

Borang Permohonan CuepacsCare



Sila hantarkan Borang Permohonan yang lengkap ke:
MEDICARE ASSISTANCE SDN. BHD. 199901017930 (492830-K)
A-1-8 Pusat Perdagangan Intania, Jalan Intan 1 KS/1,
Persiaran Raja Muda Musa, 41200 Klang, Selangor
Tel: (603) 3371 4248 Faks: (603) 3371 4258
Emel: c_service@medicare.org.my

MC0292

Nota Penting:

Menurut Perenggan 5 dalam Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013 ("IFSA"), anda perlu menjawab soalan dengan penuh dan tepat atau betul dengan penuh hati-hati agar tidak memberikan sebarang kesalahnyataan ketika menjawab soalan yang diajukan oleh FWD Takaful Berhad ("FWD Takaful"). Adalah menjadi tanggungjawab anda untuk mendedahkan secara penuh dan tepat sebarang perkara yang anda ketahui yang relevan terhadap keputusan FWD Takaful dalam menerima risiko dan menentukan kadar serta syarat yang akan dikenakan; jika tidak ia boleh membawa kesan kepada pembatalan kontrak Takaful, penolakan tuntutan atau perubahan terma. Kewajipan pendedahan ini mestilah berterusan sehingga kontrak Takaful ini dimeterai, diubah atau diperbaharui. Ini adalah borang permohonan yang umum dan anda mempunyai kebebasan untuk mengambil bahagian ataupun tidak di dalam mana-mana produk yang ditawarkan dengan borang permohonan ini. Jika anda tidak memahami tanggungjawab anda seperti yang telah dinyatakan di atas atau anda memerlukan penerangan lebih lanjut, sila hubungi FWD Takaful atau ejen-ejen kami.

Menurut Perenggan 4(1) Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013 ("IFSA"), 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.

Anda dinasihatkan bahawa anda tidak sepatutnya menandatangani borang permohonan ini melainkan jika ianya telah dilengkapi pada tahap kepuasan anda kerana anda bertanggungjawab untuk jawapan yang diberikan di dalam borang permohonan ini apabila ianya ditandatangani oleh anda. Sebarang pembetulan terhadap jawapan yang diberikan dalam borang permohonan ini mestilah ditandatangani oleh Pemohon. Cecair pembetulan adalah tidak dibenarkan sama sekali.

Sebarang sumbangan yang dibayar kepada kami bersama dengan permohonan ini tidak boleh dianggap sebagai pembayaran terhadap mana-mana sumbangan melainkan jika dan sehingga permohonan ini telah diterima tanpa syarat oleh kami dan Sijil Takaful dikeluarkan. Penerimaan kami bagi mana-mana sumbangan yang dibayar bersama-sama dengan cadangan ini TIDAK akan dianggap sebagai penerimaan permohonan ini. Pengeluaran Sijil Takaful untuk kes 'standard' mengambil masa sebulan dari tarikh penerimaan borang permohonan, bersama dokumen / keperluan yang lengkap dan Sumbangan Takaful yang bersesuaian. Bukti umur adalah diperlukan sebelum pembayaran manfaat Takaful di bawah Sijil ini.

A. Butir-butir Peribadi Pemohon (Sila gunakan huruf besar/Tanda (√) dalam kotak yang berkenaan)

Gelaran: Encik Puan Lain-lain (Sila Nyatakan):

Nama Pemohon:

No. Kad Pengenalalan (Baru):

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

 -

--	--	--

 -

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

No. Polis/Tentera:

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

 Tarikh Lahir (hh/bb/tttt):

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

Jantina: Lelaki Perempuan Warganegara: Malaysia Lan-lain _____

Bangsa: Melayu Cina India Lain-lain _____

Taraf Perkahwinan: Bujang Berkahwin Bercerai Tinggi (sm):

--	--	--	--

 Berat (kg):

--	--	--

C. Butir-butir Peribadi Anak-Anak Pemohon (Sila gunakan huruf besar)

Nama Anak-Anak Pemohon	No. Kad Pengenalan / No. Sijil Kelahiran	Tarikh Lahir	Umur	Jantina	Tinggi (sm)	Berat (kg)

D. Butiran E-Pembayaran (Untuk Kegunaan Sebarang Bayaran Balik Kepada Pemohon-Wajib Diisi)

Nama Pemegang Akaun	Nama Bank	No. Akaun Bank

Nota Penting:

- Pembayar di dalam borang permohonan ini merujuk kepada Pemohon/Pemilik Sijil Takaful dan juga merupakan Penerima yang berhak keatas wang daripada bayaran balik Sumbangan Takaful untuk Permohonan/Sijil Takaful ini.
- FWD Takaful akan menggunakan akaun bank ini bagi tujuan bayaran balik sumbangan atau sebarang pembayaran lain yang perlu dibayar, melainkan FWD Takaful menerima arahan bertulis daripada Penerima untuk membatalkan arahan ini dan Penerima memaklumkan butiran akaun bank yang baru yang akan diluluskan oleh FWD Takaful. Perkhidmatan ini hanya dibenarkan ke atas akaun bank yang sah bersama institusi kewangan berlesen di Malaysia yang menyertai platform pembayaran Interbank-Giro (IBG).

E. Kekerapan Bayaran Dan Pilihan Pelan

Kekerapan Bayaran: Bulanan Sahaja

Pelan Individu Pelan Keluarga

Jumlah Sumbangan
Takaful Bulanan

RM:

Nota Penting:

Bagi bayaran melalui potongan gaji, sila lampirkan semua dokumen yang berkaitan (bagi Pemohon Sahaja):

- BPA 1/79
- Slip Gaji
- Salinan Kad Pengenalan Baru

F. Maklumat Kesihatan

Sila Tanda (✓) Di Dalam Kotak 'Ya' Atau 'Tidak'		Ya	Tidak	
1	Adakah anda atau sesiapa yang akan dilindungi:			
	a) Mengalami atau mempunyai kecacatan fizikal, lemah atau keadaan kongenital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Kini dalam pengawasan dan/atau menjalani rawatan atau mengambil ubat-ubatan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Menjalani pembedahan atau menderita akibat serangan penyakit, gangguan atau kecederaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Pernah dinasihatkan oleh doktor/pakar perundingan untuk pembedahan atau perubatan, ujian diagnostik atau penyiasatan termasuk ujian atau rawatan yang masih belum dijalankan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Tekanan darah tinggi atau rendah, penyakit jantung, sakit dada atau ketidakselesaan atau sesak, serangan jantung, pendek nafas, atau sebarang masalah jantung yang lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Sawan, epilepsi, pening, pengsan, pitam, penyakit mental atau gangguan saraf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Kencing manis, gula, protein atau darah dalam air kencing atau masalah haid, hemoroid atau hernia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) Masalah atau penyakit mata, telinga, hidung atau tekak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) Penyakit sendi, cakera tergelincir, penyakit arthritis, masalah otot dan sendi, masalah tulang belakang atau sakit belakang atau penyakit kulit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	g) Gastritis, ulser atau sebarang penyakit perut, usus atau masalah rektal yang lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	h) Batu karang atau sebarang masalah lain buah pinggang atau sistem pundi kencing, masalah atau penyakit hati, atau apa-apa jenis hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	i) Tumor, kanser, nodul, polip, pertumbuhan dan ketulan dalam apa jua bentuk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	j) Anemia atau gangguan pada darah, masalah kelenjar tiroid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	k) Penyakit kelamin seperti sifilis, gonorrhoea atau urethritis tidak khusus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	l) HIV positif, AIDS atau penyakit yang berkaitan dengan AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	m) Sebarang keuzuran, penyakit atau kecederaan yang tidak dinyatakan di atas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Pernahkah sebarang permohonan anda atau sesiapa yang akan dilindungi untuk takaful perubatan, penghospitalan atau hayat ditolak, dihadkan atau diubahsuai dari terma asal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Adakah anda atau sesiapa yang akan dilindungi memiliki Takaful Perubatan dengan kami atau syarikat/pengendali takaful lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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	Keadaan Semasa Hilang Upaya	Nama Dan Alamat Hospital / Klinik

Nota Penting:
Soalan-soalan maklumat kesihatan pada borang permohonan dan lain-lain butiran yang diminta secara khusus berkait dengan fakta-fakta yang dianggap penting oleh pihak FWD Takaful 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.

