

Poskan borang cadangan 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.

Tel: (603) 3371 4248 Fax: (603) 3371 4258

Emel: c_service@medicare.org.my

Perlindungan diberikan oleh:



Sun Life Malaysia Takaful Berhad* (689263-M)

SKIM CUEPACSCARE

BORANG PENUKARAN PLAN INDIVIDU KE KELUARGA

Notis penting

1. Anda dikehendaki menyatakan secara lengkap dan benar, semua kenyataan yang anda tahu dan patut tahu, di dalam borang penukaran ini dan soal selidik, jika tidak kontrak yang dikeluarkan boleh menjadi tidak sah.
2. Anda harus meminta dan memahami bahan-bahan pemasaran termasuk Dokumen Keterangan Produk bagi produk Takaful ini, dengan menitikberatkan perkara-perkara seperti manfaat-manfaat serta tanggungjawab anda di bawah kontrak Takaful. Bukti pengesahan umur adalah diperlukan sebelum bayaran manfaat bagi kontrak Takaful ini dibayar.
3. Sila isi borang ini dengan HURUF BESAR dan DAKWAT HITAM sahaja. Pemohon dikehendaki melampirkan salinan kad pengenalan (baru).
4. Sila tanda di petak yang sesuai.

A. BUTIR-BUTIR PEMEGANG POLISI

Nama :

No. Kad Pengenalan : No. Telefon :

Alamat Terkini :

B. BUTIR-BUTIR SUAMI/ISTERI/ANAK-ANAK (JIKA MENYERTAI)

Nama Pasangan :

No. Kad Pengenalan : Tarikh Lahir :

Pekerjaan : Tinggi : sm Berat : kg

Nama ahli keluarga (pasangan/anak-anak) yang dilindungi di dalam sijil perlindungan ini. (Kanak-kanak merujuk kepada anak-anak yang belum berkahwin dan sekarang berumur sekurang-kurangnya 30 hari dan di bawah umur 19 tahun/23 tahun jika belajar sepenuh masa di Malaysia dan belum berkahwin.)

BUTIR-BUTIR ANAK-ANAK (JIKA MENYERTAI)

Nama	Tinggi (sm)	Berat (kg)	No. Surat Beranak	Tarikh Lahir	Jantina

C. SOAL SELIDIK

- | | Ya | Tidak |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Pernahkah anda atau mana-mana orang yang akan dilindungi: | | |
| a. Mengalami apa-apa kecacatan fizikal, lemah anggota atau keadaan berpenyakit semenjak lahir?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Pada masa ini di bawah pengawasan atau menerima rawatan atau mengambil apa-apa ubat-ubatan?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Menjalani apa-apa pembedahan atau mengalami sebarang penyakit atau kecederaan?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Pernah dinasihatkan untuk menjalani pembedahan yang mana masih belum dijalankan?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Adakah anda atau mana-mana orang yang akan dilindungi pernah diberitahu bahawa anda atau mereka mengalami atau pernah dirawat untuk mana-mana yang tersebut di bawah: | | |
| a. Batuk kronik, ludah berdarah, lelah, alahan bermusim/bersebab, radang peparu, batuk kering atau sebarang penyakit sistem pernafasan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Tekanan darah tinggi atau rendah, sakit jantung, sakit dada, serangan jantung, sesak nafas, kegagalan fungsi/denyutan jantung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Epilepsi, sawan, pitam, gangguan mental atau saraf?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Kencing manis, gula atau darah di dalam air kencing, buah pinggang, colic atau hernia?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Penyakit mata, telinga, hidung atau tekak?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Sakit sendi tulang, radang otot dan sendi-sendi, belakang, tulang sendi, otot atau masalah kulit?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Ulser atau masalah perut, usus, pendarahan atau masalah rektal?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Karang pundi kencing atau penyakit hati atau sebarang jenis hepatitis?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Kanser, tumor atau semua jenis ketumbuhan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Kurang darah, masalah tiriod (seperti beguk) atau demam?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Penyakit kelamin seperti sifilis, gonorrhoea atau urethritis tidak khusus?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. HIV, AIDS atau keadaan yang berkaitan dengan AIDS?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Apa-apa penyakit, atau kecederaan yang tidak tersebut di atas?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Pernahkah permohonan anda atau keluarga anda memohon bagi kontrak perubatan atau kemasukan hospital ditolak atau diterima dengan terma yang berlainan?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Adakah anda atau keluarga anda yang memohon perlindungan sekarang ini dilindungi oleh mana-mana perlindungan Takaful perubatan dan kemasukan ke hospital yang lain?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Jika anda menjawab "Ya" untuk soalan 1, 2 & 3, sila nyatakan butir-butir di bawah dan nomborkan jawapan anda mengikut nombor soalan yang berkenaan. | | |

Nombor Soalan	Nama pemohon / isteri / anak	Jenis dan tarikh ketidakupayaan	Tarikh bertemu doktor	Nama doktor & alamat hospital

Sila lampirkan kertas tambahan jika ruang di atas tidak mencukupi

D. PENGAKUAN

Saya/Kami mengaku bahawa segala kenyataan yang diberi di atas dan di dalam dokumen lain yang dilampirkan bersama dengan borang permohonan ini adalah lengkap dan benar menurut pengetahuan dan kepercayaan saya/kami. Saya/Kami bersetuju segala kenyataan yang diberi akan digunakan untuk tujuan permohonan untuk Kontrak Takaful antara saya/kami dan CIMB Aviva Takaful Berhad (seterusnya dirujuk sebagai "Operator").

Tandatangan pemegang polisi

Tarikh

Nota penting :

Sila sertakan bersama-sama dokumen di bawah ;

1. Salinan kad pengenalan dan slip gaji terkini pemegang polisi.
2. Salinan kad pengenalan pasangan dan sijil kelahiran bagi anak yang berumur 12 tahun ke bawah dan MyKad bagi anak berumur 12 tahun dan ke atas.