

**BORANG TUNTUTAN RAWATAN HOSPITAL BERKELOMPOK - KENYATAAN PIHAK YANG MENUNTUT  
GROUP HOSPITAL & SURGICAL 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:-**

- Resit bayaran asal termasuk resit deposit dan bil asal perubatan  
*Original payment receipts including deposit receipts and itemised medical bills*
- Surat Akuan Masuk dan Keluar/ Nota keluar hospital / Admission and Discharge Card / Discharge Note
- Keputusan Makmal dan Radiologi / Laboratory and Radiology Reports

Claim No.:

**Type of reimbursement claim. Sila tandakan ✓ di dalam kotak berkenaan / Please ✓ in the appropriate box**

<input type="checkbox"/>	Rawatan Hospital/ Hospitalisation treatment	<input type="checkbox"/>	Pembedahan Penjagaan Harian / Day Surgery
<input type="checkbox"/>	Rawatan Pra-Hospital/ Selepas Keluar Hospital <i>Pre-Hospitalisation/ Post-Hospitalisation</i>	<input type="checkbox"/>	Rawatan Kanser Pesakit Luar / <i>Outpatient Cancer Treatment</i>
<input type="checkbox"/>	Rawatan Kecemasan Pesakit Luar Untuk Kemalangan <i>Emergency Accident Outpatient Treatment</i>	<input type="checkbox"/>	Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar / <i>Outpatient Kidney Dialysis</i>
<input type="checkbox"/>	Faedah Tunai Harian Di Hospital Kerajaan Malaysia <i>Government Hospital Daily Cash Allowance</i>	<input type="checkbox"/>	Lain-Lain / Others

**Resit / bil asal yang dikemukakan / Original receipt(s) / bill(s) submitted:**

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

**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.	Tarikh Mula Bekerja / Date of employment	
g.	No. Telefon Bimbit / Mobile Phone No.	
h.	Alamat Surat Menyurat Terkini <i>Current Correspondence Address</i>	
i.	Alamat e-mel / Email address	

**2. Butir tentang Pihak Tanggungan (Jika Hayat yang Dilindungi ialah pihak tanggungan)  
Particulars of Dependant (if Ufe 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 kemasukan hospital / Hospitalisation details			
a.	(a) Masuk hospital : Tarikh / Waktu <i>Admission : Date / Time</i>  (b) Keluar hospital : Tarikh / Waktu <i>Discharge : Date / Time</i>		
b.	Jika kemasukan ke hospital adalah akibat kemalangan, sila nyatakan <i>If hospitalization was due to accident, please state</i> (a) Tarikh dan masa kemalangan <i>Date and time of accident</i>  (b) Bagaimana kemalangan tersebut berlaku? <i>How did the accident occur?</i>  (c) Jenis dan tahap kemalangan tersebut berlaku? <i>Nature and extent of injury?</i>		
c.	Jika kemasukan ke hospital akibat penyakit, sila nyatakan <i>If hospitalization was due to illness, please state</i> (a) Apakah simptom yang dialami? <i>What were the symptoms presented?</i>  (b) Sudah berapa lamakah simptom tersebut dialami sebelum memasukkan hospital. <i>How long had these symptoms presented before admission to hospital?</i>		
d.	Sila berikan maklumat lanjut rundingan: <i>Please provide details of consultations:</i>  (a) Doktor yang merujuk hayat yang dilidungi ke hospital <i>The doctor who referred Life Assured to hospital</i>  (b) Semua doktor lain yang merawat untuk penyakit ini <i>All other doctors consulted for this illness</i>  (c) Nama dan alamat doktor yang biasa merawat hayat yang dilidungi selain daripada yang di atas <i>Name and address of Life Assured's regular treating doctor other than the above.</i>	Tarikh (HH/BB/TTTT) klinik  <u>hospital/</u> <u>Date (DD/MM/YYYY)</u>	Nama dan alamat doctor/ hospital/  <u>Name and address of doctor/</u> <u>clinic</u>
e.	Adakah hayat yang dilidungi kini diinsuranskan untuk faedah hospitalisasi dengan syarikat lain? Jika ya, sila nyatakan <i>Is Life Assured presently insured for hospitalization benefits with other companies? If yes, please state.</i> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <i>Yes No</i>  Nama Syarikat Insurans                      No. Polisi                      Tarikh Berkuatkuasa (HH/BB/TTTT)                      Amaun Faedah (RM) <u>Names of Insurance Companies</u> <u>Policy No.</u> <u>Effective Dates (DD/MM/YYYY)</u> <u>Amount of Benefits (RM)</u>		