G. Akad Dan Pemberian Kuasa

Saya/Kami mengaku dan bersetuju bagi pihak saya/kami dan mana-mana individu atau individu-individu yang mungkin mempunyai atau menuntut sebarang kepentingan di dalam borang permohonan ini, bahawa:

1. Saya/Kami telah diberikan Lampiran Penerangan Produk dan Ilustrasi Manfaat oleh wakil FWD Takaful yang dibenarkan, dan saya/kami memahami dengan penuh isi kandungannya seperti yang dijelaskan kepada saya/kami oleh wakil FWD Takaful yang dibenarkan dan perhatian yang teliti saya/kami telah diberikan kepada maklumat penting mengenai ciri-ciri utama produk dan pembatasannya yang telah diterangkan kepada saya/kami dengan memuaskan.
2. Saya/Kami mengakui bahawa:
 - a. Saya/Kami memahami bahawa ia adalah tanggungjawab pendedahan pra-kontrak saya/kami bahawa saya/kami perlu mengambil langkah-langkah yang munasabah untuk tidak memberikan kesalahnyataan iaitu, memberikan jawapan dan/atau maklumat yang salah ketika menjawab soalan yang diajukan oleh FWD Takaful dan bahawa saya/kami bertanggungjawab untuk menjawab soalan itu dengan penuh dan tepat dan/atau dengan betul;
 - b. Saya/Kami telah menjawab dengan penuh dan tepat semua soalan di dalam borang permohonan ini dan soalan lain yang ditanya oleh FWD Takaful, sekiranya ada, setelah membaca dan memahami soalan tersebut dengan penuh;
 - c. Saya/Kami memahami bahawa saya/kami perlu memaklumkan kepada FWD Takaful mengenai sebarang perubahan terhadap jawapan yang diberikan dalam borang permohonan ini jika perubahan tersebut berlaku selepas saya/kami menyerahkan borang permohonan ini tetapi sebelum kontrak Takaful dimulakan;
 - d. Saya/Kami memahami dengan penuh bahawa jawapan dan/atau pernyataan saya/kami yang diberikan berkaitan dengan soalan yang ditanya oleh FWD Takaful dan mana-mana dokumen yang relevan yang dilengkapkan oleh saya/kami berhubung dengan borang permohonan ini dan sebarang laporan perubatan atau pindaan adalah relevan kepada FWD Takaful dalam membuat keputusan sama ada untuk menerima borang permohonan saya/kami atau tidak, serta kadar dan terma yang dikenakan; dan
 - e. Saya/Kami memahami sekiranya maklumat yang diberikan oleh saya/kami tidak tepat atau salah, Sijil Takaful ini boleh dibatalkan, atau terma-terma Sijil Takaful ini boleh diubah, atau tuntutan saya/kami ditolak atau dikurangkan.
3. 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 FWD 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.
4. Saya/Kami akan memaklumkan kepada FWD Takaful sebarang pembetulan atau perubahan terhadap maklumat peribadi saya/kami dengan secepat yang mungkin.
5. Saya/Kami bersetuju bahawa FWD Takaful termasuk pekerjaannya tidak akan bertanggungjawab terhadap apa-apa kehilangan atau kerosakan, sama ada secara langsung atau tidak langsung, akibat daripada ketidaktepatan dan ketidaklengkapan maklumat peribadi yang diberikan oleh saya/kami kepada FWD Takaful, termasuk dan tidak terhad kepada butiran peribadi transaksi dengan atau melalui FWD Takaful sama ada di dalam atau di luar Malaysia melibatkan mana-mana pihak.
6. Saya/Kami mengesahkan bahawa borang permohonan ini bebas daripada mana-mana pernyataan yang dibuat oleh wakil anda yang dinamakan di bawah di mana, saya/kami tidak memberikan maklumat selain daripada yang dinyatakan di dalam borang permohonan ini dan sebaik pengetahuan dan kepercayaan saya/kami, wakil anda tidak memberi maklumat lain, berhubung dengan keadaan yang relevan terhadap penerimaan risiko. Saya/Kami turut memperakui bahawa semua syarat dan terma telah dijelaskan dengan penuh kepada saya/kami dan jawapan yang saya/kami adalah maklumat sebenar yang didedahkan.
7. Saya/Kami memahami bahawa setelah menerima Sijil Takaful daripada FWD Takaful, saya/kami mempunyai 15 hari tempoh rujukan percuma untuk memeriksa kesesuaian plan yang disertai. Sekiranya saya/kami ingin membatalkan Sijil Takaful ini dalam tempoh tersebut, saya/kami boleh melakukannya dengan memberi FWD Takaful notis bertulis mengenai hasrat saya/kami untuk pembatalan.
8. Saya/Kami memahami bahawa perlindungan hanya akan berkuatkuasa setelah Sumbangan Takaful yang berkenaan diterima dan kelulusan oleh FWD Takaful terhadap permohonan ini dan Sijil Takaful yang berkenaan dikeluarkan dan dihantarkan kepada saya/kami menurut permohonan ini ketika saya/kami masih hidup dan dalam keadaan sihat.
9. Saya/Kami mengambil maklum bahawa keseluruhan atau sebahagian daripada Sumbangan Takaful, caj dan bayaran untuk borang permohonan ini mungkin tertakluk kepada Cukai Jualan dan Perkhidmatan (CJP*) mengikut Akta Cukai Jualan dan Perkhidmatan 2018 dengan kadar yang terpakai yang perlu dibayar oleh Pemilik Sijil Takaful.
10. Saya/Kami memberikan kuasa kepada CUEPACS untuk memotong gaji sebagai sumbangan Takaful yang dibayar kepada FWD Takaful mengikut jenis plan yang dipilih di dalam borang permohonan ini.
11. Saya/Kami mengesahkan bahawa saya/kami telah dimaklumkan mengenai akibat kegagalan membayar Sumbangan Takaful dalam tempoh penangguhan dan peruntukan penguatkuasaan.
12. Saya/Kami bersetuju untuk mengambil bahagian dalam plan Takaful ini berdasarkan prinsip Takaful dan membayar Sumbangan Takaful yang diperlukan yang akan dikreditkan ke dalam Dana Risiko Peserta (DRP) sebagai Tabarru' (sumbangan). Ia akan digunakan untuk perlindungan takaful dan bantuan kewangan bersama untuk peserta lain ketika ditimpa musibah.
13. Saya/Kami bersetuju melantik FWD Takaful berdasarkan prinsip Wakalah (wakil) untuk menguruskan Sumbangan Takaful saya/kami di dalam DRP mengikut prinsip-prinsip Syariah dan membenarkan FWD Takaful membuat pemotongan mengikut peratusan (%) tertentu kepada Sumbangan Takaful sebagai fi Wakalah (wakil) kepada FWD Takaful untuk perkhidmatan yang diberikan dan apa-apa caj yang tertera di dalam Sistem Ilustrasi Takaful Keluarga.
14. Saya/Kami bersetuju bagi penamatan sijil, mana-mana sumbangan yang belum digunakan dan telah diperuntukkan ke dalam DRP akan dipulangkan kepada pemilik sijil. Jika FWD Takaful tidak mempunyai maklumat akaun bank saya/kami, dan jika amaun pulangan melebihi RM10, FWD Takaful akan memindahkannya kepada Pendaftar Wang Tak Dituntut. Bagaimanapun, jika amaun tersebut kurang atau bersamaan RM10, ia akan didermakan kepada badan kebajikan yang berdaftar.
15. Sekiranya DRP di dalam keadaan defisit, FWD Takaful akan menangani defisit ini melalui Qard atau pinjaman tanpa faedah. Pembayaran Qard akan dibuat daripada dana pemegang saham.
16. Saya/Kami bersetuju bahawa pada penghujung setiap tahun kewangan, Pengendali Takaful akan menerima 50% lebihan bersih boleh agih daripada Dana Risiko Keluarga, jika ada sebagai yuran prestasi berdasarkan kontrak Ju'alah. Baki 50 peratus akan diagihkan kepada orang yang dilindungi yang layak yang tidak membuat sebarang tuntutan dan/atau menerima sebarang manfaat di bawah kelas risiko yang sama seperti yang dinyatakan di dalam Jadual Sijil Takaful yang masih berkuatkuasa. Saya/Kami bersetuju bahawa bahagian lebihan saya/kami akan digunakan untuk membayar sumbangan yang akan datang.

