

Poskan borang permohonan yang lengkap ke:
Medicare Assistance Sdn Bhd (492830-K)
A-1-8, Pusat Perdagangan Intania
Jalan Intan, Persiaran Raja Muda Musa
41200 Klang, Selangor Darul Ehsan, Malaysia
Tel: (603) 3371 4248 Faks: (603) 3371 4258
Emel: c_service@medicare.org.my

MC0179



SKIM CUEPACSCARE

BORANG CADANGAN

NOTIS PENTING

Kontrak Takaful Pengguna

Menurut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013, jika anda memohon takaful ini sepenuhnya untuk diri sendiri/keluarga/tanggungan, anda mempunyai kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini. Anda dikehendaki menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini dengan lengkap dan tepat.

Kegagalan untuk mengambil langkah yang munasabah dalam menjawab soalan-soalan, mungkin mengakibatkan pembatalan kontrak takaful anda, keengganan atau pengurangan ganti rugi, perubahan terma atau penamatan kontrak takaful anda.

Kewajipan pendedahan diatas hendaklah diteruskan sehingga kontrak takaful anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami.

Sebagai tambahan kepada soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini, anda dikehendaki untuk mendedahkan apa-apa perkara lain yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan.

Anda juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak takaful anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami, apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan ini tidak tepat atau telah berubah.

Kontrak Takaful Komersial

Menurut Perenggan 4(1) Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013, jika anda memohon takaful ini untuk memberi manfaat takaful perubatan kepada pekerja dan tanggungan mereka, anda berkewajipan untuk mendedahkan apa-apa perkara yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan, dan apa-apa perkara yang munasabah yang boleh dijangka, jika tidak ia boleh menyebabkan pembatalan kontrak takaful, keengganan atau pengurangan ganti rugi, perubahan terma atau penamatan kontrak takaful anda.

Kewajipan pendedahan diatas hendaklah diteruskan sehingga kontrak takaful anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami.

Anda juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak takaful anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami, apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan ini tidak tepat atau telah berubah.

CUKAI BARANGAN DAN PERKHIDMATAN ('GST')

Dimaklumkan bahawa Cukai Barangan dan Perkhidmatan ('GST') telah dikuatkuasakan oleh Kerajaan Malaysia pada 1 April 2015 pada kadar sifar (0) peratus. Zurich General Takaful Malaysia Berhad berhak memungut sejumlah amaun bayaran GST yang berpatutan ke atas sumbangan yang ditetapkan semasa tempoh takaful. Kewajipan pembayaran GST hendaklah tertakluk kepada Terma dan Syarat di dalam sijil takaful. Kewajipan anda untuk membayar GST akan membentuk sebahagian daripada terma-terma dan syarat-syarat di dalam Sijil Takaful anda.

A. BUTIR BUTIR PEMOHON (SILA GUNAKAN HURUF BESAR/TANDAKAN (✓) DALAM KOTAK BERKENAAN)

GELARAN:	☐ ENCIK	☐ PUAN	LAIN-LAIN (SILA NYATAKAN):																																																										
NAMA PEMOHON:																																																													
ALAMAT SURAT MENYURAT:																																																													
POSKOD:																																																													
BANDAR:																																																													
NEGERI:																																																													
EMEL:																																																													
NO. TEL. RUMAH:																																																													
PEJABAT:																TEL. BIMBIT:																																													
NO. KAD PENGENALAN: (baru)																																																													
(lama)																NO. POLIS/TENTERA:																																													
TARIKH LAHIR:																BERAT:						kg	TINGGI:						sm																																
PEKERJAAN:																																																													
JENIS PEKERJAAN:																																																													
JABATAN:																																																													
WARGANEGARA:	☐ MALAYSIA															LAIN-LAIN:																																													
ADAKAH ANDA MEROKOK?:	☐ YA															☐ TIDAK															Jika Ya, berapa batang sehari?						batang																								
BANGSA:	☐ MELAYU															☐ CINA															☐ INDIA															LAIN-LAIN:															

