

Head Office:  
Wisma MCIS, Jalan Barat,  
46200 Petaling Jaya,  
Selangor Darul Ehsan,  
Malaysia

Postal Office:  
P.O. Box 345, Jalan Sultan,  
46916 Petaling Jaya,  
Selangor Darul Ehsan,  
Malaysia

T +603 7652 3388  
F +603 7957 1562  
E customerservice@mcis.my  
W www.mcis.my

## PENGAKUAN KESIHATAN/ DECLARATION OF GOOD HEALTH

### BORANG INI HANYA UNTUK PELAN GOLDEN SENIOR CARE DAN EZYSAVER/ THIS FORM IS APPLICABLE FOR GOLDEN SENIOR CARE AND EZYSAVER PLAN

#### **NOTA PENTING / IMPORTANT NOTE**

Mengikut Seksyen 129 dan Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, anda adalah dikehendaki untuk mengambil tindakan yang munasabah bagi menjawab kesemua soalan-soalan di bawah dengan lengkap dan benar. Jika terdapat sebarang salah nyata, kami boleh membatalkan polisi dan menolak semua tuntutan atau menganggap polisi berkuatkuasa mengikut terma yang berbeza./ Pursuant to Section 129 and Schedule 9 of The Financial Services Act 2013, you are to take reasonable care to answer all the questions below fully and truthfully. If there is any misrepresentation, We can avoid the policy and refuse all claims or treat the policy as subsisting on different terms.

#### **SEKSYEN 1 /SECTION 1: BUTIR HAYAT YANG DINSURANKAN/ DETAILS OF LIFE ASSURED**

No. Polisi/Policy No. :	
Nama Hayat yang Diinsuranskan / Name of Life Assured :	Nama Pemegang Polisi/ Name of Assured :
No. Kad Pengenalan/ No. Kad Pengenalan Lama/ NRIC No.(New)/ NRIC No.(Old) :	No. Kad Pengenalan/ No. Kad Pengenalan Lama/ NRIC No.(New)/ NRIC No.(Old) :
Alamat/ Address :	Alamat/ Address :
No. Tel./ Tel. No. :	No. Tel./ Tel. No. :
Pekerjaan/ Occupation :	Pendapatan bulanan/ Monthly Income :
Huraikan jenis pekerjaan atau perniagaan/ Exact nature of work or nature of business :	Huraikan jenis pekerjaan atau perniagaan/ Exact nature of work or nature of business :
Nama dan alamat majikan/ Employer's name and address :	Nama dan alamat majikan/ Employer's name and address :

#### **SEKSYEN 2/ SECTION 2: PEMBAYARAN PIHAK INSURANS KEPADA PENCADANG/ E-PAYMENT BY INSURANCE COMPANY TO PROPOSER**

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: -

- 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).
- 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.
- 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.
- 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 (\*). : \_\_\_\_\_

\*Nota/ Note: Akaun Bersama tidak dibenarkan/ Joint Account is not allowed

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama/ Name : \_\_\_\_\_

No. KP/ IC No. : \_\_\_\_\_

**SEKSYEN 3/ SECTION3: DEKLARASI KESIHATAN/ HEALTH DECLARATION**

Setiap soalan di bawah mestilah dijawab dengan penuh oleh hayat yang diinsuranskan/ *Each of the following questions must be fully answered by the life assured*

(\*Sila tandakan ( ✓ ) yang mana sesuai)/ (\*Please tick ( ✓ ) whichever is applicable)

DEKLARASI KESIHATAN/ HEALTH DECLARATION		YES	NO
1) Saya mengaku bahawa saya tidak terlantar sakit dan mampu berjalan tanpa memerlukan bantuan fizikal/ <i>I declare that I am not bedridden and able to walk without requiring physical assistance.</i>			
2) Saya mengaku bahawa saya peka secara mental dan mampu menjawab soalan ejen semasa sesi soal jawab/ <i>I declare that I am mentally alert and capable of answering agent's questions during interview.</i>			
3) Saya mengaku bahawa keadaan kesihatan saya tidak ada perubahan sejak tarikh permulaan polisi ini/ <i>I declare that My state of health has not changed from the time this policy inceptioned.</i>			

**SEKSYEN 4/ SECTION 4: DEKLARASI OLEH PEMILIK BENEFISIAL/ DECLARATION BY THE BENEFICIAL OWNER**

Adakah anda tahu sesiapa selain dari diri anda memiliki atau memperolehi manfaat dari polisi ini?/

*Are you aware of any other person who own or may benefit from the policy other than yourself?*

YES  NO

Jika jawapan anda "Ya", sila lengkapkan jawapan dibawah/ *If your answer is "Yes", please complete the following section :*

Nama Penuh (seperti dalam NRIC / Pasport)/ <i>Full name (as in NRIC / Passport)</i>		Tarikh lahir/ <i>Date of birth</i>	
Nombor Kad Pengenalan atau Passport/ <i>National Registration Identity Card (NRIC) or Passport Number</i>		Warganegara/ <i>Nationality</i>	
Alamat E-mel/ <i>Email Address</i>		Nombor Telefon/ <i>Contact Number</i>	
Hubungan dengan Hayat Diinsuranskan/ <i>Relationship to Life Assured</i>			
Nama Majikan atau jenis perniagaan atau pekerjaan/ <i>Name of employer or nature of Self-employment or nature of business</i>		Pekerjaan/ <i>Occupation</i>	
Alamat kediaman/ <i>Residential address</i>			
Alamat surat menyurat/ <i>Mailing address</i>			
Tujuan Transaksi/ <i>Purpose of Transaction</i>			