H. Perlindungan Maklumat Peribadi

1. Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa mana-mana maklumat peribadi yang dikumpulkan atau disimpan oleh FWD Takaful (samada terkandung dalam borang permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh digunakan, diproses, didedahkan dan dikongsi oleh FWD Takaful kepada individu/organisasi berhubung atau berkaitan dengan FWD Takaful atau mana-mana pihak ketiga yang terpilih (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk retakaful dan syarikat penyiasatan tuntutan dan persatuan industri/gabungan) bagi tujuan pemrosesan borang permohonan ini dan pemberian perkhidmatan susulan untuk produk ini dan produk dan perkhidmatan lain dan untuk berhubung dengan saya/kami bagi tujuan tersebut.
2. Saya/Kami memahami bahawa saya/kami mempunyai hak untuk mendapatkan akses kepada maklumat peribadi yang disimpan oleh FWD Takaful dan memohon pembetulan mana-mana maklumat peribadi yang salah atau untuk menghadkan pemrosesan maklumat peribadi saya/kami. Saya/Kami mengizinkan dan dengan ini memberi kebenaran kepada FWD Takaful untuk mengenakan fi untuk memproseskan dan mematuhi permintaan akses data atau permintaan pembetulan.
3. Jika anda ingin menerima maklumat mengenai mana-mana promosi eksklusif atau tawaran oleh FWD Takaful atau, pihak ketiga sila berikan kebenaran anda dengan menandakan kotak di bawah:
 Saya/Kami bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang dikumpul atau dipegang oleh FWD Takaful (samada yang terkandung di dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh digunakan atau didedahkan oleh FWD Takaful kepada pihak ketiga bagi tujuan pemasaran terus dan untuk berhubung dengan saya/kami bagi tujuan berkenaan.
4. Dengan menyerahkan permohonan ini, saya/kami mengesahkan bahawa saya/kami sudah membaca dan bersetuju dengan Notis Perlindungan Maklumat Peribadi Akta 2010 seperti yang tertera di pautan: <https://www.fwd.com.my/en/personal-data-protection-notice/>

Tandatangan Pemohon: _____

Tandatangan Saksi: _____

Nama Pemohon: _____

Nama Saksi: _____

No. Kad Pengenalan (Baru):

- -

No. Kad Pengenalan (Baru):

- -

Tarikh: / /

Tarikh: / /

I. Pengakuan Pengantara (Untuk Dilengkapkan Oleh Ejen/Pengantara takaful)

Saya/Kami dengan ini mengaku dan mengesahkan bahawa:

- a. Semua maklumat yang terkandung dalam borang permohonan ini adalah hanya maklumat yang diberikan kepada saya/kami oleh pemohon dan/atau orang yang akan dilindungi dan saya/kami tidak merahsiakan apa-apa maklumat yang mungkin mempengaruhi penerimaan permohonan ini oleh FWD Takaful;
- b. Saya/Kami tidak membuat sebarang pernyataan, kesalahnyataan atau perjanjian kepada pemohon dan/atau orang yang akan dilindungi yang bercanggah dengan dan/atau memberi pernyataan yang salah terhadap terma Sijil Takaful ini, dan/atau terhadap mana-mana undang-undang dan peraturan yang relevan dan terpakai yang mentadbir aktiviti pengantaraan Takaful. Saya/Kami tidak bertindak atau berkelakuan dengan cara yang membawa kepada pernyataan yang salah terhadap terma Sijil Takaful;
- c. Saya/Kami telah mendedahkan maklumat penting mengenai pelan Takaful termasuk apa yang diwajibkan di bawah undang-undang dan peraturan Malaysia, yang telah memuaskan pemohon; dan
- d. Menurut Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan dan Hasil daripada Aktiviti Haram 2001, saya/kami mengesahkan di mana orang tersebut adalah seorang individu, saya/kami telah melihat kad pengenalan yang asal/pasport yang sah dan mensahihkan identiti orang yang dilindungi yang dicadangkan/pemohon; atau selain daripada seorang individu, saya/kami telah melihat dokumen perlembagaan dan pengenalan yang asal; dan mensahihkan pemilik benefisiari dan butiran orang yang dilindungi yang dicadangkan/pemohon.

Tandatangan Ejen: _____

khatrulNada

Nama Ejen: _____

khatrulnada binti abdul halim (MC0292)

No. Kad Pengenalan (Baru):

- -

Tarikh: / /

Borang Permohonan CuepacCare



Sila hantarkan Borang Permohonan yang lengkap ke:
MEDICARE ASSISTANCE SDN. BHD. 199901017930 (492830-K)
A-1-8 Pusat Perdagangan Intania, Jalan Intan 1 KS/1,
Persiaran Raja Muda Musa, 41200 Klang, Selangor
Tel: (603) 3371 4248 Faks: (603) 3371 4258
Emel: c_service@medicare.org.my

MC0292

Nota Penting:

Menurut Perenggan 5 dalam Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013 ("IFSA"), anda perlu menjawab soalan dengan penuh dan tepat atau betul dengan penuh hati-hati agar tidak memberikan sebarang kesalahnyataan ketika menjawab soalan yang diajukan oleh FWD Takaful Berhad ("FWD Takaful"). Adalah dinasihatkan kepada anda untuk mendedahkan secara penuh dan tepat sebarang perkara yang anda ketahui yang berkaitan dengan risiko dan menentukan kadar serta syarat yang akan dikenakan jika anda membuat tuntutan berdasarkan pembatalan kontrak Takaful, penolakan tuntutan atau perubahan terma, keengganan atau pengurangan manfaat, dan sebagainya, sehingga kontrak Takaful ini dimeterai, diubah atau diperbaharui. Anda juga mempunyai kebebasan untuk mengambil bahagian ataupun tidak mengambil bahagian mana-mana produk yang ditawarkan dengan borang permohonan ini. Jika anda tidak memahami tanggungjawab anda seperti yang telah dinyatakan di atas atau anda memerlukan penerangan lebih lanjut, sila hubungi FWD Takaful Berhad dengan kami.