#### Pemberian Hak dan Pengisytiharan/ Authorization and Declaration

Saya/ Kami dengan ini mengisytiharkan 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. // *We hereby declare that the forgoing answers are true and accept full responsibility whether they are written by me/ us or someone else on my/ our behalf. // 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*

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Saksi  
*Signature of Witness*

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

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

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

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

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

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

**BORANG TUNTUTAN RAWATAN HOSPITAL BERKELOMPOK – KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT  
GROUP HOSPITAL & SURGICAL CLAIM FORM – ATTENDING PHYSICIAN’S STATEMENT**

**Bahagian B / Part B**

Semua soalan hendaklah dijawab dengan lengkap. Tanda ( – ) tidak akan diterima. Segala penukaran 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.	(a) Pendaftaran : Tarikh / Waktu <i>Admission : Date / Time</i> (b) Keluar : Tarikh / Waktu <i>Discharge : Date / Time</i>	HH/BB/TT Waktu ..... DD/MM/YY ..... <i>Time</i> HH/BB/TT Waktu ..... DD/MM/YY ..... <i>Time</i>
4.	Jika kemasukan ke hospital adalah akibat kemalangan, sila nyatakan <i>If hospitalization was due to accident, please state</i> (a) Tarikh dan masa kemalangan <i>Date and time of accident</i> (b) Jenis kemalangan: <i>Nature of accident</i>	
5.	Tarikh pertama kali anda memberi rawatan kepada pesakit bagi penyakit / kecederaan / keadaan ini. <i>The date on which you first saw the patient for this illness / injury / condition</i>	
6.	Adakah pesakit dirujuk kepada hospital anda oleh doktor yang lain? Jika ada, sila nyatakan nama dan alamat doktor tersebut, serta berikan salinan surat rujukan. <i>Was the patient referred to your hospital by any other doctor? If yes, please indicate his / her name, address and provide a copy of referral letter.</i>	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No Butir doctor and merujuk/ <i>Details of referral doctor:</i>
7.	Apakah simptom yang diberitahu oleh pesakit ketika pertama kali dia berjumpa dengan anda? <i>What were the symptoms that patient complained of when he / she first saw you?</i>	
8.	(a) Berdasarkan maklumat diberi oleh pesakit, berapa lamakah dia telah mengalami simptom tersebut? <i>According to patient, how long had he / she been experiencing these symptoms</i> (b) Pada pendapat anda, berapa lamakah simptom tersebut telah wujud? <i>How long do you think these symptoms had lasted?</i>	
9.	Pernahkah sebelum ini pesakit menerima rawatan untuk simptom di atas? Jika ada, sila nyatakan nama dan alamat doktor serta tarikh rawatan. <i>Had patient previously received any treatment for above symptoms? If so, please furnish name, address of doctors and dates of consultation.</i>	
10.	Adakah sebarang siasatan, ujian atau prosedur dilakukan? Jika ada, sila nyatakan maklumat lanjut atau sertakan salinan keputusan asal yang disahkan. <i>Have any investigation, test or procedure been performed? If so, please furnish the details or certified true copy of the result.</i>	
11.	(a) Apakah diagnosis anda? <i>What was your diagnosis?</i> (b) Sebab dan patologi berkaitan diagnosis di atas <i>Cause and pathology underlying the present diagnosis</i> (c) Adakah anda memberitahu pesakit tentang diagnosis tersebut? Jika ya, sila nyatakan tarikh. <i>Did you inform the patient of the diagnosis? If yes, please provide date.</i>	

