

**BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN BERKELOMPOK - KENYATAAN PIHAK YANG MENUNTUT**  
**GROUP PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM - CLAIMANT'S STATEMENT**

**Bahagian A / Part A**

Borang ini hendaklah diisi oleh pekerja/ pihak yang menuntut. Semua soalan hendaklah dijawab dengan lengkap. Tanda ( – ) tidak akan diterima. *This form is to be completed by the employee/ claimant. All questions must be answered. Dash ( – ) is not acceptable.*

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

1. Sijil cuti sakit & sijil tugas ringan (sijil asal diperlukan jika berkerja sendiri)  
*Medical leave certificates & light duty certificate (original certificates are required if self employed)*
2. Laporan sinar X / laporan ahli radiologi / X-ray report / radiologist report
3. Resit bayaran asal termasuk resit deposit dan bil asal perubatan (untuk manfaat pembayaran balik perubatan sahaja)  
*Original payment receipts including deposit receipts and itemised medical bills (for medical reimbursement benefit only)*
4. Surat Akuan Masuk dan Keluar/ Nota keluar hospital / Admission and Discharge Card / Discharge Note
5. Laporan polis/ Police report

**Resit / bil asal yang dikemukakan (untuk manfaat pembayaran balik sahaja)/**  
**Original receipt(s) / bill(s) submitted (for reimbursement benefit only)**

Tarikh resit/bil Receipt/ bill date	Resit/ bil no. / Receipt/ bill no.	Nama hospital/ klinik/ Name of hospital/clinic	Jumlah resit (RM)/ Receipt amount (RM)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

**1. Butir tentang Pekerja/ Pihak Yang Menuntut / Particulars of Employee/ Claimant**

a.	No. Polisi Berkelompok / Group Policy No.	No. Sijil: Certificate No.:	
b.	Nama Majikan / Name of Employer		
c.	Nama Pekerja / Name of Employee		
d.	No. Kad Pengenalan / NRIC	Lama: Old:	Baru: New:
e.	No. Pekerja / Employee No.		
f.	No. Telefon Bimbit / Mobile Phone No.		
g.	Alamat Surat Menyurat Terkini Current Correspondence Address		
h.	Alamat e-mel / Email address		

**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.		
d.	Hubungan dengan Pekerja/ Relationship with Employee		

### **3. Butir kemalangan dan kemasukan hospital / Accident and hospitalisation details**

## Pemberian Hak dan Pengisyiharan/ Authorization and Declaration

**Iemberikan Hak dan Mengisyaratkan/ Authorization and Declaration:**  
Saya/ Kami dengan ini mengisyartahkan bahawa jawapan yang diberikan disini adalah benar dan menerima tanggungjawab sepenuhnya sama ada ia ditulis oleh saya / kami atau bagi pihak saya / kami. Saya / Kami dengan ini memberi kuasa kepada sebarang Hospital, Klinik, Pakar Perubatan, Kakitangan Perubatan atau orang perseorangan (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) yang pernah merawat saya / kami untuk mendedahkan sebarang maklumat termasuk sejarah perubatan saya kepada MCIS Insurance Bhd untuk memproses tuntutan insurans saya / kami. *I/ We hereby declare that the foregoing answers are true and accept full responsibility whether they are written by me/ us or someone else on my/ our behalf. I/ We hereby authorize any Hospitals, Clinics, Physician, Medical Staff or other person (within or outside Malaysia, including medical institutions, reinsurers, claim adjusters / investigators, solicitors, industry associations, regulators, statutory bodies, government authorities and credit reporting agencies) who has attended to me/ us to disclose any information including past medical history to MCIS Insurance Bhd in order to process my/ our insurance claim(s).*

**Tandatangan Pekerja/ Pihak Yang Menuntut  
*Signature of Employee/ Claimant***

Nama/ Name:

No. KP/ NRIC:

Tarikh/ Date: \_\_\_\_\_

**Tandatangan Saksi  
*Signature of Witness***

Nama/ Name:

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

Tarikh/ Date: \_\_\_\_\_

**BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN BERKELOMPOK – KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT**  
**GROUP PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM – ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT**

**Bahagian B / Part B**

Semua soalan hendaklah dijawab dengan lengkap. Tanda ( – ) tidak akan diterima. Segala perubahan hendaklah disahkan oleh doktor yang merawat.