Menurut Perenggan 4(1) Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013 ("IFSA"), anda dinasihatkan untuk mendedahkan apa-apa perkara yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan FWD Takaful Berhad ("FWD Takaful") untuk memberi manfaat takaful perubatan kepada pekerja dan tanggungan mereka. Anda dinasihatkan untuk mendedahkan apa-apa perkara yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan FWD Takaful Berhad ("FWD Takaful") untuk menentukan kadar dan terma yang dikenakan, dan apa-apa perkara yang munasabah yang tidak ia boleh menyebabkan pembatalan kontrak takaful, keengganan atau pengurangan manfaat atau penamatan kontrak takaful anda. Kewajipan pendedahan diatas hendaklah diterangkan dengan penuh dan terperinci dalam borang permohonan ini. Anda juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu kami mengenai sebarang perubahan terma, keengganan atau pengurangan manfaat, dan sebagainya, dengan kami, apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan ini tidak tepat atau telah berubah.

Anda dinasihatkan bahawa anda tidak sepatutnya menandatangani borang permohonan ini melainkan jika ianya telah dilengkapi pada tahap kepuasan anda kerana anda bertanggungjawab untuk jawapan yang diberikan di dalam borang permohonan ini apabila ianya ditandatangani oleh anda. Sebarang pembetulan terhadap jawapan yang diberikan dalam borang permohonan ini mestilah ditandatangani oleh Pemohon. Cecair pembetulan adalah tidak dibenarkan sama sekali.

Sebarang sumbangan yang dibayar kepada kami bersama dengan permohonan ini tidak boleh dianggap sebagai pembayaran terhadap mana-mana sumbangan melainkan jika dan sehingga permohonan ini telah diterima tanpa syarat oleh kami dan Sijil Takaful dikeluarkan. Penerimaan kami bagi mana-mana sumbangan yang dibayar bersama-sama dengan cadangan ini TIDAK akan dianggap sebagai penerimaan permohonan ini. Pengeluaran Sijil Takaful untuk kes 'standard' mengambil masa sebulan dari tarikh penerimaan borang permohonan, bersama dokumen / keperluan yang lengkap dan Sumbangan Takaful yang bersesuaian. Bukti umur adalah diperlukan sebelum pembayaran manfaat Takaful di bawah Sijil ini.

- SERTAKAN BERSAMA:**
- 1. SALINAN SLIP GAJI TERKINI
- 2. SALINAN KAD PENGENALAN PEMOHON
- 3. BORANG BIRO ANGKASA
- 4. SALINAN SLIP GAJI TERKINI
- 5. BORANG BIRO ANGKASA
- 6. SALINAN SLIP GAJI TERKINI
- 7. BORANG BIRO ANGKASA
- 8. SALINAN SLIP GAJI TERKINI
- 9. BORANG BIRO ANGKASA
- 10. SALINAN SLIP GAJI TERKINI
- 11. BORANG BIRO ANGKASA
- 12. SALINAN SLIP GAJI TERKINI
- 13. BORANG BIRO ANGKASA
- 14. SALINAN SLIP GAJI TERKINI
- 15. BORANG BIRO ANGKASA
- 16. SALINAN SLIP GAJI TERKINI
- 17. BORANG BIRO ANGKASA
- 18. SALINAN SLIP GAJI TERKINI
- 19. BORANG BIRO ANGKASA
- 20. SALINAN SLIP GAJI TERKINI
- 21. BORANG BIRO ANGKASA
- 22. SALINAN SLIP GAJI TERKINI
- 23. BORANG BIRO ANGKASA
- 24. SALINAN SLIP GAJI TERKINI
- 25. BORANG BIRO ANGKASA

A. Butir-butir Peribadi Pemohon (Sila gunakan huruf besar/Tanda (√) dalam kotak yang berkenaan)

Gelaran: Encik Puan Lain-lain (Sila Nyatakan):

Nama Pemohon: A H M A E E I N A L I M K I U A T P E M O H O N

No. Kad Pengenalan (Baru): 8 8 0 2 2 2 - 0 1 - 5 5 2 1

No. Polis/Tentera: Tarikh Lahir (hh/bb/tttt): 2 2 / 0 2 / 1 9 8 8

Jantina: Lelaki Perempuan Warganegara: Malaysia Lain-lain

Bangsa: Melayu Cina India Lain-lain

Taraf Perkahwinan: Bujang Berkahwin Bercerai Tinggi (sm): 1 8 7 Berat (kg): 8 7

Alamat Surat Menyurat:

A	-	1	0	-	1	A	M	A	Z	I	N	G	H	E	I	G	S				
A	P	A	R	T	M	E	N	T	,	J	A	L	A	N	U	I	A	N	G		
K	A	R	A	,																	
T	E	L	U	K	P	U	L	A	I							Poskod:	4	1	2	5	0

Bandar:

K	L	A	N	G															
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Negeri:

S	E	L	A	N	G	O	R													
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Sila isi Alamat Kediaman jika berlainan dengan Alamat Surat Menyurat)

Alamat Kediaman:

																	Poskod:				

Bandar:

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

Negeri:

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

No. Telefon: - (rumah) 0 3 - 1 2 3 4 5 6 7 9 (pejabat)
0 1 2 = 3 4 5 6 7 8 9 (bimbit) Emel: ahmad.ali@gmail.com

Jawatan / Pekerjaan: PEGAWAI MAKLUMAT

Nama Jabatan: MAJLIS PERBANDARAN KLANG

Adakah Anda Merokok? Ya Tidak Jika 'Ya', sila nyatakan berapa batang sehari:

B. Butir-butir Peribadi Suami/Isteri Pemohon (Sila gunakan huruf besar/Tanda (√) dalam kotak yang berkenaan)

Gelaran: Encik Puan Lain-lain (Sila Nyatakan): _____

Nama Suami/ Isteri: **MAKLUMAT PASANGAN YANG MENYERTAI**

No. Kad Pengenalan (Baru): 7 9 0 6 0 5 - 0 4 - 3 2 1 0

No. Polis/Tentera: Tarikh Lahir (hh/bb/tttt): 0 5 / 0 6 / 1 9 7 9

Jantina: Lelaki Perempuan Warganegara: Malaysia Lan-lain _____

Bangsa: Melayu Cina India Lain-lain _____

Taraf Perkahwinan: Bujang Berkahwin Bercerai Tinggi (sm): 1 5 8 Berat (kg): 5 0

No. Telefon: - (rumah) - (pejabat)
 - (bimbit) Emel: _____

Jawatan / Pekerjaan: SURIRUMAH

Nama Jabatan: _____

Adakah Anda Merokok? Ya Tidak Jika 'Ya', sila nyatakan berapa batang sehari:

C. Butir-butir Peribadi Anak-Anak Pemohon (Sila gunakan huruf besar)

Nama Anak-Anak Pemohon	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	F	REMPUAN	20

MAKLUMAT ANAK YANG NYERTA I

D. Butiran E-Pembayaran (Untuk Kegunaan Sebarang Bayaran Balik Kepada Pemohon-Wajib Diisi)

Nama Pemegang Akaun	Nama Bank	No. Akaun Bank									
AHMAD BIN ALI	CIMB BANK	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

MAKLUMAT BANK WAJIB DIISI

Nota Penting:

- Pembayar di dalam borang permohonan ini merujuk kepada Pemohon/Pemilik Sijil Takaful dan juga merupakan Penerima yang berhak keatas wang daripada bayaran balik Sumbangan Takaful untuk Permohonan/Sijil Takaful ini.
- FWD Takaful akan menggunakan akaun bank ini bagi tujuan bayaran balik sumbangan atau sebarang pembayaran lain yang perlu dibayar, melainkan FWD Takaful menerima arahan bertulis daripada Penerima untuk membatalkan arahan ini dan Penerima memaklumkan butiran akaun bank yang baru yang akan diluluskan oleh FWD Takaful. Perkhidmatan ini hanya dibenarkan ke atas akaun bank yang sah bersama institusi kewangan berlesen di Malaysia yang menyertai platform pembayaran Interbank-Giro (IBG).