B. BUTIR BUTIR PERIBADI SUAMI/ISTERI ANDA (SILA GUNAKAN HURUF BESAR/TANDAKAN (✓) DALAM KOTAK BERKENAAN)

GELARAN: ☐ ENCIK ☐ PUAN LAIN-LAIN (SILA NYATAKAN): _____

NAMA SUAMI/ISTERI: _____

NO. KAD PENGENALAN: (baru) _____

(lama) _____ NO. POLIS/TENTERA: _____

TARIKH LAHIR: _____ BERAT: _____ kg TINGGI: _____ sm

PEKERJAAN: _____

JENIS PEKERJAAN: _____

JABATAN: _____

ADAKAH ANDA MEROKOK?: ☐ YA ☐ TIDAK Jika Ya, berapa batang sehari? _____ batang

C. BUTIR BUTIR PERIBADI ANAK-ANAK ANDA (SILA GUNAKAN HURUF BESAR)

NAMA	NO. KAD PENGENALAN / NO. SIJIL KELAHIRAN	TARIKH LAHIR	UMUR	JANTINA	TINGGI (sm)	BERAT (kg)

D. BUTIRAN E-PEMBAYARAN (wajib diisi)

Sebarang bayaran balik kepada Anda akan dibayar melalui e-pembayaran. Anda dikehendaki melengkapkan maklumat berikut:

Nama Bank: _____

No. Akaun: _____

Nama Pemegang Akaun (mesti sama dengan nama pemohon):

E. KEKERAPAN BAYARAN**PILIHAN 1: BAYARAN TAHUNAN**

Saya sertakan di sini CEK/KIRIMAN WANG/WANG POS/ NOMBOR KAD KREDIT untuk sumbangan yang berbayar kepada Zurich General Takaful Malaysia Berhad untuk:

☐ Pelan Individu ☐ Pelan Keluarga

Sumbangan untuk cara pembayaran tahunan (termasuk GST*)

RM _____

☐ Kad Kredit ☐ Visa ☐ Master Card

Nombor Akaun Kad Kredit:

Tarikh Luput Kad Kredit:

☐ Cek ☐ Tunai ☐ Lain-lain

**Tandatangan Pemohon untuk Dilindungi / Ahli

Tarikh:

Pilihan 2: BAYARAN BULANAN

Saya dengan ini memberikan kuasa kepada CUEPACS untuk memotong gaji saya sebagai sumbangan yang dibayar kepada Zurich General Takaful Malaysia Berhad untuk:

☐ Pelan Individu ☐ Pelan Keluarga

Sumbangan untuk cara pembayaran bulanan (termasuk GST*)

RM _____

**Tandatangan Pemohon untuk Dilindungi / Ahli

Tarikh:

* Cukai Barangan dan Perkhidmatan mengikut Akta Cukai Barangan dan Perkhidmatan 2014.

** Pemohon mestilah Ahli Kad dan tandatangan mengikut Akaun Kad, jika bayaran melalui kad kredit.

Untuk potongan gaji, sila lampirkan semua dokumen yang berkaitan: BPA 1/79, slip gaji & kad pengenalan (Pemohon saja).

