

BORANG PENGGANTIAN KAD PERUBATAN / MEDICAL CARD REPLACEMENT FORM

Tarikh / Date: ____/____/20____

Kepada Pengurus/ The Manager

PER: NO. POLISI/ RE: POLICY NO.: _____

Saya, (Nama)/ I, (Name) _____ dengan ini mengesahkan, bahawa Kad Perubatan yang dikeluarkan oleh AAN telah: / declared that the Medical Card issued by AAN has been:

Hilang/ lost

Rosak/ Damage

Lain-lain/ Others

Sila nyatakan/ Please specify : _____

Kaedah penghantaran/ Delivery Method:

Alamat pemegang Polisi/ Policy Owner Address

Cawangan/ Branch

Sila nyatakan/ Please specify : _____

Saya faham bahawa, **MCIS Insurance Berhad** akan mengenakan caj bayaran sebanyak **RM10.00** untuk setiap kad baru. / I understand that **MCIS Insurance Berhad** will impose a penalty of **RM10.00** for every replacement card. Oleh itu, saya sertakan resit bayaran (No Resit)/ Therefore, I attached herewith the payment receipt (Receipt No.) _____ untuk pembayaran bagi Kad Perubatan berjumlah **RM/ for payment made for the Medical Card amounting to RM** _____

Tandatangan Pemilik Polisi / Signature of Policyowner : _____

Nama Pemilik Polisi / Name of Policyowner : _____

No. KP / NRIC No. : _____

Alamat Surat- menyurat / Correspondence Address : _____

No. Tel / Tel No. : _____

E-Mel/ E-Mail : _____