E. Kekerapan Bayaran Dan Pilihan Pelan

Kekerapan Bayaran: Bulanan Sahaja
WAJIB TANDA KAN SKIM PILIHAN

Pelan Individu Pelan K...

Jumlah Sumbangan Takaful Bulanan RM:

Nota Penting:
BAYARAN SUMBANGAN ADALAH MENGIKUT JADUAL SUMBANGAN

- Slip Gaji
- Salinan Kad Pengenalan Baru

F. Maklumat Kesihatan

Sila Tanda (✓) Di Dalam Kotak 'Ya' Atau 'Tidak'		Ya	Tidak
1	Adakah anda atau sesiapa yang akan dilindungi:		
	a) Mengalami atau mempunyai kecacatan fizikal, lemah atau keadaan kongenital?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Kini dalam pengawasan dan/atau menjalani rawatan atau mengambil ubat-ubatan?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Menjalani pembedahan atau menderita akibat serangan penyakit, gangguan atau kecederaan?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	d) Pernah dinasihatkan oleh doktor/pakar perundingan untuk pembedahan atau perubatan, ujian diagnostik atau penyiasatan termasuk ujian atau rawatan yang masih belum dijalankan?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	b) Tekanan darah tinggi atau rendah, penyakit jantung, sakit dada atau ketidakselesaan atau sesak, serangan jantung, pendek nafas, atau sebarang masalah jantung yang lain?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Sawan, epilepsi, pening, pengsan, pitam, penyakit mental atau gangguan saraf?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	d) Kencing manis, gula, protein atau darah dalam air kencing atau masalah haid, hemoroid atau hernia?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	e) Masalah atau penyakit mata, telinga, hidung atau tekak?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	f) Penyakit sendi, cakera tergelincir, penyakit arthritis, masalah otot dan sendi, masalah tulang belakang atau sakit belakang atau penyakit kulit?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	g) Gastritis, ulser atau sebarang penyakit perut, usus atau masalah rektal yang lain?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	h) Batu karang atau sebarang masalah lain buah pinggang atau sistem pundi kencing, masalah atau penyakit hati, atau apa-apa jenis hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	i) Tumor, kanser, nodul, polip, pertumbuhan dan ketulan dalam apa jua bentuk?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	j) Anemia atau gangguan pada darah, masalah kelenjar tiroid?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	k) Penyakit kelamin seperti sifilis, gonorrhoea atau urethritis tidak khusus?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	l) HIV positif, AIDS atau penyakit yang berkaitan dengan AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	m) Sebarang keuzuran, penyakit atau kecederaan yang tidak dinyatakan di atas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Pernahkah sebarang permohonan anda atau sesiapa yang akan dilindungi untuk takaful perubatan, penghospitalan atau hayat ditolak, dihadkan atau diubahsuai dari terma asal?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Adakah anda atau sesiapa yang akan dilindungi memiliki Takaful Perubatan dengan kami atau syarikat/pengendali takaful lain?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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	Keterangan
2 (B)	AHMAD BIN ALI	DARAH TINGGI 14/9/2018	

Nota Penting:
Soalan-soalan maklumat kesihatan pada borang permohonan dan lain-lain butiran yang diminta secara khusus berkait dengan fakta-fakta yang dianggap penting oleh pihak FWD Takaful 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.

G. Akad Dan Pemberian Kuasa

Saya/Kami mengaku dan bersetuju bagi pihak saya/kami dan mana-mana individu atau individu-individu yang mungkin mempunyai atau menuntut sebarang kepentingan di dalam borang permohonan ini, bahawa:

1. Saya/Kami telah diberikan Lampiran Penerangan Produk dan Ilustrasi Manfaat oleh wakil FWD Takaful yang dibenarkan, dan saya/kami memahami dengan penuh isi kandungannya seperti yang dijelaskan kepada saya/kami oleh wakil FWD Takaful yang dibenarkan dan perhatian yang teliti saya/kami telah diberikan kepada maklumat penting mengenai ciri-ciri utama produk dan pembatasannya yang telah diterangkan kepada saya/kami dengan memuaskan.
2. Saya/Kami mengakui bahawa:
 - a. Saya/Kami memahami bahawa ia adalah tanggungjawab pendedahan pra-kontrak saya/kami bahawa saya/kami perlu mengambil langkah-langkah yang munasabah untuk tidak memberikan kesalahnyataan iaitu, memberikan jawapan dan/atau maklumat yang salah ketika menjawab soalan yang diajukan oleh FWD Takaful dan bahawa saya/kami bertanggungjawab untuk menjawab soalan itu dengan penuh dan tepat dan/atau dengan betul;
 - b. Saya/Kami telah menjawab dengan penuh dan tepat semua soalan di dalam borang permohonan ini dan soalan lain yang ditanya oleh FWD Takaful, sekiranya ada, setelah membaca dan memahami soalan tersebut dengan penuh;
 - c. Saya/Kami memahami bahawa saya/kami perlu memaklumkan kepada FWD Takaful mengenai sebarang perubahan terhadap jawapan yang diberikan dalam borang permohonan ini jika perubahan tersebut berlaku selepas saya/kami menyerahkan borang permohonan ini tetapi sebelum kontrak Takaful dimulakan;
 - d. Saya/Kami memahami dengan penuh bahawa jawapan dan/atau pernyataan saya/kami yang diberikan berkaitan dengan soalan yang ditanya oleh FWD Takaful dan mana-mana dokumen yang relevan yang dilengkapkan oleh saya/kami berhubung dengan borang permohonan ini dan sebarang laporan perubahan atau pindaan adalah relevan kepada FWD Takaful dalam membuat keputusan sama ada untuk menerima borang permohonan saya/kami atau tidak, serta kadar dan terma yang dikenakan; dan
 - e. Saya/Kami memahami sekiranya maklumat yang diberikan oleh saya/kami tidak tepat atau salah, Sijil Takaful ini boleh dibatalkan, atau terma-terma Sijil Takaful ini boleh diubah, atau tuntutan saya/kami ditolak atau dikurangkan.
3. 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 FWD 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.
4. Saya/Kami akan memaklumkan kepada FWD Takaful sebarang pembetulan atau perubahan terhadap maklumat peribadi saya/kami dengan secepat yang mungkin.
5. Saya/Kami bersetuju bahawa FWD Takaful termasuk pekerjaannya tidak akan bertanggungjawab terhadap apa-apa kehilangan atau kerosakan, sama ada secara langsung atau tidak langsung, akibat daripada ketidaktepatan dan ketidaklengkapan maklumat peribadi yang diberikan oleh saya/kami kepada FWD Takaful, termasuk dan tidak terhad kepada butiran peribadi transaksi dengan atau melalui FWD Takaful sama ada di dalam atau di luar Malaysia melibatkan mana-mana pihak.
6. Saya/Kami mengesahkan bahawa borang permohonan ini bebas daripada mana-mana pernyataan yang dibuat oleh wakil anda yang dinamakan di bawah di mana, saya/kami tidak memberikan maklumat selain daripada yang dinyatakan di dalam borang permohonan ini dan sebaik pengetahuan dan kepercayaan saya/kami, wakil anda tidak memberi maklumat lain, berhubung dengan keadaan yang relevan terhadap penerimaan risiko. Saya/Kami turut memperakui bahawa semua syarat dan terma telah dijelaskan dengan penuh kepada saya/kami dan jawapan yang saya/kami adalah maklumat sebenar yang didedahkan.
7. Saya/Kami memahami bahawa setelah menerima Sijil Takaful daripada FWD Takaful, saya/kami mempunyai 15 hari tempoh rujukan percuma untuk memeriksa kesesuaian plan yang disertai. Sekiranya saya/kami ingin membatalkan Sijil Takaful ini dalam tempoh tersebut, saya/kami boleh melakukannya dengan memberi FWD Takaful notis bertulis mengenai hasrat saya/kami untuk pembatalan.
8. Saya/Kami memahami bahawa perlindungan hanya akan berkuatkuasa setelah Sumbangan Takaful yang berkenaan diterima dan kelulusan oleh FWD Takaful terhadap permohonan ini dan Sijil Takaful yang berkenaan dikeluarkan dan dihantarkan kepada saya/kami menurut permohonan ini ketika saya/kami masih hidup dan dalam keadaan sihat.
9. Saya/Kami mengambil maklum bahawa keseluruhan atau sebahagian daripada Sumbangan Takaful, caj dan bayaran untuk borang permohonan ini mungkin tertakluk kepada Cukai Jualan dan Perkhidmatan (CJP*) mengikut Akta Cukai Jualan dan Perkhidmatan 2018 dengan kadar yang terpakai yang perlu dibayar oleh Pemilik Sijil Takaful.
10. Saya/Kami memberikan kuasa kepada CUEPACS untuk memotong gaji sebagai sumbangan Takaful yang dibayar kepada FWD Takaful mengikut jenis plan yang dipilih di dalam borang permohonan ini.
11. Saya/Kami mengesahkan bahawa saya/kami telah dimaklumkan mengenai akibat kegagalan membayar Sumbangan Takaful dalam tempoh penangguhan dan peruntukan penguatkuasaan.
12. Saya/Kami bersetuju untuk mengambil bahagian dalam plan Takaful ini berdasarkan prinsip Takaful dan membayar Sumbangan Takaful yang diperlukan yang akan dikreditkan ke dalam Dana Risiko Peserta (DRP) sebagai Tabarru' (sumbangan). Ia akan digunakan untuk perlindungan takaful dan bantuan kewangan bersama untuk peserta lain ketika ditimpa musibah.
13. Saya/Kami bersetuju melantik FWD Takaful berdasarkan prinsip Wakalah (wakil) untuk menguruskan Sumbangan Takaful saya/kami di dalam DRP mengikut prinsip-prinsip Syariah dan membenarkan FWD Takaful membuat pemotongan mengikut peratusan (%) tertentu kepada Sumbangan Takaful sebagai fi Wakalah (wakil) kepada FWD Takaful untuk perkhidmatan yang diberikan dan apa-apa caj yang tertera di dalam Sistem Ilustrasi Takaful Keluarga.
14. Saya/Kami bersetuju bagi penamatan sijil, mana-mana sumbangan yang belum digunakan dan telah diperuntukkan ke dalam DRP akan dipulangkan kepada pemilik sijil. Jika FWD Takaful tidak mempunyai maklumat akaun bank saya/kami, dan jika amaun pulangan melebihi RM10, FWD Takaful akan memindahkannya kepada Pendaftar Wang Tak Dituntut. Bagaimanapun, jika amaun tersebut kurang atau bersamaan RM10, ia akan didermakan kepada badan kebajikan yang berdaftar.
15. Sekiranya DRP di dalam keadaan defisit, FWD Takaful akan menangani defisit ini melalui Qard atau pinjaman tanpa faedah. Pembayaran Qard akan dibuat daripada dana pemegang saham.
16. Saya/Kami bersetuju bahawa pada penghujung setiap tahun kewangan, Pengendali Takaful akan menerima 50% lebihan bersih boleh agih daripada Dana Risiko Keluarga, jika ada sebagai yuran prestasi berdasarkan kontrak Ju'alah. Baki 50 peratus akan diagihkan kepada orang yang dilindungi yang layak yang tidak membuat sebarang tuntutan dan/atau menerima sebarang manfaat di bawah kelas risiko yang sama seperti yang dinyatakan di dalam Jadual Sijil Takaful yang masih berkuatkuasa. Saya/Kami bersetuju bahawa bahagian lebihan saya/kami akan digunakan untuk membayar sumbangan yang akan datang.

