

**BORANG PERMOHONAN TUNTUTAN FAEDAH HILANG UPAYA YANG MENYELURUH
DAN KEKAL BAGI POLISI BERKELOMPOK
TOTAL AND PERMANENT DISABILITY CLAIM APPLICATION FORM
FOR GROUP POLICY**

Borang ini harus diisi oleh pemunya polisi / pihak yang menuntut. / *This form is to be completed by Policy Owner / claimant.*

1. Butir-butir Berkenaan Orang Yang Kehilangan Keupayaan / Particulars On Person Disabled.	
A. No. Polisi: <i>Policy No :</i> Nama Pemunya Polisi. <i>Name of Policy Owner.</i>	B. Nama Hayat Diinsuranskan. <i>Name of Life Assured.</i>
C. No. Kad Pengenalan <i>NRIC No</i> <i>Baru (New) :</i> <i>Lama (Old) :</i>	D. Alamat Terkini : <i>Latest Address :</i> Tel Rumah / House : Tel Bimbit / HP: Alamat e-mel / Email address :
E. Apakah tahap pendidikan tertinggi anda? <i>What is your highest level of</i>	F. Adakah anda kini terlantar dikatil/rumah/hospital? <i>Are you currently confined to bed/house/hospital?</i>
2. Hilang Upaya / Details of Disability	
A. Nyatakan dengan terperinci keadaan atau tanda-tanda penyakit anda <i>Please describe the condition or the symptoms fully.</i>	B. Bilakah tanda-tanda / keadaan itu mula-mula timbul? <i>When did the symptoms / conditions first appear?</i>
C. -Tarikh bermula hilang upaya <i>Date of beginning of Disability:</i> - Tarikh bersara awal atas sebab kesihatan/berhenti kerja <i>Date Medically boarded out/stopped work :</i> 	D. Tarikh anda bercadang untuk memulakan tugas biasa anda <i>State the expected date that you will resume your normal duties :</i>
E. Adakah Hayat Diinsuranskan membuat apa-apa tuntutan daripada syarikat insuran yang lain atau sumber yang lain berkaitan penyakit ini? Jika ya, sila nyatakan <i>Are Life Assured claiming from any other insurance company or other sources in respect of this illness? If yes, please state</i> a. Nama syarikat insuran / <i>Name of insurer</i> b. Jumlah tuntutan / <i>Amount claimed</i> c. No. Polisi / <i>Policy No</i>	

F. Butir-butir doctor yang merawat hilang upaya sekarang dan lain-lain penyakit dalam tempoh 3 tahun yang lepas <i>Details of physician(s) consulted for current disability and other disorder in the past 3 years</i>			
Nama <i>Name</i>	Alamat <i>Address</i>	Tarikh Rawatan <i>Date of Consultation</i>	Sebab Rawatan <i>Reason for Consultation</i>
G. Butir Perkerjaan / <i>Occupational Details</i>			
Butir Perkerjaan / <i>Occupational Details</i>	Jenis Perkerjaan <i>Nature of Occupation</i>	Purata Pendapatan Bulanan <i>Average monthly income</i>	Nyatakan maklumat tepat tentang tugas dan perkerjaan dan alamat majikan <i>Describe in detail exact duties performed and nature and address of employer</i>
Sebelum menghidap hilang upaya <i>Prior to suffering from Disability</i>			
Status perkerjaan terkini <i>Current Employment status</i>			

Kebenaran/Pemberian Hak / *Authorization*

Saya dengan ini mengaku bahawa segala butir-butir jawapan di atas adalah benar dan saya bertanggungjawab terhadap jawapan tersebut sama ada ditulis oleh saya atau orang lain bagi pihak saya.

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 hereby declare that the foregoing answers are true. I accept full responsibility for these answers whether they were written by me or by someone else on my behalf.

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 :
(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 :

