

PROGRAM TAKAFUL KHAS UNTUK PENJAWAT AWAM KERAJAAN NEGERI JOHOR

BORANG PINDAAN PROGRAM CUEPACSCARE & CUEPACSPA

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



1. MAKLUMAT PINDAAN

Sila tandakan pada tempat berkenaan. Saya ingin membuat pindaan pada:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Perubahan Alamat | <input type="checkbox"/> Pindaan Nama Pemohon ke Nama Pasangan
(Jika pemohon sedia ada, bukan Penjawat Awam Kerajaan Negeri Johor) |
| <input type="checkbox"/> Program CuepacsCare Penukaran Pelan Individu
Ke Pelan Keluarga (Jika Perlu) | <input type="checkbox"/> Program CuepacsPA (Pelan A ke Pelan B) |

Nama Pemegang Sijil :
No. Kad Pengenalan : Pelan Sedia Ada : CuepacsCare CuepacsPA

A. PERUBAHAN ALAMAT

Alamat Terkini :

No. Telefon Baru :
Alamat Emel :

B. PINDAAN NAMA PEMOHON KE NAMA PASANGAN (JIKA PEMOHON SEDIA ADA, BUKAN PENJAWAT AWAM KERAJAAN NEGERI JOHOR)

Pemegang Sijil Sedia Ada ke Pasangan

Nama Pemegang Sijil : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Pindaan Nama Pemohon Baru : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
No. Kad Pengenalan : <input type="text"/>	No. Kad Pengenalan : <input type="text"/>
Hubungan : <input type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> Isteri	Hubungan : <input type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> Isteri
Jabatan / Jawatan : <input type="text"/>	Jabatan / Jawatan : <input type="text"/>
No. Telefon : <input type="text"/>	No. Telefon : <input type="text"/>
Emel : <input type="text"/>	Emel : <input type="text"/>

Lihat sebelah

2. PROGRAM CUEPACSCARE

C. PENUKARAN PELAN INDIVIDU KE PELAN KELUARGA (JIKA PERLU)

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.

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

Nama Pasangan	:	<input type="text"/>			
No. Kad Pengenalan	:	<input type="text"/>	Tarikh Lahir :	<input type="text"/>	
Pekerjaan	:	<input type="text"/>	Tinggi	:	<input type="text"/> sm Berat : <input type="text"/> kg
No. Telefon	:	<input type="text"/>	Emel	:	<input type="text"/>

Nama tanggungan (anak-anak) yang ingin dilindungi di dalam sijil perlindungan ini. (Anak tanggungan merujuk kepada anak yang belum berkahwin berumur sekurang-kurangnya 30 hari dan di bawah umur 19 tahun/di bawah umur 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 / No. Kad Pengenalan	Tarikh Lahir	Jantina

SOAL SELIDIK

1. Pernahkah anda atau mana-mana orang yang akan dilindungi: Ya Tidak
 - a. Mengalami apa-apa kecacatan fizikal, lemah anggota atau keadaan berpenyakit semenjak lahir?.....
 - b. Pada masa ini di bawah pengawasan atau menerima rawatan atau mengambil apa-apa ubat-ubatan?.....
 - c. Menjalani apa-apa pembedahan atau mengalami sebarang penyakit atau kecederaan?.....
 - d. Pernah dinasihatkan untuk menjalani pembedahan yang mana masih belum dijalankan?.....
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?.....
 - b. Tekanan darah tinggi atau rendah, sakit jantung, sakit dada, serangan jantung, sesak nafas, kegagalan fungsi/denyutan jantung?.....
 - c. Epilepsi, sawan, pitam, gangguan mental atau saraf?.....

Lihat sebelah

- d. Kencing manis, gula atau darah di dalam air kencing, buah pinggang, colic atau hernia?.....
- e. Penyakit mata, telinga, hidung atau tekak?.....
- f. Sakit sendi tulang, radang otot dan sendi-sendi, belakang, tulang sendi, otot atau masalah kulit?.....
- g. Ulser atau masalah perut, usus, pendarahan atau masalah rektal?.....
- h. Karang pundi kencing atau penyakit hati atau sebarang jenis hepatitis?.....
- i. Kanser, tumor atau semua jenis ketumbuhan?.....
- j. Kurang darah, masalah tiriod (seperti beguk) atau demam?.....
- k. Penyakit kelamin seperti sifilis, gonorrhoea atau urethritis tidak khusus?.....
- l. HIV, AIDS atau keadaan yang berkaitan dengan AIDS?.....
- m. Apa-apa penyakit, atau kecederaan yang tidak tersebut di atas?.....
3. Pernahkah permohonan anda atau keluarga anda memohon bagi kontrak perubatan atau kemasukan hospital ditolak atau diterima dengan terma yang berlainan?.....
4. Adakah anda atau keluarga anda yang memohon perlindungan sekarang ini dilindungi oleh mana-mana perlindungan Takaful perubatan dan kemasukan ke hospital yang lain?.....
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

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 Zurich Takaful Malaysia Berhad (seterusnya dirujuk sebagai “Operator”).

Tandatangan pemegang sijil asal

Tandatangan pemohon sijil baru (jika ada)

Tarikh

Nota penting :

Sila sertakan bersama-sama dokumen di bawah ;

1. Salinan kad pengenalan pemohon sahaja.

Lihat sebelah

3. PROGRAM CUEPACSPA

D. PENUKARAN PELAN

Pilihan Pelan Saya

	Saya	Pasangan	Anak-anak
Pelan A			
Pelan B			

Bayaran Bulanan

Saya dengan ini memberi kuasa kepada Kerajaan Negeri Johor untuk memotong gaji saya sebanyak RM _____ (termasuk CBP*) sebagai caruman sumbangan bulanan untuk Pelan Perlindungan Kemalangan CuepacsPA kepada Medicare Assistance Sdn Bhd

* Cukai Barang dan Perkhidmatan (CBP) mengikut Akta Cukai Barang dan Perkhidmatan 2014 yang kini pada kadar 6%. Kadar semasa CBP adalah tertakluk kepada perubahan.

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

Nama Pasangan :

No. Kad Pengenalan : Tarikh Lahir :

Pekerjaan : Tinggi : sm Berat : kg

No. Telefon : Emel :

Nama tanggungan (anak-anak) yang ingin dilindungi di dalam sijil perlindungan ini. (Anak tanggungan merujuk kepada anak yang belum berkahwin berumur sekurang-kurangnya 30 hari dan di bawah umur 19 tahun/di bawah umur 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 / No. Kad Pengenalan	Tarikh Lahir	Jantina

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 Zurich Takaful Malaysia Berhad (seterusnya dirujuk sebagai "Operator").

Tandatangan pemegang sijil asal

Tandatangan pemohon sijil baru (jika ada)

Tarikh

Nota penting :

Sila sertakan bersama-sama dokumen di bawah ;
1. Salinan kad pengenalan pemohon sahaja.