PENGISYTIHARAN

No.	Soalan	Ya	Tidak
1	Adakah anda atau sesiapa yang akan dilindungi:		
	a) Mengalami atau mempunyai kecacatan fizikal, lemah atau keadaan kongenital?		
	b) Kini dalam pengawasan dan/atau menjalani rawatan atau mengambil ubat-ubatan?		
	c) Menjalani pembedahan atau menderita akibat serangan penyakit, gangguan atau kecederaan?		
	d) Pernah dinasihatkan oleh doktor/pakar perundingan untuk pembedahan atau perubatan, ujian diagnostik atau penyiasatan termasuk ujian atau rawatan yang masih belum dijalankan?		
2	Pernahkah anda atau sesiapa yang akan dilindungi pernah menghadapi atau pernah dirawat, diberitahu oleh atau berjumpa dengan pengamal perubatan untuk:		
	(a) Batuk kronik, batuk berdarah, asma, bronkitis, tibi atau lain-lain penyakit paru-paru atau saluran pernafasan?		
	(b) Tekanan darah tinggi atau rendah, penyakit jantung, sakit dada atau ketidakselesaan atau sesak, serangan jantung, pendek nafas, atau sebarang masalah jantung yang lain?		
	(c) Sawan, epilepsi, pening, pengsan, pitam, penyakit mental atau gangguan saraf?		
	(d) Kencing manis, gula, protein atau darah dalam air kencing atau masalah haid, hemoroid atau hernia?		
	(e) Masalah atau penyakit mata, telinga, hidung atau tekak?		
	(f) Penyakit sendi, cakera tergelincir, penyakit artritis, masalah otot dan sendi, masalah tulang belakang atau sakit belakang atau penyakit kulit?		
	(g) Gastritis, ulser atau sebarang penyakit perut, usus atau masalah rektal yang lain?		
	(h) Batu karang atau sebarang masalah lain buah pinggang atau sistem pundi kencing, masalah atau penyakit hati, atau apa-apa jenis hepatitis?		
	(i) Tumor, kanser, nodul, polip, pertumbuhan dan ketulan dalam apa jua bentuk?		
	(j) Anemia atau gangguan pada darah, masalah kelenjar tiroid?		
	(k) Penyakit kelamin seperti sifilis, gonorrhoea atau urethritis tidak khusus?		
	(l) HIV positif, AIDS atau penyakit yang berkaitan dengan AIDS?		
	(m) Sebarang keuzuran, penyakit atau kecederaan yang tidak dinyatakan di atas?		
3	Pernahkah sebarang permohonan anda atau sesiapa yang akan dilindungi untuk takaful perubatan, penghospitalan atau hayat ditolak, dihadkan atau diubahsuai dari terma asal?		
4	Adakah anda atau sesiapa yang akan dilindungi memiliki Takaful Perubatan dengan kami atau syarikat/pengendali takaful lain?		

5. Jika mana-mana jawapan kepada Soalan 1 - 4 di atas adalah "Ya", sila berikan keterangan di bawah dan nomborkan jawapan anda mengikut nombor soalan yang dijawab:

No. Soalan	Nama Orang	Jenis dan Tarikh Hilang Upaya	Status Semasa Hilang Upaya	Nama dan Alamat Hospital/Klinik

Tambahan

Soalan-soalan pada borang cadangan dan lain-lain butiran yang diminta secara khusus berkait dengan fakta-fakta yang dianggap penting oleh pihak kami untuk proses pengunderaitan takaful ini. Walau bagaimanapun, disebabkan tiada senarai soalan-soalan yang lengkap, sila pertimbangkan sama ada terdapat apa-apa maklumat penting yang anda ketahui yang dapat mempengaruhi penilaian dan penerimaan risiko.

Saya/Kami faham bahawa menjadi tanggungjawab saya/kami untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata semasa menjawab soalan-soalan dalam borang cadangan ini dan saya/kami dengan ini mengaku bahawa saya/kami telah menjawab dengan sepenuhnya dan dengan tepat soalan di atas.

Saya/Kami menerima bahawa liabiliti Pengendali Takaful tidak akan bermula sehingga permohonan ini diterima dan sumbangan dibayar kepada Pengendali Takaful.

Saya/Kami dengan ini mengizinkan mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan atau klinik atau orang lain yang merawat saya / kami di atas sebarang punca untuk mengemukakan kepada Pengendali Takaful sebarang dan kesemua maklumat yang berkenaan dengan sebarang penyakit atau kecederaan serta mengemukakan salinan semua rekod/sijil hospital atau perubatan, termasuk sebarang sejarah perubatan terdahulu. Salinan foto keizinan ini adalah berkuasa dan sah sepertimana yang asal.

Saya dengan ini mengaku bahawa maklumat yang diberi untuk tujuan e-pembayaran di dalam borang cadangan ini adalah benar dan tepat sepanjang pengetahuan dan rekod saya. Saya akan membebaskan dan melepaskan Pengendali Takaful sepenuhnya daripada apa-apa liabiliti bagi apa-apa kerugian yang timbul daripada pergantungan kepada maklumat di atas. Sekiranya terdapat perubahan dalam butiran akaun bank, saya akan memaklumkan Pengendali Takaful secara bertulis tidak melebihi 7 hari selepas perubahan tersebut.

