebut dialami sebelum kemasukkan hospital. <i>How long had these symptoms presented before admission to hospital?</i>	
d.	Sila berikan maklumat lanjut rundingan: <i>Please provide details of consultations:</i> (a) Doktor yang merujuk hayat yang dilindungi ke hospital <i>The doctor who referred Life Assured to hospital</i> (b) Semua doktor lain yang merawat untuk penyakit ini <i>All other doctors consulted for this illness</i> (c) Nama dan alamat doktor yang biasa merawat hayat yang dilindungi selain daripada yang di atas <i>Name and address of Life Assured's regular treating doctor other than the above.</i>	Tarikh (HH/BB/TTTT) <u>Date (DD/MM/YYYY)</u> Nama dan alamat doctor/ hospital/ klinik <u>Name and address of doctor/ hospital/ clinic</u>
e.	Adakah hayat yang dilindungi kini diinsuranskan untuk faedah hospitalisasi dengan syarikat lain? Jika ya, sila nyatakan <i>Is Life Assured presently insured for hospitalization benefits with other companies? If yes, please state.</i> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <i>Yes No</i> Nama Syarikat Insurans No. Polisi Tarikh Berkuatkuasa (HH/BB/TTTT) Amaun Faedah (RM) <u>Names of Insurance Companies</u> <u>Policy No.</u> <u>Effective Dates (DD/MM/YYYY)</u> <u>Amount of Benefits (RM)</u>	

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/ NRIC: _____

Tarikh/ Date: _____

Tandatangan Saksi
Signature of Witness

Nama/ Name: _____

No. KP/ NRIC: _____

Tarikh/ Date: _____

**BORANG TUNTUTAN RAWATAN HOSPITAL – KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT
MEDICAL BENEFIT CLAIM FORM – ATTENDING PHYSICIAN’S STATEMENT**

Bahagian B / Part B

Semua soalan hendaklah dijawab dengan lengkap. Tanda (-) tidak akan diterima. Segala penukaran hendaklah disahkan oleh doktor yang merawat.

All questions must be answered. Dash (-) is not acceptable. All alterations must be initialed by treating physician.

1.	Nama Pesakit <i>Patient's Name</i>	
2.	No. Kad Pengenalan <i>NRIC</i>	Lama: <i>Old:</i> Baru: <i>New:</i>
3.	(a) Pendaftaran : Tarikh / Waktu <i>Admission : Date / Time</i> (b) Keluar : Tarikh / Waktu <i>Discharge : Date / Time</i>	HH/BB/TT Waktu DD/MM/YY <i>Time</i> HH/BB/TT Waktu DD/MM/YY <i>Time</i>
4.	Jika kemasukan ke hospital adalah akibat kemalangan, sila nyatakan <i>If hospitalization was due to accident, please state</i> (a) Tarikh dan masa kemalangan <i>Date and time of accident</i> (b) Jenis kemalangan: <i>Nature of accident</i>	
5.	Tarikh pertama kali anda memberi rawatan kepada pesakit bagi penyakit / kecederaan / keadaan ini. <i>The date on which you first saw the patient for this illness / injury / condition</i>	
6.	Adakah pesakit dirujuk kepada hospital anda oleh doktor yang lain? Jika ada, sila nyatakan nama dan alamat doktor tersebut, serta berikan salinan surat rujukan. <i>Was the patient referred to your hospital by any other doctor? If yes, please indicate his / her name, address and provide a copy of referral letter.</i>	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No Butir doctor and merujuk/ <i>Details of referral doctor:</i>
7.	Apakah simtom yang diberitahu oleh pesakit ketika pertama kali dia berjumpa dengan anda? <i>What were the symptoms that patient complained of when he / she first saw you?</i>	
8.	(a) Berdasarkan maklumat diberi oleh pesakit, berapa lamakah dia telah mengalami simtom tersebut? <i>According to patient, how long had he / she been experiencing these symptoms</i> (b) Pada pendapat anda, berapa lamakah simtom tersebut telah wujud? <i>How long do you think these symptoms had lasted?</i>	
9.	Pernahkah sebelum ini pesakit menerima rawatan untuk simtom di atas? Jika ada, sila nyatakan nama dan alamat doktor serta tarikh rawatan. <i>Had patient previously received any treatment for above symptoms? If so, please furnish name, address of doctors and dates of consultation.</i>	
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 so, please furnish the details or certified true copy of the result.</i>	

