

ID PERUNDING :

NO SIJIL KIFAYAH CARE :

NO SIJIL KIFAYAH (GURU / CUEPACS) :



KIFAYAH CARE

PROPOSAL

NOTIS

Menurut Penggal 2 Jadual 9, Sekyen 141 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013, Anda Di Kehendaki Menyatakan Di Dalam Borang Cadangan Ini Dengan Lengkap Dan Benar, Segala Fakta Yang Anda Ketahui Atau Sepatutnya Tahu , Jika Tidak Polisi Yang Dikeluarkan Dianggap Tidak Sah

ALAMAT

KIFAYAH CARE, NO 6,KOMPLEKS PERNIAGAAN JELATEK, JALAN PERNIAGAAN JELATEK,OFF JALAN
LANGGAR,05460 JALAN LANGGAR,
ALOR SETAR,KEDAH
TEL: 04-7326714 / 047362640 / 04-7330522

PENERANGAN PRODUK DAN HARGA CARUMAN

Manfaat-manfaat	Individu	Keluarga
Perbelanjaan hospital		
Bilik Hospital dan Makan – maksimum 150 hari	RM150	
Unit Rawatan Rapi – maksimum 60 hari	RM300	
Bekalan dan Khidmat Hospital	Seperti Yang di Caj	
Bayaran Ambulans	RM250	
Perbelanjaan Pembedahan		
Bayaran Pembedahan (Rawatan sebelum pembedahan sehingga 30 hari dan rawatan selepas pembedahan sehingga 30 hari dari tarikh pembedahan)	Seperti Yang di Caj	
Bayaran Pakar Bius		
Bayaran Bilik Bedah		
Perbelanjaan Bukan Pembedahan		
Ujian Diagnostik Pra hospital (dalam 30 hari sebelum penginapan hospital)	Seperti Yang di Caj	
Rundingan Pakar Pra hospital (dalam 30 hari sebelum penginapan hospital)		
Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital		
Rawatan Selepas Penghospitalan (dalam 30 hari dari tarikh keluar dari hospital)		
MANFAAT PILIHAN :		
Rawatan Pesakit Luar bagi kemalangan (dalam 24 jam dan rawatan susulan hingga 30 hari)	RM1,000	
Bayaran Laporan Perubatan	RM60	
Elaun Tunai Harian di Hospital Kerajaan (maksimum 150 hari)	RM50	
Transplan Organ (Buah Pinggang, Jantung, Hati, Paru-paru dan Sum-sum tulang)	RM20,000	
Rawatan Kanser Pesakit Luar	RM2,000 setiap bulan	
Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar	RM2,000 setiap bulan	
HAD MAKSIMUM UNTUK SETIAP KEMASUKAN KE HOSPITAL BAGI SETIAP PENYAKIT	RM20,000	
HAD TAHUNAN KESELURUHAN SETIAP PLAN INDIVIDU YANG DILINDUNGI DAN SETIAP PLAN KELUARGA	RM40,000	RM80,000

UMUR	INDIVIDU		KELUARGA	
	BULANAN	TAHUNAN	BULANAN	TAHUNAN
0 tahun – 50 tahun	RM 30	RM 360	RM 102	RM 1,224
51 tahun – 60 tahun	RM 50	RM 600	RM 141	RM 1,692
61 tahun – 65 tahun	RM 100	RM 1,200	RM 191	RM 2,292
66 tahun – 70 tahun	RM 170	RM 2,040	RM 301	RM 3,612

