



BORANG PERMOHONAN SUMBANGAN KEBAJIKAN (AHLI BAHARU SKIM 16 RM10)

TERMA & SYARAT

- Setiap faedah hanya boleh dituntut oleh ahli **SEKALI** sahaja.
- Semua permohonan tuntutan hendaklah dibuat dalam tempoh **6 BULAN** dari tarikh kejadian.
- Tidak terputus bayaran yuran bulanan selama **(3) tiga bulan berturut-turut**.
- Permohonan lengkap hendaklah dialamatkan kepada;

Bahagian Kebajikan
Yayasan Guru Malaysia Berhad
No. 301 & 302, Wisma Yayasan Guru Malaysia Berhad
Lorong Selangor, Pusat Bandar Melawati
53100 KUALA LUMPUR.

Tel : 03-41058679/41057866 Faks : 03-41058650 Emel : kebajikan@ygmb.com.my
Laman Sesawang : www.ygmb.com.my Facebook : www.facebook.com/yayasangurumalaysiaberhad

JENIS TUNTUTAN

Sila tandakan dalam petak berkenaan (Sila gunakan borang yang berasingan untuk setiap tuntutan) *Wajib diisi oleh pemohon

KECACATAN KEKAL/HILANG UPAYA AHLI	<input type="checkbox"/>
KECACATAN KEKAL/HILANG UPAYA PASANGAN AHLI	<input type="checkbox"/>
KECACATAN KEKAL/HILANG UPAYA ANAK AHLI	<input type="checkbox"/>
KEMALANGAN JALAN RAYA (Kemasukan ke Hospital Swasta)	<input type="checkbox"/>
ELAUN HOSPITAL (Kemasukan ke Hospital Kerajaan)	<input type="checkbox"/>

BAHAGIAN A:

MAKLUMAT PEMOHON

1. Nama (Huruf Besar)

2. No. Kad Pengenalan (Baru)

7. No. Ahli

3. Tarikh Lahir

8. No. Telefon (R)

4. Jantina

Lelaki Perempuan

9. No. Telefon (H)

5. Alamat surat-menyurat (Terkini)

6. Alamat Emel

PERMOHONAN SUMBANGAN KECACATAN KEKAL/HILANG UPAYA

- | | | | |
|---|--|--------------------|--|
| 1. Nama Pesakit (<i>ahli/pasangan/anak</i>) | | | |
| 2. No. Kad Pengenalan (<i>pesakit</i>) | | 4. Tarikh Kejadian | |
| 3. Jenis Kecacatan/Hilang Upaya | | 5. Nama Hospital | |

PERMOHONAN SUMBANGAN KEMALANGAN JALAN RAYA (Kemasukan ke Hospital Swasta Sahaja)

- | | | | |
|------------------------|--|---|--|
| 1. Maklumat Kemalangan | | | |
| 2. Tarikh Kejadian | | 4. Perbelanjaan Kos Rawatan | |
| 3. Nama Hospital | | 5. Rawatan yang di terima akibat kemalangan | |

PERMOHONAN SUMBANGAN ELAUN HOSPITAL (Kemasukan ke Hospital Kerajaan Sahaja)

- | | | | |
|---------------------------------|-------|----------------------------|---------|
| 1. Jenis Rawatan/Penyakit | | | |
| 2. Tarikh Kemasukan ke Hospital | Dari: | - | Hingga: |
| 3. Nama Hospital | | 4. Bilangan Hari Kemasukan | |

Tandatangan Pemohon

Tandatangan

(_____)

Nama Pegawai YGMB

No. Akaun Bank Pemohon :

Nama Bank :

Maybank/CIMB/Public
Bank/BIMB
Bank Muamalat/Hong Leong
Bank/BSN
(*potong mana - mana tidak
berkenaan)

SYARAT SUMBANGAN

KECACATAN KEKAL/HILANG UPAYA AHLI

- **Kemalangan** **Sehingga** **RM25,000.00**
 - **Penyakit** **Sehingga** **RM5,000.00**
1. Dibayar kepada ahli yang mengalami kecacatan kekal atau hilang upaya akibat kemalangan atau penyakit dan tertakluk kepada kelulusan Jawatankuasa Eksekutif Pengurusan/Lembaga Pemegang Amanah.
 2. Setiap permohonan hendaklah disertakan dengan dokumen-dokumen sokongan yang disahkan seperti berikut:
 - ✓ Salinan Kad Pengenalan Ahli
 - ✓ Salinan Asal Laporan Perubatan & Pengesahan Doktor
 - ✓ Salinan Kad OKU
 - ✓ Laporan Polis (Jika Kemalangan)**
 - ✓ Salinan Buku Akaun Simpanan Bank Ahli