H. Perlindungan Maklumat Peribadi

1. Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa mana-mana maklumat peribadi yang dikumpulkan atau disimpan oleh FWD Takaful (samada terkandung dalam borang permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh digunakan, diproses, didedahkan dan dikongsi oleh FWD Takaful kepada individu/organisasi berhubung atau berkaitan dengan FWD Takaful atau mana-mana pihak ketiga yang terpilih (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk retakaful dan syarikat penyiasatan tuntutan dan persatuan industri/gabungan) bagi tujuan pemrosesan borang permohonan ini dan pemberian perkhidmatan susulan untuk produk ini dan produk dan perkhidmatan lain dan untuk berhubung dengan saya/kami bagi tujuan tersebut.
2. Saya/Kami memahami bahawa saya/kami mempunyai hak untuk mendapatkan akses kepada maklumat peribadi yang disimpan oleh FWD Takaful dan memohon pembedahan mana-mana maklumat peribadi yang salah atau untuk menghadkan pemrosesan maklumat peribadi saya/kami. Saya/Kami mengizinkan dan dengan ini memberi kebenaran kepada FWD Takaful untuk mengenakan fi untuk memproseskan dan mematuhi permintaan akses data atau permintaan pembedahan.
3. Jika anda ingin menerima maklumat mengenai mana-mana promosi eksklusif atau tawaran oleh FWD Takaful atau, pihak ketiga sila berikan kebenaran anda dengan menandakan kotak di bawah:
 Saya/Kami bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang dikumpul atau dipegang oleh FWD Takaful (samada yang terkandung di dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh digunakan atau didedahkan oleh FWD Takaful kepada pihak ketiga bagi tujuan pemasaran terus dan untuk berhubung dengan saya/kami bagi tujuan berkenaan.
4. Dengan menyerahkan permohonan ini, saya/kami mengesahkan bahawa saya/kami sudah membaca dan bersetuju dengan Notis Perlindungan Maklumat Peribadi Akta 2010 seperti yang tertera di pautan: <https://www.fwd.com.my/en/personal-data-protection-notice/>

Tandatangan Pemohon:

Ahmad

**DITANDATANGAN DAN
NAMA DIISI OLEH SAKSI**

Tandatangan Saksi:

Laila

**DITANDATANGAN DAN
NAMA DIISI OLEH SAKSI**

Nama Pemohon: AHMAD BIN ALI

Nama Saksi: LAILA BINTI ALI

No. Kad Pengenalan (Baru):

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

No. Kad Pengenalan (Baru):

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

Tarikh:

1 5 / 0 4 / 2 0 2 0

Tarikh:

1 5 / 0 4 / 2 0 2 0

I. Pengakuan Pengantara (Untuk Dilengkapkan Oleh Ejen/Pengantara takaful)

Saya/Kami dengan ini mengaku dan mengesahkan bahawa:

- a. Semua maklumat yang terkandung dalam borang permohonan ini adalah hanya maklumat yang diberikan kepada saya/kami oleh pemohon dan/atau orang yang akan dilindungi dan saya/kami tidak merahsiakan apa-apa maklumat yang mungkin mempengaruhi penerimaan permohonan ini oleh FWD Takaful;
- b. Saya/Kami tidak membuat sebarang pernyataan, kesalahnyataan atau perjanjian kepada pemohon dan/atau orang yang akan dilindungi yang bercanggah dengan dan/atau memberi pernyataan yang salah terhadap terma Sijil Takaful ini, dan/atau terhadap mana-mana undang-undang dan peraturan yang relevan dan terpakai yang mentadbir aktiviti pengantaraan Takaful. Saya/Kami tidak bertindak atau berkelakuan dengan cara yang membawa kepada pernyataan yang salah terhadap terma Sijil Takaful;
- c. Saya/Kami telah mendedahkan maklumat penting mengenai pelan Takaful termasuk apa yang diwajibkan di bawah undang-undang dan peraturan Malaysia, yang telah memuaskan pemohon; dan
- d. Menurut Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan dan Hasil daripada Aktiviti Haram 2001, saya/kami mengesahkan di mana orang tersebut adalah seorang individu, saya/kami telah melihat kad pengenalan yang asal/pasport yang sah dan mensahihkan identiti orang yang dilindungi yang dicadangkan/pemohon; atau selain daripada seorang individu, saya/kami telah melihat dokumen perlembagaan dan pengenalan yang asal; dan mensahihkan pemilik benefisiari dan butiran orang yang dilindungi yang dicadangkan/pemohon.