BORANG RINGKASAN MAKLUMAT AHLI SERTA TANGGUNGAN

Maklumat Ahli Individu									
Nama Ahli									
No KP					Telefon Bimbit				
Alamat Surat Menyurat							Poskod		
							Poskod		
Alamat Tempat Kerja							Poskod		
							Poskod		
Pekerjaan							Gaji (RM)		
Email					Tinggi :		(cm)		Berat : (kg)
Nama Bank			No Akaun						
Ahli Diinsuranskan Tambahan 1 (Pasangan & anak-anak dalam keluarga yang sama)									
Nama									
No KP				Tarikh Lahir				Umur :	
Hubungan			Jantina :		Tinggi :		(cm)		Berat : (kg)
Pekerjaan/Alamat									
Ahli Diinsuranskan Tambahan 2 (Pasangan & anak-anak dalam keluarga yang sama)									
Nama									
No KP				Tarikh Lahir				Umur :	
Hubungan			Jantina :		Tinggi :		(cm)		Berat : (kg)
Pekerjaan/Alamat									
Ahli Diinsuranskan Tambahan 3 (Pasangan & anak-anak dalam keluarga yang sama)									
Nama									
No KP				Tarikh Lahir				Umur :	
Hubungan			Jantina :		Tinggi :		(cm)		Berat : (kg)
Pekerjaan/Alamat									
Ahli Diinsuranskan Tambahan 4 (Pasangan & anak-anak dalam keluarga yang sama)									
Nama									
No KP				Tarikh Lahir				Umur :	
Hubungan			Jantina :		Tinggi :		(cm)		Berat : (kg)
Pekerjaan/Alamat									
Ahli Diinsuranskan Tambahan 5 (Pasangan & anak-anak dalam keluarga yang sama)									
Nama									
No KP				Tarikh Lahir				Umur :	
Hubungan			Jantina :		Tinggi :		(cm)		Berat : (kg)
Pekerjaan/Alamat									

SOALAN BERKAITAN KESIHATAN PERSERTA DAN TANGGUNGAN PERSERTA

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 diagnostic atau penyiasatan termasuk ujian atau rawatan yang masih belum dijalankan?		

2. Pernahkah **anda atau sesiapa yang akan dilindungi** pernah menghidapi 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 arthritis, 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?

--	--

Maklumat Soalan

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:

Keterangan tentang berkaitan Soalan 1 - 4 adalah “Ya”:

6. MAKLUMAT TEMPAT RAWATAN

(a) TEMPAT RAWATAN KEBIASAAN & KALI TERAKHIR SAYA MELAWAT:

	Hospital		Klinik Pakar		Klinik		Tiada
--	----------	--	--------------	--	--------	--	-------

(B) NAMA HOSPITAL / PUSAT PAKAR / KLINIK / ALAMAT

NAMA TEMPAT RAWATAN	
ALAMAT TEMPAT RAWATAN	
TARIKH RAWATAN	
NO TEL TEMPAT RAWATAN	
ASBAB KEBIASAAN DAN KALI TERAKHIR MELAWAT DOKTOR	

PILIHAN PELANGGAN DAN PENGAKUAN PELANGGAN

☐ Dengan ini saya bersetuju untuk memproses data peribadi saya untuk tujuan pemasaran dan promosi, termasuk menghantar kepada saya maklumat mengenai produk, perkhidmatan, promosi atau acara lain oleh anda, penasihat / ejen dan kumpulan syarikat anda, serta pihak ketiga yang berkaitan, dengan siapa **Zurich General Takaful Malaysia Berhad** mengekalkan rujukan perniagaan atau pengaturan lain.

Catatan: Perseutujuan yang diberikan kepadanya sejalan dengan syarat yang ditetapkan dalam Akta Perlindungan Data Peribadi 2010.

PENGAKUAN / DECLARATION

☐ SAYA / KAMI DENGAN INI BERSETUJU DENGAN PILIHAN PLAN SAYA / KAMI TANPA DIPENGARUHI MANA MANA PIHAK, DAN SAYA / KAMI FAHAM DIMANA PERLINDUNGAN INI TIDAK AKAN BERMULA SEHINGGA POTONGAN CARUMAN DARI GAJI (ANGKASA) / BAYARAN CARUMAN TAHUNAN SAYA BERMULA. DAN SAYA / KAMI FAHAM SERTA SETUJU BAHAWASANYA CARUMAN SAYA / KAMI AKAN MENINGKAT APABILA UMUR SAYA / KAMI MEMASUKI KATEGORI KUMPULAN UMUR YANG TELAH DITETAPKAN OLEH SYARIKAT.