12.	(a) Rawatan perubatan diberi <i>Medical treatment given</i> (b) Jenis pembedahan yang dilakukan <i>Nature of operation(s) performed</i> (c) Tarikh pembedahan dilakukan <i>Date surgery performed</i> (d) Nama pakar bedah <i>Name of surgeon</i>	
13.	Adakah kemungkinan pesakit menghidapi semula penyakit tersebut? <i>Any possibility of patient having relapse?</i>	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No
14.	Adalah penyakit/ keadaan berkaitan dengan berikut? Jika ya, sila ✓ / <i>Is the illness/ condition related to the following? If yes, please ✓:</i> <input type="checkbox"/> Pembedahan Kosmetik/ Plastik, Pemeriksaan Perubatan Rutin/ <i>Cosmetic / plastic surgery, routine health screening</i> <input type="checkbox"/> Kemabukan, Penyalahgunaan Dadah, AIDS, venereal disease/ <i>Intoxication, illegal drugs, AIDS, penyakit kelamin</i> <input type="checkbox"/> Tindakan Melukakan Diri Sendiri, Bunuh Diri, Percubaan Bunuh Diri/ <i>Self inflicted injury, suicide, attempted suicide</i> <input type="checkbox"/> Kongenital/ Penyakit Keturunan/ <i>Congenital / hereditary conditions</i> <input type="checkbox"/> Penyakit Mental/ Penyakit Susah Tidur/ <i>Psychotic / mental disorder/ nervous/sleep disorder</i> <input type="checkbox"/> Sukan Berbahaya, Tindakan Melanggar Undang-undang/ <i>Hazardous sports, unlawful act</i> <input type="checkbox"/> Tiada di atas/ <i>None of the above</i>	
15.	Pernahkah sebelum ini pesakit diberi rawatan atau dimasukkan ke hospital ini atau hospital-hospital lain untuk rawatan penyakit ini atau penyakit-penyakit lain? Sila nyatakan. <i>Has the patient previously been treated or hospitalized in this or any other hospital for this or any other disease? Please state:</i> <u>Tarikh / Date</u> <u>Penyakit / Disease / Illness</u> <u>Rawatan/ Details of Treatment</u> <u>Doktor/ Hospital/ Klinik / Doctor/ Hospital / Clinic</u>	
16.	Untuk pesakit wanita sahaja / <i>For female patients only</i> (a) Adakah pesakit hamil ketika dimasukkan ke hospital? <input type="checkbox"/> Tidak/ No <input type="checkbox"/> Ya/ Yes _____ <i>Was the patient pregnant at the time of hospitalization</i> (b) Adakah penyakit dengan secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh kehamilan / melahirkan anak / pembedahan caesarian / menggugurkan / keguguran dan lain-lain kesakitan yang berkaitan? Sila beri lanjutan. <i>Was illness caused directly or indirectly by pregnancy / child birth / caesarean section / abortion / miscarriage and all complications arising therefrom? Please elaborate.</i>	

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya sendiri telah memeriksa dan merawat pesakit untuk kecederaan/ penyakit 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 of Hospital/ clinic*

.....  
 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 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.*

<b>SENARAI BANK DAN BUTIRAN RUJUKAN / LIST OF BANKS AND DETAILS FOR REFERENCE</b>			
Nama Bank / <i>Bank Name</i>	Angka Digit	Nama Bank / <i>Bank Name</i>	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 Nasional	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

Mukasurat ini sengaja dikosongkan  
*This page intentionally left blank*

**SUPPLEMENTARY CLAIM FORM (E-INVOICE) / BORANG TUNTUTAN TAMBAHAN (E-INVOIS)**

Claim No / No. Tuntutan	
Policy No / No. Polisi	

**1. COMPANY PARTICULARS / BUTIR-BUTIR SYARIKAT**

Complete this section if **POLICY OWNER** is Institution  
*Lengkapkan bahagian ini jika PEMUNYA POLISI adalah Institusi*

Name of Company/ Organization <i>Nama Syarikat/ Organisasi</i>	
Nature of Business / <i>Jenis Perniagaan</i>	
Registered Address / <i>Alamat Berdaftar</i>	
Place of Business address (if differs from above Registered address) / <i>Alamat Tempat Perniagaan (jika berbeza daripada alamat Berdaftar)</i>	
Tax Identification Number/ <i>Nombor Pengenalan Cukai</i>	<p>Note/ <i>Nota</i>:</p> <p>If you are a tax resident of Malaysia and another country; or / <i>Sekiranya anda adalah pembayar cukai Malaysia dan negara lain; atau Not a tax resident of Malaysia but a tax resident of another country/ Bukan pembayar cukai Malaysia tetapi pembayar cukai negara lain</i></p> <p>Please complete the FATCA &amp; CRS Entity Self Certification Form. / <i>Sila lengkapkan Borang Pengesahan Diri Entiti FATCA &amp; CRS.</i></p>
SST registration number / <i>Nombor pendaftaran SST</i>	<p>Notes/ <i>Nota</i>:</p> <p>This is not applicable to companies that are not SST-registered / <i>Ini tidak terpakai kepada syarikat yang tidak berdaftar SST.</i></p>
SST Group (A - J)/ <i>Kumpulan SST (A - J)</i>	
Malaysia Standard Industrial Classification (MSIC) Code/ <i>Kod Piawaian Pengelasan Industri Malaysia (MSIC)</i>	<p>Notes/ <i>Nota</i>:</p> <p>5 Digit numeric code that represents the Company's business nature and activity. Eg-10509/ <i>Kod numerik 5 digit yang mewakili sifat dan aktiviti perniagaan Syarikat cth - 10509</i></p>