PENGISYTIHARAN

Saya/Kami dengan ini memberikan kebenaran tanpa syarat dan tanpa keraguan kepada Pengendali Takaful dan syarikat-syarikat bersekutunya untuk memproses data peribadi saya/kami yang didedahkan di sini. Pengendali Takaful adalah berkebebasan untuk memproses data berkenaan dan berkongsi maklumat yang didedahkan di sini kepada mana-mana penyedia perkhidmatan dan mana-mana syarikat bersekutunya dengan syarat bahawa pendedahan maklumat peribadi berkenaan adalah bertujuan dan berkaitan dengan takaful yang saya/kami pohon di sini. Kebenaran ini diberikan selaras dengan peruntukan di bawah Akta Perlindungan Data Peribadi 2010.

Tandatangan Pemohon untuk Dilindungi

Nama Pemohon untuk Dilindungi:

No. Kad Pengenalan:

Tarikh:

Tandatangan Saksi

Nama Saksi:

No. Kad Pengenalan:

Tarikh:

PENGESAHAN IDENTITI PEMOHON TAKAFUL

Untuk dilengkapi oleh Ejen Takaful, Broker Takaful atau Kakitangan Pengendali Takaful berkaitan dengan Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan dan Hasil Daripada Aktiviti Haram 2001.

AKTA PENCEGAHAN PENGUBAHAN WANG HARAM, PENCEGAHAN PEMBIAYAAN KEGANASAN DAN HASIL DARIPADA AKTIVITI HARAM 2001 (PENGESAHAN IDENTITI PEMOHON TAKAFUL)

Nama Pemohon:

No. Kad Pengenalan / No. Pendaftaran Perniagaan:

Selaras dengan pematuhan Seksyen 16(2) Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan dan Hasil Daripada Aktiviti Haram 2001, Saya, dengan ini mengesahkan bahawa Kad Pengenalan Baru/Sijil Pendaftaran Perniagaan asal pemohon telah disahkan ketulenannya ketika urusan dijalankan.

Pengesahan Pihak Ketiga

FARED KAMIL BIN BAHARUM

Tandatangan Ejen Takaful, Broker Takaful atau Kakitangan Pengendali Takaful

Nama

Tarikh:

No. Kad Pengenalan Baru:

Nota: Salinan Kad Pengenalan Baru/Sijil Pendaftaran Perniagaan Pemohon hendaklah disertakan bersama-sama dengan borang cadangan ini untuk Sijil Takaful Persendirian jika bayaran Sumbangan melebihi RM50,000.



Poskan borang permohonan yang lengkap ke:
Medicare Assistance Sdn Bhd (492830-K)
A-1-8, Pusat Perdagangan Intania
Jalan Intan, Persiaran Raja Muda Musa
41200 Klang, Selangor Darul Ehsan, Malaysia
Tel: (603) 3371 4248 Faks: (603) 3371 4258
Emel: c_service@medicare.org.my

MC0179



SKIM CUEPACSCARE

BORANG CADANGAN

NOTIS PENTING

Kontrak Takaful Pengguna

Menurut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013, jika anda mempunyai keluarga/tanggungan, anda mempunyai kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah untuk melindungi keluarga anda dalam Borang Cadangan ini. Anda dikehendaki menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini dengan jujur.

Kegagalan untuk mengambil langkah yang munasabah dalam menjawab soalan-soalan, mungkin mengakibatkan penamatan atau pengurangan gantirugi, perubahan terma atau penamatan kontrak takaful anda.

Kewajipan pendedahan diatas hendaklah diteruskan sehingga kontrak takaful anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami.

Sebagai tambahan kepada soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini, anda dikehendaki untuk mendedahkan maklumat yang mungkin mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan.

Anda juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak takaful anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami, apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan ini tidak tepat atau telah berubah.

Kontrak Takaful Komersial

Menurut Perenggan 4(1) Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013, jika anda mempunyai pekerja dan tanggungan mereka, anda berkewajipan untuk mendedahkan maklumat yang mungkin mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan, dan apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan ini tidak tepat atau telah berubah.