*All questions must be answered. Dash ( – ) is not acceptable. All alterations must be initialed by treating physician.*

1.	Nama Pesakit <i>Patient's Name</i>	
2.	No. Kad Pengenalan <i>NRIC</i>	Lama: <i>Old:</i> Baru: <i>New:</i>
3.	Sijil Beranak / Paspot <i>Birth Certificate / Passport No.</i>	
4.	Pekerjaan <i>Occupation</i>	
5.	Tarikh dan masa kemalangan <i>Date and time of accident</i>	
6.	(a) Tarikh dan masa rawatan pertama <i>Date and time of first consultation</i>  (b) Adakah anda doktor perubatan kebiasaan anda? <i>Are you the regular medical doctor?</i>	
7.	Terangkan secara terperinci jenis kemalangan seperti yang telah dinyatakan oleh pesakit : <i>Describe in detail the nature of accident as related to you by the patient.</i>	
8.	Adakah terdapat sebarang kecederaan / luka luaran ketara akibat kemalangan tersebut? <i>Were there any external and visible injuries or wound as a result of this accident?</i>  (a) Jika benar, nyatakan tahap kecederaan termasuk lokasi, saiz dan kedalaman luka (cm) <i>If yes, please describe the extent of injuries including location, size and depth of wound (cm)</i>  Jika berlaku sebarang amputasi anggota, sila nyatakan lokasi dan tahap amputasi tersebut (proximal, tengah, distal). <i>In the event of any amputation, please state the location and at what level (proximal, middle, distal).</i>  (b) Jika tidak, nyatakan sebarang bukti lain yang konsisten dengan kemalangan seperti yang dituntut oleh pesakit : <i>If no, describe any other evidence that is consistent with the accident as claimed by the patient.</i>	
9.	Rawatan yang diberi termasuk rawatan lanjutan (tarikh rawatan, kadar sembah, rawatan seperti jumlah jahitan, STO, fisioterapi, jenis pencucian dsb) / <i>Treatment given including follow-up (dates of consultation, healing progress, treatments such as number of stitches, STO, physiotherapy, type of dressing etc)</i> <u>Tarikh / Date</u> <u>Kadar sembah/ Healing progress</u> <u>Rawatan/ Jenis Ubat/ Treatment/ Medication</u>	

10.	<p>Adakah kemalangan disebabkan secara langsung atau tidak daripada:  <i>Was the accident directly or indirectly related to the following? If yes, please tick (✓).</i></p>	<input type="checkbox"/> Cubaan bunuh diri/ Perbuatan sendiri <i>Attempted Suicide / Self – inflicted</i> <input type="checkbox"/> Di bawah pengaruh alkohol/ Salahguna Dadah <i>Influence of alcohol / Drug Abuse</i> <input type="checkbox"/> Mental/ Ketidak kawalan keresahan <i>Mental / Anxiety Disorders</i> <input type="checkbox"/> Perlanggaran undang-undang oleh pesakit <i>Violation of the law by the patient</i>
11.	<p>Patah tulang / <i>Fracture</i></p> <p>(a) Lokasi, jenis patah:  <i>Location, type of fracture:</i></p> <p>(b) Jika pesakit diberi sebarang bentuk pembatasan bergerak (POP, sendal belakang, crepe bandage dan sebagainya), sila nyatakan:  <i>If patient was put on any form of immobilization (POP, backslap, crepe bandage, etc), please furnish us:</i></p> <p>(i) Jenis pembatasan bergerak yang diguna  <i>Type of immobilization used</i></p> <p>(ii) Tarikh mula digunakan dan ditanggalkan  <i>Date first applied and date removed</i></p> <p>(iii) Tarikh pesakit mula fisioterapi  <i>Date patient started on physiotherapy</i></p> <p>(iv) Tarikh pesakit memulakan senaman tanpa sokongan  <i>Date patient started on full weight bearing exercise</i></p>	<p>Mula diguna: _____ Ditanggal: _____  <i>Applied: ..... HH/BB/TT/DD/MM/YY</i> <i>Removed: ..... HH/BB/TT/DD/MM/YY</i></p>
12.	<p>(a) Tarikh akhir rawatan  <i>Last date of consultation</i></p> <p>(b) Keadaan anggota yang cedera  <i>Condition of the injured part</i></p> <p>(c) Sila nyatakan pembatasan pergerakan sebenar bagi sebarang sendi pada tarikh akhir rawatan  <i>Please state actual limitation of movement on any joint at the last date of treatment</i></p>	
13.	<p>Adakah proses sembah lancar/ rumit? Sila beri butir kerumitan  <i>Was healing straight forward / complicated? Give details of complication</i></p>	
14.	<p>Adakah gambar sinar X diambil? Jika ada sila laporan keputusan filem sinar X.  <i>Was X-ray taken? If yes, please furnish X-ray result</i></p>	<u>Tarikh/ Date</u> <u>Keputusan/ Result</u>
15.	<p>Butir Kemasukan Hospital/ <i>Details of Hospitalization :</i></p> <p>(a) Nama hospital / <i>Name of hospital</i>  (b) Tarikh masuk / <i>Date admitted</i>  (c) Tarikh keluar / <i>Date discharge</i>  (d) Butir pembedahan dilakukan /  <i>Details of surgery performed</i>  (e) Butir lain-lain prosedur diagnostik atau rawatan khusus/ <i>Details of other special diagnostics procedure or treatment</i></p>	