Business Activity Description as per MSIC Code/ <i>Deskripsi Aktiviti Perniagaan mengikut Kod MSIC</i>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Notes/ <i>Nota:</i>            Description of the company's business activity per MSIC code. Eg – 10509 – Manufacturing of other dairy products n.e.c. / <i>Penerangan mengenai aktiviti perniagaan syarikat ini adalah pembuatan produk makanan dan minuman. Cth – 10509 – Pembuatan produk tenusu lain t.t.t.</i></p>
Tourism Tax Registration Number <i>Nombor Pendaftaran Cukai Pelancongan</i>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Notes/ <i>Nota:</i>            This is only applicable and mandatory to tourism tax registrant, which may consist of hotel operators and online travel operators. / <i>Ini hanya terpakai dan wajib kepada pendaftar cukai pelancongan, yang mungkin terdiri daripada pengendali hotel dan pengendali pelancongan dalam talian.</i></p>
Company Registration Number <i>Nombor Pendaftaran Syarikat</i>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>
Country of Incorporation / <i>Negara Diperbadankan</i>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>
Date of Incorporation / <i>Tarikh Diperbadankan</i>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>(DD/MM/YYYY / HH/BB/TT)</p>
Contact Number / <i>Nombor Telefon</i>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>
Email Address / <i>Alamat Emel</i>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Notes/ <i>Nota:</i>            Official E-Mail address of the organization to communicate E-invoices. / <i>Alamat e-mel rasmi organisasi untuk berkomunikasi e-invois.</i></p>





**DECLARATION AND AUTHORIZATION/ PENGISYTIHARAN DAN PEMBERIKUASAAN**

I/We hereby confirm that the information provided by us in this form and the attached documents is true, accurate, and complete to the best of our knowledge and belief. / *Saya/Kami dengan ini mengesahkan bahawa maklumat yang diberikan oleh kami dalam borang ini dan dokumen yang dilampirkan adalah benar, tepat, dan lengkap setakat pengetahuan dan kepercayaan kami.*

I/We have fully read and understood the Personal Data Protection Notice posted at [www.mcis.my](http://www.mcis.my), and I/we agree that the Company may process the personal information provided in the manner set out in the said Notice. / *Saya/Kami telah membaca dan memahami sepenuhnya Notis Perlindungan Data Peribadi yang dipaparkan dalam laman web [www.mcis.my](http://www.mcis.my) dan saya/kami bersetuju bahawa Syarikat boleh memproses maklumat peribadi yang diberikan dengan cara yang dinyatakan dalam Notis tersebut.*

I/We hereby request that the information related to this policy be updated in accordance with the details provided above. I/We understand and agree that MCIS Insurance Berhad's confirmation of these updates, via letter or endorsement, shall form part of the said policy with effect from the date stated. / *Saya/Kami dengan ini memohon agar maklumat yang berkaitan dengan polisi ini dikemas kini mengikut butiran yang diberikan di atas. Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa pengesahan MCIS Insurance Berhad mengenai kemas kini ini, melalui surat atau endosmen, akan menjadi sebahagian daripada polisi tersebut berkuat kuasa dari tarikh yang dinyatakan.*

I/We confirm that where personal information of individuals is shared within this form, the relevant consent has been obtained from those individuals to disclose their personal data to MCIS Insurance Berhad for the purposes of processing this request and maintaining the policy. / *Saya/Kami mengesahkan bahawa di mana maklumat peribadi individu dikongsi dalam borang ini, kebenaran yang relevan telah diperoleh daripada individu-individu tersebut untuk mendedahkan data peribadi mereka kepada MCIS Insurance Berhad bagi tujuan memproses permintaan ini dan menyelenggara polisi.*

I/We agree, consent, and allow the Company to process the Applicant's data, including the personal data of the individuals associated with this policy, in compliance with the Personal Data Protection Act 2010. / *Saya/Kami bersetuju, memberi kebenaran, dan membenarkan Syarikat untuk memproses data Pemohon, termasuk data peribadi individu yang berkaitan dengan polisi ini, selaras dengan Akta Perlindungan Data Peribadi 2010.*

Authorized Signatory & Company's Stamp / *Penandatanganan Dibenarkan & Cop Syarikat*

Witnessed by/ *Disaksikan oleh:*

Name as per NRIC or passport / *Nama seperti dalam kad pengenalan atau passport:*

Name as per NRIC or passport / *Nama seperti dalam kad pengenalan atau passport:*

NRIC Number or Passport Number/  
*Nombor Kad Pengenalan/ No Pasport :*

NRIC Number or Passport Number/  
*Nombor Kad Pengenalan/ No Pasport :*

Date/ *Tarikh:* DD/MM/YYYY

Date/*Tarikh:* DD/MM/YYYY

Note/ *Nota:* \* (The Witness must have attained the age of 18 years/ *Saksi mesti telah mencapai umur 18 tahun*)