ISI BORANG INI DENGAN:

1) HURUF BESAR

2) DAKWAT HITAM

SERTAKAN BERSAMA: SKIM INDIVIDU -

- ① SALINAN SLIP GAJI TERKINI
- ② SALINAN KAD PENGENALAN PEMOHON
- ③ BORANG BIRO ANGKASA

SKIM KELUARGA -

- ① SALINAN KAD PENGENALAN PEMOHON & KELUARGA YANG INGIN DILINDUNGI
- ② SALINAN SLIP GAJI TERKINI
- ③ BORANG BIRO ANGKASA
- ④ JIKA MEMPUNYAI ANAK ANGKAT SILA SERTAKAN SIJIL ANAK ANGKAT DARI JPN

CUKAI BARANGAN DAN PERKHIDMATAN ('GST')

Dimaklumkan bahawa Cukai Barangan dan Perkhidmatan ('GST') telah dikuatkuasakan oleh Kerajaan Malaysia pada 1 April 2015 pada kadar sifar (0) peratus. Zurich General Takaful Malaysia Berhad berhak memungut sejumlah amaun bayaran GST yang berpatutan ke atas sumbangan yang ditetapkan semasa tempoh takaful. Kewajipan pembayaran GST hendaklah tertakluk kepada Terma dan Syarat di dalam sijil takaful. Kewajipan anda untuk membayar GST akan membentuk sebahagian daripada terma-terma dan syarat-syarat di dalam Sijil Takaful anda.

A. BUTIR BUTIR PEMOHON (SILA GUNAKAN HURUF BESAR/TANDAKAN (✓) DALAM KOTAK BERKENAAN)

GELARAN:	☒ ENCIK	☐ PUAN	LAIN-LAIN (SILA NYATAKAN):	
NAMA PEMOHON:	A H M A D B I N A L I			
ALAMAT SURAT MENYURAT:	A - 1 0 - 1 A M A Z I N G H E I G T S			
	A P A R T M E N T , J A L A N U D A N G K A R A ,			
	T E L U K P U L A I			
BANDAR:	K L A N G			
NEGERI:	S E L A N G O R D A R U L E H S A N			
EMEL:	a h m a d . a l i @ g m a i l . c o m			
NO. TEL. RUMAH:	0 3 - 1 2 3 4 5 6 7 9			
PEJABAT:	0 3 - 4 5 6 7 8 9 2 3			
TEL. BIMBIT:	0 1 2 - 3 4 5 6 7 8 9			
NO. KAD PENGENALAN: (baru)	7 8 9 0 1 2 - 3 0 - 4 5 6 7			
(lama)				
NO. POLIS/TENTERA:				
TARIKH LAHIR:	1 2 - 9 - 1 9 8 7			
BERAT:	7 0 kg			
TINGGI:	1 7 2 sm			
PEKERJAAN:	P E G A W A I M A K L U M A T			
JENIS PEKERJAAN:	P E R K H I D M A T A N			
JABATAN:	M A J L I S P E R B A N D A R A N K L A N G			
WARGANEGARA:	☒ MALAYSIA			
LAIN-LAIN:				
ADAKAH ANDA MEROKOK?:	☐ YA ☒ TIDAK			
Jika Ya, berapa batang sehari?				
BANGSA:	☒ MELAYU ☐ CINA ☐ INDIA			
LAIN-LAIN:				

MAKLUMAT
PEMOHON

B. BUTIR BUTIR PERIBADI SUAMI/ISTERI ANDA (SILA GUNAKAN HURUF BESAR/TANDAKAN (✓) DALAM KOTAK BERKENAAN)

GELARAN: ☐ ENCIK ☒ PUAN LAIN-LAIN (SILA NYATAKAN): _____

NAMA SUAMI/ISTERI: A I D A B I N T I A B U

NO. KAD PENGENALAN: (baru) 7 9 0 6 0 5 - 0 4 - 3 2 1 0

(lama) NO.POLIS/TENTERA:

TARIKH LAHIR: 5 - 6 - 1 9 7 9 BERAT: 5 0 kg TINGGI: 1 5 8 sm

PEKERJAAN: S U R I R U M A H

JENIS PEKERJAAN:

JABATAN:

ADAKAH ANDA MEROKOK?: ☐ YA ☒ TIDAK Jika Ya,berapa batang sehari? _____ batang

MAKLUMAT PASANGAN YANG MENYERTAI**C. BUTIR BUTIR PERIBADI ANAK-ANAK ANDA** (SILA GUNAKAN HURUF BESAR)

NAMA	NO. KAD PENGENALAN / NO. SIJIL KELAHIRAN	TARIKH LAHIR	UMUR	JANTINA	TINGGI (sm)	BERAT (kg)
ANIS ASYURA BINTI AHMAD	160515-10-1234	15-05-2016	2 TAHUN	PEREMPUAN		

MAKLUMAT ANAK YANG MENYERTAI**D. BUTIRAN E-PEMBAYARAN** (wajib diisi)

Sebarang bayaran balik kepada Anda akan dibayar melalui e-pembayaran. Anda dikehendaki melengkapkan maklumat berikut:

Nama Bank: C I M B B A N K

No. Akaun: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

Nama Pemegang Akaun (mesti sama dengan nama pemohon):

A H M A D B I N A L I

MAKLUMAT BANK WAJIB DIISI**E. KEKERAPAN BAYARAN****PILIHAN 1: BAYARAN TAHUNAN**

Saya sertakan di sini CEK/KIRIMAN WANG/WANG POS/ NOMBOR KAD KREDIT untuk sumbangan yang berbayar kepada Zurich General Takaful Malaysia Berhad untuk:

☐ Pelan Individu ☐ Pelan Keluarga

Sumbangan untuk cara pembayaran tahunan (termasuk GST*)

RM

☐ Kad Kredit ☐ Visa ☐ Master Card

Nombor Akaun Kad Kredit:

Tarikh Luput Kad Kredit:

☐ Cek ☐ Tunai ☐ Lain-lain

**Tandatangan Pemohon untuk Dilindungi / Ahli

Tarikh:

Pilihan 2: BAYARAN BULANAN

Saya dengan ini memberikan kuasa kepada CUEPACS untuk memotong gaji saya sebagai sumbangan yang dibayar kepada Zurich General Takaful Malaysia Berhad untuk:

☐ Pelan Individu ☒ Pelan Keluarga

Sumbangan untuk cara pembayaran bulanan (termasuk GST*)

RM 90.00

BAYARAN SUMBANGAN ADALAH MENGIKUT JADUAL SUMBANGAN

Ahmad

**Tandatangan Pemohon untuk Dilindungi

Tarikh:

1 5 / 5 / 2 0 1 5

TANDATANGAN PEMOHON SAHAJA

* Cukai Barangan dan Perkhidmatan mengikut Akta Cukai Barangan dan Perkhidmatan 2014.

** Pemohon mestilah Ahli Kad dan tandatangan mengikut Akaun Kad, jika bayaran melalui kad kredit.

Untuk potongan gaji, sila lampirkan semua dokumen yang berkaitan: BPA 1/79, slip gaji & kad pengenalan (Pemohon saja).