**Nota/Note:-**

1. Pemilik benifisial merujuk kepada orang yang layak / *Beneficial owner refers to any natural person who:*
  - a) Bagi pihaknya transaksi ini sedang dilaksanakan atau / *On whose behalf this transaction is being conducted or*
  - b) Untuk mengawal beneficiari peserta atau / *Ultimately controls the participant beneficiary or*
  - c) Untuk mendapat manfaat atau menerima wang yang layak daripada pembayaran kepada waris / *Ultimately will benefit or received the money arising from the payout to the beneficiary*

## **SEKSYEN 5/ SECTION 5: PENGAKUAN/ ACKNOWLEDGEMENT**

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, dan telah atau mungkin kemudian dari ini dirujuk untuk mendedahkan segala maklumat tersebut kepada MCIS LIFE atau wakilnya. Saya bersetuju membenarkan MCIS LIFE atau wakilnya untuk menggunakan 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 pemeriksa perubatan, syarikat-syarikat reinsurans dan penyiasatan tuntutan dan pertubuhan/persekutuan industri) bagi tujuan menguatkuaskan semula polisi. 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 health and medical history or treatment or advise and that has been or may hereafter be consulted to disclose to MCIS LIFE or its representative such information. I agree that MCIS LIFE 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 or any selected third parties (within or outside Malaysia, including medical examiners, reinsurance and claims investigation companies and industry associations/federations) for the purpose of processing this revival/ reinstatement. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.*

DENGAN INI SAYA mengaku bahawa saya telah membaca Borang Pengakuan ini atau maklumat-maklumat yang terkandung didalamnya telah disampaikan kepada saya dan bahawa jawapan yang diberi di dalam Borang Pengakuan ini adalah dari saya sendiri. DENGAN INI SAYA MENGESAHKAN bagi pihak diri saya sendiri dan sesiapa yang mungkin ada atau menuntut sebarang kepentingan diatas polisi ini bahawa jawapan-jawapan yang diberi di atas adalah lengkap dan benar. SAYA BERSETUJU supaya ianya diambil sebagai asas kontrak pindaan, cadangan menguatkuaskan semula, perubahan ataupun penambahan. SAYA BERSETUJU bahawa pengakuan ini, cadangan asal dan sebarang pengakuan terdahulu atau yang dibuat diantarnya oleh saya serta jawapan-jawapan yang mungkin atau yang telah saya buat kepada Pegawai Perubatan MCIS LIFE akan menjadi asas kepada kontrak pindaan dan/atau menguatkuaskan semula polisi diantara MCIS LIFE dengan saya. Saya bersetuju dan faham bahawa jika terdapat sebarang kenyataan yang tidak benar atau bercanggah, maka kontrak polisi yang dipinda atau menguatkuaskan semula polisi akan menjadi tidak sah. *I DECLARE that I have read the declaration or the same was interpreted to me and the answers written in this declaration are mine and I CERTIFY on behalf of me and of any person who may have or claim any interest in said policy, each of the above answers to be fully complete and true. I also AGREE that they shall, with the following Agreement, be taken as the basis for the altered contract and/or proposed revival/reinstatement, of my policy. I AGREE that this declaration, the original proposal and any previous or intervening declaration signed by me together with any answer I may make or have made to the MCIS Life Medical Officer shall be the basis of the altered contract and/or revived/reinstated policy contract between me and MCIS LIFE. It is expressly agreed and understood that if anything therein is stated which is in anyway contrary to the truth then the revived or reinstated policy shall be absolutely void.*

SAYA JUGA BERSETUJU bahawa sebarang pindaan atau menguatkuaskan semula polisi tidak akan diambil kira walaupun bayaran dibuat selepas itu sehingga mendapat kelulusan dari Ibu Pejabat MCIS LIFE buat masa ini dan bagi permohonan menguatkuaskan semula polisi, ianya akan hanya berkuatkuasa mulai dari tarikh kelulusan tersebut. *I further AGREE that the altered contract and/or proposed revival/reinstatement shall not take effect irrespective of any monies paid pursuant thereto, until the same shall have been approved by MCIS LIFE at the Head Office for the time being and in the case of revival/ Reinstatement shall have effect from such approval date.*

Ditandatangani/ signed at \_\_\_\_\_ Pada/ On \_\_\_\_\_ /20\_\_\_\_\_

(Tempat/ Place)

(Haribulan/ Date)

(Bulan/ Month)

(Tahun/ Year)

Tandatangan Hayat yang Diinsuranskan/ Signature of Life Assured

Nama/ Name : \_\_\_\_\_

Tandatangan Asured / Pencadang / Pembayar/ Signature of Assured/  
Proposer / Payer

Nama/ Name : \_\_\_\_\_

Tandatangan Saksi/ Signature of Witness

Nama/ Name : \_\_\_\_\_

No. KP/.NRIC No : \_\_\_\_\_

No Tel Bimbit./ Mobile No : \_\_\_\_\_

Alamat/ Address : \_\_\_\_\_