Tandatangan Ejen:

Rahman

**DIISI OLEH EJEN
(JIKA BORANG
DIPEROLEHI DARI EJEN)**

Nama Ejen: RAHMAN BIN RAHMAT

No. Kad Pengenalan (Baru):

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

Tarikh:

1 5 / 0 4 / 2 0 2 0



ANGKATAN KOPERASI KEBANGSAAN MALAYSIA BERHAD

SURAT KEBENARAN POTONGAN GAJI MELALUI ANGKASA

Borang BPA1/79 - Pindaan 2013
Rujukan Jab. Akauntan Negara Malaysia:
ANM (T) SULIT, 17/68 Pt. 1/(25)

BAHAGIAN 1 - UNTUK KEGUNAAN ORGANISASI

GUNAKAN HURUF BESAR DAN TULIS DENGAN JELAS PADA BORANG YANG DIPERAKUI

NAMA PENUH :

Awam Polis Tentera

NO. KP LAMA / POLIS / TENTERA :

NO. KAD PENGENALAN BARU :

PEJ. PERAKAUNAN / KOD JABATAN / PUSAT BAYARAN

NO. GAJI / NO. PEKERJA :

NAMA / ALAMAT MAJIKAN :
(pusat tanggungjawab gaji)

NO. TELEFON :

NAMA BANK / NO. AKAUN :

PEKERJAAN / PANGKAT :

KOD ORGANISASI :

B L 7 5 9

NO. ANGGOTA :

JUMLAH PEMBIAYAAN DILULUSKAN

RM

KADAR KEUNTUNGAN :

%

LAIN-LAIN CAJ PERKHIDMATAN :
(Berkaitan pembiayaan organisasi)

RM

KOD POTONGAN

POTONGAN BERMULA

POTONGAN TERAKHIR

AMAUN POKOK (RM)

LAIN-LAIN AMAUN

Bulan

Tahun

Bulan

Tahun

JUMLAH BESAR (Amaun Pokok + Lain-lain)

Adalah dengan ini disahkan bahawa butiran yang ternyata dalam dokumen ini diakui betul dan organisasi ini bertanggungjawab ke atas maklumat tersebut.

Nama :

Tandatangan :

Tarikh :



COP KOPERASI / ORGANISASI

BAHAGIAN 2 - PENGAKUAN DAN MAKLUMAT ANGGOTA ORGANISASI

MUSTAHAK : JANGAN TANDATANGAN BORANG KOSONG

Saya dengan ini bersetuju supaya gaji saya dipotong untuk dibayar kepada (nama organisasi)

IBU PEJABAT CUEPACS KUALA LUMPUR

bagi bayaran seperti ternyata di Bahagian 1 dalam surat kebenaran ini dan lain-lain bayaran atau perubahan yang diarahkan oleh organisasi dari masa ke semasa. Potongan ini akan dibuat kepada Biro Perkhidmatan ANGKASA yang bertanggungjawab mengendalikan pengutipan potongan gaji bersesuaian dengan arahan-arahan SURAT PEKELILING AKAUNTAN NEGARA MALAYSIA Bil 1 Tahun 1977, Bil 2/81, Bil 3/81, Bil 4/82, Bil 1/85 dan pekeliling, arahan serta aturan-aturan oleh Kerajaan dan ANGKASA yang dikeluarkan dari masa ke semasa. (Bagi pekerja sektor swasta tertakluk pada Seksyen 24(4) Akta Kerja 1955). Persetujuan saya ini juga adalah keizinan saya yang dikehendaki di bawah undang-undang bertulis mengenai potongan gaji dan/atau buruh yang terpakai dan keizinan ini termasuk memberi kuasa kepada majikan saya untuk mengubah dan/atau meminda potongan gaji ini selaras dengan undang-undang bertulis itu, jika berkenaan. Persetujuan ini laku sehingga kebenaran ini saya tarik balik secara bertulis dan pembatalan potongan ini akan dilaksanakan setelah disahkan oleh organisasi bahawa saya adalah bebas dari sebarang hutang atau tunggakan ansuran pinjaman dan lain-lain bayaran atau perubahan yang diarahkan. Saya maklum bahawa urusan potongan gaji ini ialah satu kemudahan membayar dan saya masih bertanggungjawab terhadap bayaran-bayaran yang tidak dijelaskan kepada organisasi tersebut. Saya juga membenarkan pihak organisasi atau majikan menyemak maklumat potongan gaji dan maklumat lain saya yang disimpan oleh ANGKASA. Sebagai balasan bagi yang tersebut di atas, saya dengan ini menyelamatkan Kerajaan Malaysia dan ANGKASA dari kerugian dan saya tidak akan membuat tuntutan terhadap mereka, tidak akan menuntut daripada mereka, atau tidak akan mendakwa mereka, di atas apa-apa kerugian yang mungkin berlaku selepas apa-apa jumlah telah dipotong dari gaji saya dan dihantar kepada Biro Perkhidmatan ANGKASA atas permintaan saya. Saya mengakui telah membaca dan memahami implikasi surat kebenaran ini dan semua pekeliling, arahan dan aturan-aturan yang mengawal selia kemudahan potongan gaji ini yang dikeluarkan oleh Kerajaan dan ANGKASA dari masa ke semasa. Ungkapan "organisasi" termasuk koperasi. Saya faham surat kebenaran ini dibaca sekali dengan Aturan-Aturan Kemudahan Biro Perkhidmatan ANGKASA - Versi 2013(1)

Nama Penuh :

No. Kad Pengenalan / No. Tentera / No. Polis :

Saya mengaku telah diberi penjelasan secukupnya oleh pegawai (nama)

Saya mengaku membuat pembiayaan sebanyak (RM) (mesti dicatat jika melibatkan pembiayaan.)

yang telah diluluskan oleh koperasi / organisasi

Tandatangan / Cap Jari Individu

Tarikh :

DIPENUHI OLEH SAKSI

Tandatangan :

Nama Saksi :

No. Kad Pengenalan :

Tarikh :

BAHAGIAN 3 - PENGESAHAN MAJIKAN

MUSTAHAK : PASTIKAN TUNTUTAN BULANAN DINYATAKAN PADA BAHAGIAN 1

Adalah dengan ini disahkan bahawa butiran yang ternyata dalam dokumen ini diakui betul dan penama berkenaan berkhidmat di jabatan / sekolah / syarikat ini. Jumlah potongan baru yang dibenarkan ialah RM

Nama Penuh :

Jawatan Pegawai :

Tarikh :

TANDATANGAN / COP MAJIKAN

(Tertakluk pada kelulusan Ketua Jabatan / Pengurus / Pegawai bahagian gaji yang bertanggungjawab)

ANGKATAN KOPERASI KEBANGSAAN MALAYSIA BERHAD

**BORANG BIRO ANGKASA DIGITAL
INI PERLU DICETAK SECARA
DEPAN DAN BELAKANG DI ATAS
SATU KERTAS A4.**

1 BORANG BPA 1/79

Borang BPA1/79 - Pindaan 2013
Rujukan Jab. Akauntan Negara Malaysia:
ANM (T) SULIT,17/68 Pt. 1/(25)