PENGISYTIHARAN

No.	Soalan	SOAL SELIDIK PENYAKIT WAJIB DIISI OLEH PEMOHON SECARA JUJUR	
1	Adakah anda atau sesiapa yang akan dilindungi:		
	a) Mengalami atau mempunyai kecacatan fizikal, lemah atau keadaan kongenital?		✓
	b) Kini dalam pengawasan dan/atau menjalani rawatan atau mengambil ubat-ubatan?		✓
	c) Menjalani pembedahan atau menderita akibat serangan penyakit, gangguan atau kecederaan?		✓
	d) Pernah dinasihatkan oleh doktor/pakar perundingan untuk pembedahan atau perubatan, ujian diagnostik atau penyiasatan termasuk ujian atau rawatan yang masih belum dijalankan?		✓
2	Pernahkah anda atau sesiapa yang akan dilindungi pernah menghadapi atau pernah dirawat, diberitahu oleh atau berjumpa dengan pengamal perubatan untuk:		
	(a) Batuk kronik, batuk berdarah, asma, bronkitis, tibi atau lain-lain penyakit paru-paru atau saluran pernafasan?		✓
	(b) Tekanan darah tinggi atau rendah, penyakit jantung, sakit dada atau ketidakselesaan atau sesak, serangan jantung, pendek nafas, atau sebarang masalah jantung yang lain?	✓	
	(c) Sawan, epilepsi, pening, pengsan, pitam, penyakit mental atau gangguan saraf?		✓
	(d) Kencing manis, gula, protein atau darah dalam air kencing atau masalah haid, hemoroid atau hernia?		✓
	(e) Masalah atau penyakit mata, telinga, hidung atau tekak?		✓
	(f) Penyakit sendi, cakera tergelincir, penyakit artritis, masalah otot dan sendi, masalah tulang belakang atau sakit belakang atau penyakit kulit?		✓
	(g) Gastritis, ulser atau sebarang penyakit perut, usus atau masalah rektal yang lain?		✓
	(h) Batu karang atau sebarang masalah lain buah pinggang atau sistem pundi kencing, masalah atau penyakit hati, atau apa-apa jenis hepatitis?		✓
	(i) Tumor, kanser, nodul, polip, pertumbuhan dan ketulan dalam apa jua bentuk?		✓
	(j) Anemia atau gangguan pada darah, masalah kelenjar tiroid?		✓
	(k) Penyakit kelamin seperti sifilis, gonorrhoea atau urethritis tidak khusus?		✓
	(l) HIV positif, AIDS atau penyakit yang berkaitan dengan AIDS?		✓
	(m) Sebarang keuzuran, penyakit atau kecederaan yang tidak dinyatakan di atas?		✓
3	Pernahkah sebarang permohonan anda atau sesiapa yang akan dilindungi untuk takaful perubatan, penghospitalan atau hayat ditolak, dihadkan atau diubahsuai dari terma asal?		✓
4	Adakah anda atau sesiapa yang akan dilindungi memiliki Takaful Perubatan dengan kami atau syarikat/pengendali takaful lain?		✓

5. Jika mana-mana jawapan kepada Soalan 1 - 4 di atas adalah "Ya", sila berikan keterangan di bawah dan nomborkan jawapan anda mengikut nombor soalan yang dijawab:

No. Soalan	Nama Orang	Jenis dan Tarikh Hilang Upaya	Status Semasa Hilang Upaya	Nama dan Alamat Klinik
2 (B)	AHMAD BIN ALI	DARAH TINGGI 14/9/2018		SOAL SELIDIK YANG DITANDA "YA", SILA TULIS DISINI UNTUK PENERANGAN YANG LEBIH LANJUT

Tambahan

Soalan-soalan pada borang cadangan dan lain-lain butiran yang diminta secara khusus berkait dengan fakta-fakta yang dianggap penting oleh pihak kami untuk proses pengunderaitan takaful ini. Walau bagaimanapun, disebabkan tiada senarai soalan-soalan yang lengkap, sila pertimbangkan sama ada terdapat apa-apa maklumat penting yang anda ketahui yang dapat mempengaruhi penilaian dan penerimaan risiko.

Saya/Kami faham bahawa menjadi tanggungjawab saya/kami untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata semasa menjawab soalan-soalan dalam borang cadangan ini dan saya/kami dengan ini mengaku bahawa saya/kami telah menjawab dengan sepenuhnya dan dengan tepat soalan di atas.

Saya/Kami menerima bahawa liabiliti Pengendali Takaful tidak akan bermula sehingga permohonan ini diterima dan sumbangan dibayar kepada Pengendali Takaful.

Saya/Kami dengan ini mengizinkan mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan atau klinik atau orang lain yang merawat saya / kami di atas sebarang punca untuk mengemukakan kepada Pengendali Takaful sebarang dan kesemua maklumat yang berkenaan dengan sebarang penyakit atau kecederaan serta mengemukakan salinan semua rekod/sijil hospital atau perubatan, termasuk sebarang sejarah perubatan terdahulu. Salinan foto keizinan ini adalah berkuasa dan sah sepertimana yang asal.