11.	<p>(a) Apakah diagnosis anda? <i>What was your diagnosis?</i></p> <p>(b) Sebab dan patologi berkaitan diagnosis di atas <i>Cause and pathology underlying the present diagnosis</i></p> <p>(c) Adakah anda memberitahu pesakit tentang diagnosis tersebut? Jika ya, sila nyatakan tarikh. <i>Did you inform the patient of the diagnosis? If yes, please provide date.</i></p>	
12.	<p>(a) Rawatan perubatan diberi <i>Medical treatment given</i></p> <p>(b) Jenis pembedahan yang dilakukan <i>Nature of operation(s) performed</i></p> <p>(c) Tarikh pembedahan dilakukan <i>Date surgery performed</i></p> <p>(d) Nama pakar bedah <i>Name of surgeon</i></p>	
13.	<p>Adakah kemungkinan pesakit menghidapi semula penyakit tersebut? <i>Any possibility of patient having relapse?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No</p>
14.	<p>Adalah penyakit/ keadaan berkaitan dengan berikut? Jika ya, sila ✓ / <i>Is the illness/ condition related to the following? If yes, please ✓:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Pembedahan Kosmetik/ Plastik, Pemeriksaan Perubatan Rutin/ <i>Cosmetic / plastic surgery, routine health screening</i></p> <p><input type="checkbox"/> Kemabukan, Penyalahgunaan Dadah, AIDS, venereal disease/ <i>Intoxication, illegal drugs, AIDS, penyakit kelamin</i></p> <p><input type="checkbox"/> Tindakan Melukakan Diri Sendiri, Bunuh Diri, Percubaan Bunuh Diri/ <i>Self inflicted injury, suicide, attempted suicide</i></p> <p><input type="checkbox"/> Kongenital/ Penyakit Keturunan/ <i>Congenital / hereditary conditions</i></p> <p><input type="checkbox"/> Penyakit Mental/ Penyakit Susah Tidur/ <i>Psychotic / mental disorder/ nervous/sleep disorder</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sukan Berbahaya, Tindakan Melanggar Undang-undang/ <i>Hazardous sports, unlawful act</i></p> <p><input type="checkbox"/> Tiada di atas/ <i>None of the above</i></p>	
15.	<p>Pernahkah sebelum ini pesakit diberi rawatan atau dimasukkan ke hospital ini atau hospital-hospital lain untuk rawatan penyakit ini atau penyakit-penyakit lain? Sila nyatakan. <i>Has the patient previously been treated or hospitalized in this or any other hospital for this or any other disease? Please state:</i></p> <p><u>Tarikh / Date</u> <u>Penyakit / Disease / Illness</u> <u>Rawatan/ Details of Treatment</u> <u>Doktor/ Hospital/ Klinik / Doctor/ Hospital / Clinic</u></p>	
16.	<p>Untuk pesakit wanita sahaja / <i>For female patients only</i></p> <p>(a) Adakah pesakit hamil ketika dimasukkan ke hospital? <input type="checkbox"/> Tidak/ No <input type="checkbox"/> Ya/ Yes _____ bulan/ <i>months</i> <i>Was the patient pregnant at the time of hospitalization</i></p> <p>(b) Adakah penyakit dengan secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh kehamilan / melahirkan anak / pembedahan caesarian / menggugurkan / keguguran dan lain-lain kesakitan yang berkaitan? Sila beri lanjutan. <i>Was illness caused directly or indirectly by pregnancy / child birth / caesarean section / abortion / miscarriage and all complications arising therefrom? Please elaborate.</i></p>	

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

.....
Tandatangan Doktor yang Merawat
Signature of Attending Physician

.....
Cop Nama & Hospital/ Klinik
Official stamp

.....
Tarikh
Date

Kebenaran/Pemberian Hak / Authorization

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

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

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

Tandatangan Pemegang Polisi / Penuntut
Signature of Policyowner / Claimant

Nama/ Name: _____

No. KP/ NRIC: _____

Alamat/ Address: _____

No. Telefon Bimbit
Mobile phone number: _____

Tarikh/ Date: _____

Tandatangan Saksi
Signature of Witness

Nama/ Name: _____

No. KP/ NRIC: _____

Alamat/ Address: _____

No. Telefon Bimbit
Mobile phone number: _____

Tarikh/ Date: _____

Mukasurat ini sengaja dikosongkan
This page intentionally left blank

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 : **POLISI NO/ POLICY NO:** _____

Saya meminta MCIS INSURANCE BERHAD (merujuk kepada MCIS Life) mengkreditkan bayaran insurans saya ke akaun bank seperti yang dinyatakan di bawah:-

I hereby request 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 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 perancangan maklumat, pembayaran akan ditangguhkan.
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.
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. Saya dengan ini menyertakan salinan penyata bank / halaman yang berkaitan dengan akaun simpanan yang jelas menunjukkan nama saya, Nombor Identiti dan nombor akaun bank.
I hereby attach a legible copy of the top portion of the bank statement / relevant page of the savings account book which clearly indicate my name, Identity No. and bank account no.
5. 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. :

+ Angka / +No. of Digits

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	

No. Identity seperti di Akaun Bank Identity No. as per bank A/C :

No Telefon Bimbit / Mobile Phone No. :

Alamat e-mel / E-mail Address :

Nama / Name :

Tarikh / Date :

Tandatangan Pemegang Polisi/
Penuntut
Policyowner/ Claimant Signature

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 / Amlslamic 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

Senarai adalah untuk rujukan sahaja. Bank lain (dalam Malaysia) yang tiada dalam senarai atas akan diterima.
Bank Listed above are for reference only. Other banks (in Malaysia) not listed are acceptable.