GUNAKAN HURUF BESAR DAN TULIS DENGAN JELAS PADA BORANG YANG DIPERAKUI

NAMA PENUH : A H M A D B I N A L I

Awam Polis Tentera

NO. KP LAMA / POLIS / TENTERA :

NO. KAD PENGENALAN BARU :

6 5 0 1 0 1 - 1 0 - 1 0

PEJ. PERAKAUNAN / KOD JABATAN / PUSAT BAYARAN

NO. GAJI / NO. PEKERJA :

NAMA / ALAMAT MAJIKAN :
(pusat tanggungjawab gaji)

MAJLIS PERBANDARAN KLANG

NO. TELEFON :

012-3456789

NAMA BANK / NO. AKAUN :

CIMB 1234567890

PEKERJAAN / PANGKAT :

PEGAWAI TEKNOLOGI MAKLUMAT

KOD ORGANISASI :

B L 7 5 9

NO. ANGGOTA :

JUMLAH PEMBIAYAAN DILULUSKAN

RM

KADAR KEUNTUNGAN :

%

LAIN-LAIN CAJ PERKHIDMATAN :
(Berkaitan pembiayaan organisasi)

RM

KOD POTONGAN

POTONGAN BERMULA

Bulan

Tahun

POTONGAN TERAKHIR

Bulan

Tahun

AMAUN POKOK (RM)

LAIN-LAIN AMAUN

JUMLAH BESAR (Amaun Pokok + Lain-lain)

Adalah dengan ini disahkan bahawa butiran yang ternyata dalam dokumen ini diakui betul dan organisasi ini bertanggungjawab ke atas maklumat tersebut.

Nama :

Tandatangan :

Tarikh :



COP KOPERASI / ORGANISASI

BAHAGIAN 2 - PENGAKUAN DAN MAKLUMAT ANGGOTA ORGANISASI

MUSTAHAK : JANGAN TANDATANGAN BORANG KOSONG

Saya dengan ini bersetuju supaya gaji saya dipotong untuk dibayar kepada (nama organisasi) **IBU PEJABAT CUEPACS KUALA LUMPUR** bagi bayaran seperti ternyata di Bahagian 1 dalam surat kebenaran ini dan lain-lain bayaran atau perubahan yang diarahkan oleh organisasi dari masa ke semasa. Potongan ini akan dibuat kepada Biro Perkhidmatan ANGKASA yang bertanggungjawab mengendalikan pengutipan potongan gaji bersesuaian dengan arahan-arahan SURAT PEKELILING AKAUNTAN NEGARA MALAYSIA Bil 1 Tahun 1977, Bil 2/81, Bil 3/81, Bil 4/82, Bil 1/85 dan pekeliling, arahan serta aturan-aturan oleh Kerajaan dan ANGKASA yang dikeluarkan dari masa ke semasa. (Bagi pekerja sektor swasta tertakluk pada Seksyen 24(4) Akta Kerja 1955). Persetujuan saya ini juga adalah keizinan saya yang dikehendaki di bawah undang-undang bertulis mengenai potongan gaji dan/atau buruh yang terpakai dan keizinan ini termasuk memberi kuasa kepada majikan saya untuk mengubah dan/atau meminda potongan gaji ini selaras dengan undang-undang bertulis itu, jika berkenaan. Persetujuan ini laku sehingga kebenaran ini saya tarik balik secara bertulis dan pembatalan potongan ini akan dilaksanakan setelah disahkan oleh organisasi bahawa saya adalah bebas dari sebarang hutang atau tunggakan ansuran pinjaman dan lain-lain bayaran atau perubahan yang diarahkan. Saya maklum bahawa urusan potongan gaji ini ialah satu kemudahan membayar dan saya masih bertanggungjawab terhadap bayaran-bayaran yang tidak dijelaskan kepada organisasi tersebut. Saya juga membenarkan pihak organisasi atau majikan menyemak maklumat potongan gaji dan maklumat lain saya yang disimpan oleh ANGKASA. Sebagai balasan bagi yang tersebut di atas, saya dengan ini menyelamatkan Kerajaan Malaysia dan ANGKASA dari kerugian dan saya tidak akan membuat tuntutan terhadap mereka, tidak akan menuntut daripada mereka, atau tidak akan mendakwa mereka, di atas apa-apa kerugian yang mungkin berlaku selepas apa-apa jumlah telah dipotong dari gaji saya dan dihantar kepada Biro Perkhidmatan ANGKASA atas permintaan saya. Saya mengakui telah membaca dan memahami implikasi surat kebenaran ini dan semua pekeliling, arahan dan aturan-aturan yang mengawal selia kemudahan potongan gaji ini yang dikeluarkan oleh Kerajaan dan ANGKASA dari masa ke semasa. Ungkapan "organisasi" termasuk koperasi. Saya faham surat kebenaran ini dibaca sekali dengan Aturan-Aturan Kemudahan Biro Perkhidmatan ANGKASA - Versi 2013(1)

Nama Penuh :

AHMAD BIN ALI

No. Kad Pengenalan / No. Tentera / No. Polis :

650101-10-1065



WAJIB DIISI

- 1 NAMA PEMOHON
- 2 NO IC PEMOHON

Saya mengaku telah diberi penjelasan secukupnya oleh pegawai (nama)

Saya mengaku membuat pembiayaan sebanyak (RM) yang telah diluluskan oleh koperasi / organisasi (mesti dicatat jika melibatkan pembiayaan.)

Tandatangan / Cap Jari Individu

TANDATANGAN PEMOHON

Ahmad

Tarikh : 15 MEI 2015

DIPENUHI OLEH SAKSI

Tandatangan :

Rahman

Nama Saksi :

RAHMAN BIN RAHMAT

No. Kad Pengenalan :

700717-07-1777

Tarikh :

15 MEI 2015



RAKAN SEKERJA BOLEH MENJADI SAKSI

BAHAGIAN 3 - PENGESAHAN MAJIKAN

MUSTAHAK : PASTIKAN TUNTUTAN BULANAN DINYATAKAN PADA BAHAGIAN 1

Adalah dengan ini disahkan bahawa butiran yang ternyata dalam dokumen ini diakui betul dan penama berkenaan berkhidmat di jabatan / sekolah / syarikat ini. Jumlah potongan baru yang dibenarkan ialah RM

Nama Penuh :

RUSNI BIN RAHMAN

Jawatan Pegawai :

PEGAWAI
MAJLIS PERBANDARAN KLANG

Tarikh :

15 MEI 2015

COP JAWATAN &
JABATAN MAJIKAN

TANDATANGAN MAJIKAN

Rusni



TANDATANGAN / COP MAJIKAN



WAJIB DICOP BULAT OLEH MAJIKAN

Cara Pengisian Borang Permohonan CuepacsCare

Sila poskan borang yang lengkap ke alamat:
MEDICARE ASSISTANCE SDN BHD
A-1- 8, Pusat Perdagangan Intania,
Jalan Intan 1/KS 1, Persiaran Raja Muda Musa,
41200 Klang, Selangor Darul Ehsan

Sila sertakan dokumen yang lengkap:

- 1) Borang Permohonan CuepacsCare yang lengkap
- 2) Salinan kad pengenalan pemohon / salinan sijil kelahiran (Untuk Pelan Keluarga)
- 3) Salinan sijil anak angkat dari JPN (Jika ada)
- 4) Salinan slip gaji terkini
- 5) Borang Biro Angkasa BPA 1/79 (Asal)
- 6) Sertakan Borang T.228 (Allotment) untuk Penjawat Awam Sarawak sahaja.