

BORANG TUNTUTAN KEMATIAN BAGI POLISI BERKELOMPOK DEATH CLAIM FORM FOR GROUP CREDIT SHIELD POLICY

Borang ini hendaklah diisikan oleh Pemunya Polisi/ pihak yang menuntut.
This form must be completed by the Policy Owner/ claimant.

1.	No. Polisi / Policy Number(s) :		
2.	Nama Pemunya Polisi : <i>Name of policyholder :</i>		
3.	(i) Nama penuh si mati : <i>Name of the deceased member in full:.....</i>		
	(ii) No. Kad Pengenalan (Lama) : <i>NRIC No. (Old):</i>	(Baru) : <i>(New):</i>	
4.	No sijil polisi : <i>Policy certificate no :</i>		
5.	Sebab kematian : <i>Cause of death:</i>		
6.	Tarikh dan tempat kematian : <i>Date and place of death:</i>		
7.	(i) Adakah si mati (hayat yang diinsuranskan) berkahwin? <i>Was the deceased (life insured) married?</i>	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes	<input type="checkbox"/> Tidak/ No
	(ii) Jika ya, ahli keluarga yang ditinggalkan si mati (hayat yang diinsuranskan) <i>If yes, who are the family members of the deceased (life insured)</i>		
	<input type="checkbox"/> Suami / isteri / Spouse	<input type="checkbox"/> Ibumama / Parent	
	<input type="checkbox"/> Anak / Child	<input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan)/ Others (please specify) _____	
	(iii) Adakah si mati (hayat yang diinsuranskan) seorang beragama Islam pada tarikh kematian? <i>Was the deceased (life insured) a Muslim at death?</i>	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes	<input type="checkbox"/> Tidak/ No

Kebenaran/Pemberian Hak / Authorization

Saya/kami, 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/We 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 Pemunya Polisi
For & on behalf of Policyholder

Nama :
Name :

Policyholder's Stamp :

.....
Tarikh :

Date :

.....
Tandatangan Penuntut
Signature of Claimant

Nama :
Name :

No K/P
I/C No :

Alamat e-mel
Email address :

Tel no.
Tel no.:

Pekerjaan
Occupation:

(Jika tuntutan bayar kepada orang
lain daripada pemunya polisi)
*(If proceed is payable to other
than the Policyholder)*

.....
Tandatangan Saksi
Signature of Witness

Nama :
Name :

No K/P
I/C No :