Saya dengan ini mengaku bahawa maklumat yang diberi untuk tujuan e-pembayaran di dalam borang cadangan ini adalah benar dan tepat sepanjang pengetahuan dan rekod saya. Saya akan membebaskan dan melepaskan Pengendali Takaful sepenuhnya daripada apa-apa liabiliti bagi apa-apa kerugian yang timbul daripada pergantungan kepada maklumat di atas. Sekiranya terdapat perubahan dalam butiran akaun bank, saya akan memaklumkan Pengendali Takaful secara bertulis tidak melebihi 7 hari selepas perubahan tersebut.

PENGISYTIHARAN

Saya/Kami dengan ini memberikan kebenaran tanpa syarat dan tanpa keraguan kepada Pengendali Takaful dan syarikat-syarikat bersekutunya untuk memproses data peribadi saya/kami yang didedahkan di sini. Pengendali Takaful adalah berkebebasan untuk memproses data berkenaan dan berkongsi maklumat yang didedahkan di sini kepada mana-mana penyedia perkhidmatan dan mana-mana syarikat bersekutunya dengan syarat bahawa pendedahan maklumat peribadi berkenaan adalah bertujuan dan berkaitan dengan takaful yang saya/kami pohon di sini. Kebenaran ini diberikan selaras dengan peruntukan di bawah Akta Perlindungan Data Peribadi 2010.

Ahmad

**DITANDATANGANI
OLEH PEMOHON**

Tandatangan Pemohon untuk Dilindungi

Nama Pemohon untuk Dilindungi:

AHMAD BIN ALI

No. Kad Pengenalan: 789012-30-4567

Tarikh: 15/5/2015

Laila

**DITANDATANGAN DAN
NAMA DIISI OLEH SAKSI**

Tandatangan Saksi

Nama Saksi:

LAILA BINTI ALI

No. Kad Pengenalan: 220203-04-5678

Tarikh: 15/5/2015

PENGESAHAN IDENTITI PEMOHON TAKAFUL

Untuk dilengkapi oleh Ejen Takaful, Broker Takaful atau Kakitangan Pengendali Takaful berkaitan dengan Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan dan Hasil Daripada Aktiviti Haram 2001.

AKTA PENCEGAHAN PENGUBAHAN WANG HARAM, PENCEGAHAN PEMBIAYAAN KEGANASAN DAN HASIL DARIPADA AKTIVITI HARAM 2001 (PENGESAHAN IDENTITI PEMOHON TAKAFUL)

Nama Pemohon:

A H M A D B I N A L I

DIISI OLEH EJEN

No. Kad Pengenalan / No. Pendaftaran Perniagaan:

7 8 9 0 1 2 - 3 0 - 4 5 6 7

Selaras dengan pematuhan Seksyen 16(2) Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan dan Hasil Daripada Aktiviti Haram 2001, Saya, dengan ini mengesahkan bahawa Kad Pengenalan Baru/Sijil Pendaftaran Perniagaan asal pemohon telah disahkan ketulenannya ketika urusan dijalankan.

Pengesahan Pihak Ketiga

Rahman

Tandatangan Ejen Takaful, Broker Takaful atau
Kakitangan Pengendali Takaful

Tarikh:

1 5 5 2 0 1 5

RAHMAN BIN RAHMAT

Nama

No. Kad Pengenalan Baru:

7 0 0 7 1 7 - 0 7 - 1 7 7 7

Nota: Salinan Kad Pengenalan Baru/Sijil Pendaftaran Perniagaan Pemohon hendaklah disertakan bersama-sama dengan borang cadangan ini untuk Sijil Takaful Persendirian jika bayaran Sumbangan melebihi RM50,000.

Zurich General Takaful Malaysia Berhad (1260157-U)

11th Floor, Menara Zurich, No. 12, Jalan Dewan Bahasa, 50460 Kuala Lumpur, Malaysia

Tel: 03-2146 8000 Fax: 03-2144 0352

ZT0057/2/P/G/S/M