16.	Tarikh sembah untuk patah tulang <i>Date of fracture united</i>	
17.	Nama dan alamat doktor-doktor lain yang merawat pesakit untuk kecederaan yang sama. <i>Name and address of other doctors who treated patient for the same injury.</i>	
18	Pada pendapat anda, adakah terdapat kecacatan fizikal atau penyakit yang mungkin menyumbang secara langsung atau tidak langsung terhadap kemalangan ini? <i>In your opinion, is there any physical impairment or disease / illness which may have contributed directly or indirectly, to the accident?</i>	
19	Adakah sebarang penyakit di dalam sejarah perubatan pesakit yang boleh menyumbang secara langsung atau tidak langsung ke atas kemalangan atau berkemungkinan boleh membantu tahap kesembuhan pesakit? Sila beri keterangan. <i>Is there anything in his medical history which may have contributed, directly or indirectly, to the accident, or which may be likely to retard his recovery? If yes, please provide details.</i>	
20	(a) Tempoh pesakit mengalami ketidakupayaan <b>menyeluruh</b> dan sementara yang menghalang pesakit daripada menjalankan <b>sebarang tugas</b> yang berkaitan dengan pekerjaan atau apa-apa jenis pekerjaan lain. <i>Period the patient were temporary <b>totally</b> disabled which prevents the patient / assured from engaging in <b>any duties</b> pertaining to his / her occupation or any kind whatsoever.</i>  (b) Tempoh pesakit mengalami ketidakupayaan <b>sebahagian</b> sementara yang menghalang pesakit daripada melakukan satu atau lebih tugas berkaitan dengan pekerjaan beliau <i>Period the patient were temporarily <b>partially</b> disabled which prevents the patient / assured from performing one or more duties pertaining to his / her occupation.</i>	(a) Dari <i>From</i> ..... Sehingga <i>To</i> .....  (b) Dari <i>From</i> ..... Sehingga <i>To</i> .....

### **Pengisyiharan / Declaration**

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya sendiri telah memeriksa dan merawat pesakit untuk kecederaan/ panyakit yang dialami beliau seperti tersebut diatas dan semua jawapan di atas adalah benar setakat pengetahuan saya.

*I hereby certify that I have personally examined and treated the patient for his/ her injuries/ illness described above and the above answers are all true to the best of my knowledge.*

.....  
Tandatangan Doktor yang Merawat  
*Signature of Attending Physician*

.....  
Cop Nama & Hospital/ Klinik  
*Official stamp*

.....  
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 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 SignaturePilihan 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 / AmlIslamic 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