GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (93745-A)

CADANGAN INI ADALAH KHAS UNTUK PROMOSI SAHAJA

SKIM BARAKAH LIVIN'PAY (GS2415)

SUPREMACY 1908

PEMEGANG POLISI DAN AMANAH: KESATUAN PERKHIDMATAN PERGURUAN KEBANGSAAN, SEMENANJUNG MALAYSIA

BORANG CADANGAN UNTUK SUAMI/ISTERI AHLI/KAKITANGAN KPPK SAHAJA (UMUR TIDAK MELEBIHI 55 TAHUN)

Sertai skim ini semasa tempoh promosi dan borang cadangan anda pasti diterima oleh syarikat insurans

BUTIRAN PERIBADI **SUAMI/ISTERI** (Sila gunakan huruf besar)

1. (a) No. KP (lama): ☐☐☐☐☐☐☐☐ No. KP (Baru): ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐
   (b) Nama ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
   (c) Jantina ☐ Lelaki ☐ Perempuan (d) Tarikh lahir: D D - M M - Y Y Y Y (☐☐ - ☐☐ - 1 9 ☐☐)
   (e) Pekerjaan ____________
   (f) Tinggi ________ cm (atau) ________ inchi (g) Berat ________ kg (atau) ________ paun
   (h) Tel. No. (rumah) ☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐ (i) Tel. No. (syarikat) ☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐
   (j) Nama & alamat syarikat ____________

   ____________ Poskod ________
   (l) Nama & alamat doktor yang biasa jumpa (jika ada) ____________

   ____

Dengan ini, saya sebagai pemohon mengakui bahawa:
1. saya tidak pernah dinasihati oleh doktor untuk memulakan pengambilan sesuatu ubat khas melebihi tempoh 7 hari dalam tempoh masa 36 bulan ini atau menjalani pemeriksaan diagnostik / ujian makmal dan/atau prosedur-prosedur pembedahan atau dinasihati oleh doktor untuk diwadkan di hospital selama 2 hari atau lebih kerana sesuatu penyakit atau kemalangan dan
2. Saya tidak pernah dirawat atau diberitahu bahawa saya menghidap sebarang penyakit jantung, kencing manis, penyakit paru-paru, penyakit hati, kanser, penyakit buah pinggang, penyakit uro-genital, penyakit gastro-intestinal, penyakit sendi dan tulang khususnya penyakit/masalah tulang belakang atau mana-mana penyakit serius lain; dan
3. Saya tidak pernah diuji atau diberi kaunseling atau dirawat untuk HIV (Human Immune Deficiency) atau AIDS; dan
4. Sepanjang pengetahuan saya, saya berada dalam keadaan sihat dan berkeupayaan bekerja sepenuh masa.
5. Permohonan untuk insurans nyawa tidak pernah ditolak, ditunda, dikenakan permium lebih tinggi atau diubahsuai oleh mana-mana syarikat insurans.
6. Saya tidak pernah didiagnos atau dirawat untuk penyalahgunaan bahan-bahan beracun, najis dadah atau alkohol.

Sekiranya mana-mana penyataan di atas tidak benar, sila berikan keterangan lanjut dibawah. Sekiranya segala penyataan di atas adalah benar, sila letakkan "TIADA" di ruangan kosong dibawah.

Keterangan: ____________

Notis penting: Sila nyatakan sekiranya anda menghidapi sebarabg penyakit. Sekiranya anda gagal membuat demikian, segala tuntutan kematian/hilang upaya total & kekal disebabkan penyakit yang sedia ada tidak akan dibayar.

> Mengikut Seksyen 149(4) Akta Insurans 1996, anda dikehendaki menyatakan dengan sepenuhnya dan sebenar-benarnya semua kenyataan yang anda tahu atau sepatutnya tahu di dalam borang ini, jika tidak, polisi yang dikeluarkan itu akan dianggap tidak sah.

Semua pengakuan di atas adalah benar dan lengkap sepanjang pengetahuan saya. Syarikat Insurans ini percaya akan pengakuan saya dan akan bertindak atas kenyataan di atas. Selain itu, saya mengizinkan Doktor atau mana-mana hospital, atau mana-mana organisasi yang mempunyai rekod atau pengetahuan berkenaan diri saya atau kesihatan saya, untuk memberi laporan kepada Great Eastern Life. Salinan fotokopi surat izin ini adalah sah seperti surat asal.
Saya telah membaca dan memahami peraturan yang berkaitan dengan Skim Insurans yang disebut di atas. Dengan ini, saya memohon untuk menyertai Skim tersebut dan bersetuju mematuhi segala peraturan Skim ini. Insurans ini akan berkuat kuasa apabila premium pertama telah dipotong daripada gaji saya melalui Biro Perkhidmatan Angkasa semasa saya masih hidup dan saya dalam keadaan sihat.

