

BORANG TUNTUTAN RAWATAN SEBELUM / SELEPAS HOSPITALISASI (BERKELOMPOK) - KENYATAAN PIHAK YANG MENUNTUT
PRE / POST HOSPITALISATION TREATMENT (GROUP) 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.*

Resit / bil asal yang dikemukakan / Original receipt(s) / bill(s) submitted:					
Tarikh resit/bil Receipt/ bill date	Resit/ bil no. /Receipt/ bill no.	Jumlah resit (RM)/ Receipt amount (RM)	Tarikh resit/bil Receipt/ bill date	Resit/ bil no. /Receipt/ bill no.	Jumlah resit (RM)/ Receipt amount (RM)
1.			7.		
2.			8.		
3.			9.		
4.			10.		
5.			11.		
6.			12.		
1. Butir tentang Pekerja/ Pihak Yang Menuntut / Particulars of Employee/ Claimant					
a.	No. Polisi Berkelompok / Group Policy No.				
b.	Nama Majikan / Name of Employer				
c.	Nama Pekerja / Name of Employee				
d.	No. Kad Pengenalan / NRIC		Lama/ Old:	Baru/ New:	
e.	No. Telefon Bimbit / Mobile Phone No.				
2. Butir tentang Pihak Tanggungan (Jika Hayat yang Dilindungi ialah pihak tanggungan) Particulars of Dependant (if Life Assured is the Dependant)					
a.	Nama Tanggungan/ Name of Dependant				
b.	No. Kad Pengenalan / NRIC		Lama/ Old:	Baru/ New:	
c.	No. Telefon Bimbit / Mobile Phone No.				
3. Butir kemasukan hospital / Hospitalisation details					
a.	Tarikh masuk hospital: Admission date :		HH/BB/TTTT DD/MM/YYYY	b.	Tarikh keluar hospital: Discharge date :
				HH/BB/TTTT DD/MM/YYYY	

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 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 provided 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 Telefon Bimbit/ *Mobile Phone No.* : _____

Alamat E-mel/ *E-mail Address* : _____

Nama/ *Name* : _____

Tarikh/ *Date* : _____

Tandatangan Pemegang Polisi/ Penuntut
Policyowner / Claimant Signature

Pilihan dikenakan kepada/
Option apply to : Semua Polisi/ *All Policies* Polisi Semasa/
Current Policy

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 / <i>Bank Name</i>	Angka Digit	Nama Bank / <i>Bank Name</i>	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 Nasional	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