MCIS INSURANCE BERHAD (435318-U)

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

mcis LIFE
member of Sanlam group

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

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

Dokumen sokongan yang diperlukan adalah / *Supporting documents required are*:-

1. Salinan yang disahkan benar Sijil Kematian
   Certified true copy of Death Certificate.
2. Salinan yang disahkan benar kad pengenalan, sijil beranak atau paspot Simati
   Certified true copy of Birth Certificate/Passport/Identity Card
3. Jika jumlah perlindungan berdasarkan kepada gaji, salinan slip gaji 3 bulan terakhir simati adalah diperlukan
   If sum assured is based on salary, a copy of deceased's latest pay slip is required.
4. Sebarang kenyataan polis dan/atau laporan suratlkhabar (wajib bagi kenatian akibat kemalangan)
   Any police statement and/or newspaper report (compulsory for accidental death)
5. Kenyataan Doktor yang merawat adalah perlu atas pertimbangan syarikat. Segala kos untuk laporan perubatan tersebut (jika ada) adalah Perlu ditanggung oleh pemegang polisi / pihak yang menuntut.
   A Physician's Statement may be required at the Company's discretion. The cost of such medical report if any will have to be borne by the Policyholder / claimant.

1. No. Polisi / *Policy Number(s) :*

2. Nama Pemunya Polisi.
   Name of policyholder :

3. (i) Nama penuh si mati :
   Name of the deceased member in full:……

   (ii) No. Kad Pengenalan (Lama) : (Baru) :
   NRIC No. (Old): …… *(New):* ……..…

4. Tarikh Lahir
   Date of Birth :

5. No sijil polisi
   Policy certificate no :

6. Pekerjaan terakhir
   Occupation at death

7. Tarikh mula diambil bekerja
   Date employed

8. Tarikh Terakhir Simati bekerja
   Date last actively at work

9. Gaji / upah terakhir yang berhak diperolehi oleh Simati
   Last Drawn Salary

10. Jumlah Diinsuranskan.
    Sum Assured

11. Tarikh terakhir gaji diselaraskan
    Date Salary last adjusted

12. Sebab kematian :
Cause of death :

13. Tarikh dan tempat kematian :
Date and place of death:

14. Sila berikan penjelasan lengkap tentang sebab kematian :
Describe fully cause of Death :

Jika kematian akibat penyakit, sila nyatakan tarikh penyakit tersebut mula mula dikesan :
N.B. If illness is cause of death, please advise date illness was first diagnosed :

15. Nama dan alamat kesemua doktor / hospital yang merawat si mati (pemegang polisi / hayat yang diinsuranskan) dalam tempoh tiga tahun sebelum kematiannya:-
Names & addresses of all doctors / hospitals who attended the deceased (the assured / life insured) during the last three years prior to death:-

Nama dan Alamat *Name and Address*	Tarikh dan Tempoh Rawatan *Date and Duration of*	Penyakit / Kecederaan *Illness / Injury*

16. Adakah si mati (pemegang polisi / hayat yang diinsuranskan) mempunyai polisi dengan syarikat insurans yang lain? Jika ya, sila nyatakan ☐ Ya *Yes* ☐ Tidak *No*
Has the deceased (the assured / life insured) any other insurance with other insurers?

No. Polisi : Syarikat :
Policy No. : …… *Company* : ……

Kebenaran/Pemberian Hak / *Authorization*

Saya/kami, yang bertandatangani 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 : ……
(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 : ……

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 provide 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 atas akan diterima. / *Bank Listed above 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 / *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 / 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 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