PENGISYTIHARAN. PENGAKUAN DAN PENGESAHAN NASIHAT OLEH PERANTARA / PERUNDING / EXSEKUTIF PEMASARAN / KETUA PENGURUS PEMASARAN

☐ Saya mengisytiharkan dan mengesahkan bahawa:-

- (a) Semua keterangan yang terkandung di dalam permohonan ini merupakan maklumat yang diberikan kepada saya oleh Pemohon dan / atau Orang Yang Dicadangkan untuk Dilindungi, dan saya tidak penerimaan bagi permohonan ini.
- (b) Saya tidak memberikan sebarang kenyataan yang bercanggah kepada Pemohon dan/ atau Orang Yang Dicadangkan untuk Dilindungi sebagaimana terkandung di dalam peruntukan piawaian polisi Pengendali Takaful. Saya tidak mempunyai sebarang konflik kepentingan yang mungkin mempengaruhi nasihat yang saya berikan kepada Pemohon.
- (c) Saya telah mendedahkan dan menjelaskan kepada Pemohon/Pemilik semua kandungan Perakuan Perniagaan Baru Pelanggan dan dengan ini mengesahkan bahawa Pemohon/Pemilik sedar dan faham sepenuhnya kandungan Perakuan Perniagaan Baru Pelanggan ini.

TANDATANGAN PENCARUM / PEMOHON

Nama : _____
No K/p :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tarikh :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TANDATANGAN SAKSI

Nama : _____
No K/p :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tarikh :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TANDATANGAN PERANTARA

Nama : _____
No K/p :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tarikh :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Alamat : _____



PENYATA PELANGGAN

KIFAYAH CARE

NO 6 Kompleks Perniagaan Jelatek, Jalan Kompleks
Perniagaan Jelatek, OFF Jalan Langgar ,
05460 Alor Setar Kedah



AGENCI FAUZI ABDUL JALIL SDN BHD
(746383-M)

NAMA PELANGGAN		NO K/P	
		NO H/P	
ALAMAT JABATAN		JENIS KENDERAAN	
		NO KENDERAAN	
		TARIKH TAMAT CUKAI JALAN	
KEAHLIAN		T.TANGAN	
Ahli PGMK			
Ahli KGMMB			
SKIM			
Kifayah PGMK			
Kifayah KGMMB			
Kifayah CUEPACS			
Kifayah CARE Individu			
Kifayah Care Keluarga			
PELAN TAKAFUL / INSURANS			
Plan 1 : _____			
Tempoh : _____			
Cara Bayaran : _____			
Caruman / Premium RM _____			
PELAN TAKAFUL / INSURANS			
Plan 2 : _____			
Tempoh : _____			
Cara Bayaran : _____			
Caruman / Premium RM _____			

JUMLAH CARUMAN RM _____

nota:-

Tiada Bayaran Pendahuluan Secara Tunai /Perbankan Elektronik Bagi Kemasukan Ahli Persatuan / Skim Kifayah dan Perlindungan Kifayah CARE hanya berkuat kuasa lima belas (15) hari selepas sumbangan pertama diterima daripada BIRO ANGKASA dan bukan dari tarikh potongan pertama. Serta tertakluk pada terma dan syarat polisi induk

TANDATANGAN PENCARUM / PEMEGANG SIJIL / POLISI

TANDATANGAN PERANTARA

NAMA : _____
NO K/P : _____
NO TEL : _____
TARIKH : _____

NAMA : _____
NO TEL : _____
TARIKH : _____
ALAMAT : _____