KECACATAN KEKAL/HILANG UPAYA PASANGAN AHLI

RM1,000.00

1. Dibayar kepada ahli yang pasangannya mengalami kecacatan kekal atau hilang upaya akibat kemalangan atau penyakit.
2. Setiap permohonan hendaklah disertakan dengan dokumen-dokumen sokongan yang disahkan seperti berikut:
 - ✓ Salinan Kad Pengenalan Ahli
 - ✓ Salinan Asal Laporan Perubatan & Pengesahan Doktor
 - ✓ Salinan Kad OKU
 - ✓ Salinan Sijil Nikah
 - ✓ Laporan Polis (Jika Kemalangan)**
 - ✓ Salinan Buku Akaun Simpanan Bank Ahli

KECACATAN KEKAL/HILANG UPAYA ANAK AHLI

RM500.00

1. Dibayar kepada ahli yang anaknya mengalami kecacatan kekal atau hilang upaya akibat kemalangan atau penyakit.
2. Setiap permohonan hendaklah disertakan dengan dokumen-dokumen sokongan yang disahkan seperti berikut:
 - ✓ Salinan Kad Pengenalan Ahli
 - ✓ Salinan Kad Pengenalan Anak
 - ✓ Salinan Sijil Lahir Anak
 - ✓ Salinan Kad OKU
 - ✓ Salinan Asal Laporan Perubatan & Pengesahan Doktor
 - ✓ Laporan Polis (Jika Kemalangan)**
 - ✓ Salinan Buku Akaun Simpanan Bank Ahli

KEMALANGAN JALAN RAYA

- **Kos Perubatan Hospital Swasta** **sehingga RM10,000.00**
- **Kos Perubatan Klinik Swasta** **sehingga RM5,000.00**
- **Membeli Peralatan Sokongan** **sehingga RM500.00**

1. Dibayar kepada ahli yang mendapatkan rawatan akibat kemalangan jalan raya secara **BAYARAN GANTI** dan tertakluk kepada kelulusan Jawatankuasa Eksekutif Pengurusan/ Lembaga Pemegang Amanah.
2. Setiap permohonan kemalangan untuk kos perubatan hospital swasta, kos perubatan klinik swasta dan kos peralatan sokongan hendaklah disertakan dengan dokumen-dokumen sokongan yang disahkan seperti berikut:
 - ✓ Salinan Kad Pengenalan Ahli
 - ✓ Salinan Asal Laporan Perubatan/Doktor
 - ✓ Salinan Asal Invois/ Bil Perubatan
 - ✓ Salinan Invois/Bil Peralatan Sokongan
 - ✓ Laporan Polis
 - ✓ Salinan Discharge Note
 - ✓ Salinan Buku Akaun Simpanan Bank Ahli

ELAUN HOSPITAL (*Kemasukan ke Hospital Kerajaan Sahaja*)

RM50/hari

1. Dibayar kepada ahli yang masuk ke wad hospital kerajaan maksimum sehingga 100 hari sekali masuk
2. Setiap permohonan hendaklah disertakan dengan dokumen-dokumen sokongan yang disahkan seperti berikut:
 - ✓ Borang Tuntutan Elaun Hospital
 - ✓ Salinan Kad Pengenalan Ahli
 - ✓ Salinan Surat Pengesahan Kemasukan ke Hospital (Discharge Note)
 - ✓ Laporan Perubatan & Pengesahan Doktor (Jika Ada)
 - ✓ Salinan Buku Akaun Simpanan Bank Ahli
3. Tuntutan adalah untuk semua jenis rawatan **KECUALI** komplikasi ketika mengandung dan bersalin termasuk keguguran adalah tidak *cover*.

LAIN-LAIN

1. Dokumen-dokumen sokongan perlu disahkan oleh Pengetua, Guru Besar atau Pegawai Kanan Kerajaan.