SILA AMBIL PERHATIAN: SKIM INSURANS INI TIDAK MELINDUNGI SEGALA PENGECUALIAN YANG TERDAPAT DALAM SKIM INI.
- Kematian yang disebabkan oleh penyakit barah (kanser), kerosakkan buah pinggang, AIDS atau HIV positif hanya boleh tuntut 50% manfaat kematian atau manfaat faedah hilang upaya total dan kekal jika kematian atau hilang upaya total dan kekal berlaku dalam tempoh masa 2 tahun pertama. Tuntutan kematian sepenuhnya dibayar selepas 2 tahun tempoh perlindungan.
- Tiada pampasan akan dibayar untuk Penyakit Kritikal yang sedia ada sebelum perlindungan berkuatkuasa.
- Segala faedah/manfaat ada disenaraikan dalam risalah Skim Insurans Berkumpulan ini.
- Skim ini memerlukan penyertaan minimum sebanyak 500 orang ahli. Syarikat Insurans Great Eastern Life berhak untuk membatalkan Skim Insurans Berkumpulan ini sekiranya penyertaan daripada ahli kurang daripada penyertaan minimum dalam sesuatu tempoh masa yang tertentu, dan nilai tabung semasa itu akan dikembalikan kepada peserta-peserta.

Tandatangan saksi: ____________ Tandatangan Suami/Isteri: ____________

No KP: ____________ Nama Saksi ____________ ____________

PLEASE RETURN COMPLETED PROPOSAL FORM TO: / *SILA HANTAR BORANG LENGKAP KEPADA:*

Kesatuan Perkhidmatan Perguruan Kebangsaan, Semenanjung Malaysia
13-B Jalan Murai Dua, Kompleks Batu
Off Jalan Ipoh, 51100 Kuala Lumpur
Tel: 03-6253 5725 / 6251 0621

GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (93745-A)

CADANGAN INI ADALAH KHAS UNTUK PROMOSI SAHAJA

SKIM BARAKAH LIVIN'PAY (GS2415)

PEMEGANG POLISI DAN AMANAH: KESATUAN PERKHIDMATAN PERGURUAN KEBANGSAAN, SEMENANJUNG MALAYSIA

BORANG CADANGAN UNTUK AHLI/KAKITANGAN KPPK SAHAJA (UMUR TIDAK MELEBIHI 55 TAHUN)

Sertai skim ini semasa tempoh promosi dan borang cadangan anda pasti diterima oleh syarikat insurans

BUTIRAN PERIBADI **AHLI** (Sila gunakan huruf besar) Saya adalah ahli KPPK di negeri: _____

1. (a) No. KP (lama): [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] No. KP (Baru): [ ][ ][ ][ ][ ][ ] – [ ][ ] – [ ][ ][ ][ ]

(b) Nama [ ]

(c) Jantina ☐ Lelaki ☐ Perempuan (d) Tarikh lahir: D D – M M – Y Y Y Y [ ][ ] – [ ][ ] – [1][9][ ][ ]

(e) Taraf Perkahwinan ☐ Bujang ☐ Berkahwin ☐ Janda/Balu ☐ Bercerai

(f) Tinggi _____ cm (atau) _____ inchi (g) Berat _____ kg (atau) _____ paun

(h) Tel. No. (rumah) [ ][ ] – [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] (i) Tel. No. (sekolah) [ ][ ] – [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

(j) Nama sekolah / alamat sekolah _____

_____ Poskod _____

(l) Alamat surat-menyurat _____

_____ Poskod _____

(m) Nama & alamat doktor yang biasa jumpa (jika ada) _____

Dengan ini, saya sebagai pemohon mengakui bahawa:

1. saya tidak pernah dinasihati oleh doktor untuk memulakan pengambilan sesuatu ubat khas melebihi tempoh 7 hari dalam tempoh masa 36 bulan ini atau menjalani pemeriksaan diagnostik / ujian makmal dan/atau prosedur-prosedur pembedahan atau dinasihati oleh doktor untuk diwadkan di hospital selama 2 hari atau lebih kerana sesuatu penyakit atau kemalangan dan
2. Saya tidak pernah dirawat atau diberitahu bahawa saya menghidap sebarang penyakit jantung, kencing manis, penyakit paru-paru, penyakit hati, kanser, penyakit buah pinggang, penyakit uro-genital, penyakit gastro-intestinal, penyakit sendi dan tulang khususnya penyakit/masalah tulang belakang atau mana-mana penyakit serius lain; dan
3. Saya tidak pernah diuji atau diberi kaunseling atau dirawat untuk HIV (Human Immune Deficiency) atau AIDS; dan
4. Sepanjang pengetahuan saya, saya berada dalam keadaan sihat dan berkeupayaan bekerja sepenuh masa.
5. Permohonan untuk insurans nyawa tidak pernah ditolak, ditunda, dikenakan permium lebih tinggi atau diubahsuai oleh mana-mana syarikat insurans.
6. Saya tidak pernah didiagnos atau dirawat untuk penyalahgunaan bahan-bahan beracun, najis dadah atau alkohol.

Sekiranya mana-mana penyataan di atas tidak benar, sila berikan keterangan lanjut dibawah. Sekiranya segala penyataan di atas adalah benar, sila letakkan "TIADA" di ruangan kosong dibawah.

Keterangan: _____

Notis penting: Sila nyatakan sekiranya anda menghidapi sebarabg penyakit. Sekiranya anda gagal membuat demikian, segala tuntutan kematian/hilang upaya total & kekal disebabkan penyakit yang sedia ada tidak akan dibayar.

Mengikut Seksyen 149(4) Akta Insurans 1996, anda dikehendaki menyatakan dengan sepenuhnya dan sebenar-benarnya semua kenyataan yang anda tahu atau sepatutnya tahu di dalam borang ini, jika tidak, polisi yang dikeluarkan itu akan dianggap tidak sah.

Semua pengakuan di atas adalah benar dan lengkap sepanjang pengetahuan saya. Syarikat Insurans ini percaya akan pengakuan saya dan akan bertindak atas kenyataan di atas. Selain itu, saya mengizinkan Doktor atau mana-mana hospital, atau mana-mana organisasi yang mempunyai rekod atau pengetahuan berkenaan diri saya atau kesihatan saya, untuk memberi laporan kepada Great Eastern Life. Salinan fotokopi surat izin ini adalah sah seperti surat asal.

Saya telah membaca dan memahami peraturan yang berkaitan dengan Skim Insurans yang disebut di atas. Dengan ini, saya memohon untuk menyertai Skim tersebut dan bersetuju mematuhi segala peraturan Skim ini. Insurans ini akan berkuat kuasa apabila premium pertama telah dipotong daripada gaji saya melalui Biro Perkhidmatan Angkasa semasa saya masih hidup dan saya dalam keadaan sihat.

SILA AMBIL PERHATIAN: SKIM INSURANS INI TIDAK MELINDUNGI SEGALA PENGECUALIAN YANG TERDAPAT DALAM SKIM INI.

- Kematian yang disebabkan oleh penyakit barah (kanser), kerosakkan buah pinggang, AIDS atau HIV positif hanya boleh tuntut 50% manfaat kematian atau manfaat faedah hilang upaya total dan kekal jika kematian atau hilang upaya total dan kekal berlaku dalam tempoh masa 2 tahun pertama. Tuntutan kematian sepenuhnya dibayar selepas 2 tahun tempoh perlindungan.
- Tiada pampasan akan dibayar untuk Penyakit Kritikal yang sedia ada sebelum perlindungan berkuatkuasa.
- Segala faedah/manfaat ada disenaraikan dalam risalah Skim Insurans Berkumpulan ini.
- Skim ini memerlukan penyertaan minimum sebanyak 500 orang ahli. Syarikat Insurans Great Eastern Life berhak untuk membatalkan Skim Insurans Berkumpulan ini sekiranya penyertaan daripada ahli kurang daripada penyertaan minimum dalam sesuatu tempoh masa yang tertentu, dan nilai tabung semasa itu akan dikembalikan kepada peserta-peserta.

Tandatangan saksi: _____ Tandatangan Ahli: _____

No KP: _____ Nama Saksi _____

PEMBERIAN KUASA UNTUK PEMOTONGAN GAJI BAGI CARUMAN PREMIUM

Kepada BIRO PERKHIDMATAN ANGKASA,

Saya, _____ No. Kad Pengenalan _____ dengan ini, membenarkan gaji bulanan saya dipotong setiap bulan sebanyak ☐ RM44 untuk saya / ☐ RM88 untuk saya dan pasangan saya sebagai caruman bulanan Skim Barakah diatas dan seterusnya sehingga diberitahu kelak dan caruman ini akan dikirim kepada Kesatuan Perkhidmatan Perguruan Kebangsaan, Semenanjung Malaysia.

_____

Tandatangan Pemohon (Ahli)