



**BORANG PERMOHONAN MANFAAT KEBAJIKAN
(AHLI BAHARU SKIM 18 RM28)**

TERMA & SYARAT

- Manfaat ini hanya boleh dituntut oleh ahli **SEKALI** sahaja.
- Permohonan tuntutan hendaklah dibuat dalam tempoh **1 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/yayasangurumalysiaberhad

JENIS MANFAAT

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

PENYAKIT KRITIKAL	<input type="checkbox"/>
ELAUN HOSPITAL	<input type="checkbox"/>

BAHAGIAN A: MAKLUMAT PEMOHON

1. Nama (<i>Huruf Besar</i>)	<input type="text"/>		
2. No. Kad Pengenalan (<i>Baru</i>)	<input type="text"/>	7. No. Ahli	<input type="text"/>
3. Tarikh Lahir	<input type="text"/>	8. No. Telefon (<i>R</i>)	<input type="text"/>
4. Jantina	Lelaki <input type="checkbox"/>	Perempuan <input type="checkbox"/>	9. No. Telefon (<i>H</i>) <input type="text"/>
5. Alamat surat-menyurat (<i>Terkini</i>)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
6. Alamat Emel	<input type="text"/>		

BAHAGIAN B:**BUTIR-BUTIR PERMOHONAN****B1 - PERMOHONAN MANFAAT PENYAKIT KRITIKAL**

1. Nama Penyakit/Diagnosis
2. Tarikh kali pertama disahkan mendapatkan penyakit
3. Nama Hospital

B2 - PERMOHONAN MANFAAT ELAUN HOSPITAL

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

Saya mengaku bahawa butir-butir seperti yang dinyatakan di atas adalah benar dan saya bertanggungjawab terhadapnya.

Dipohon oleh:

.....
Nama:
Tarikh:

No. Akaun Bank Pemohon:

Nama Bank: Maybank/CIMB/Public Bank/BIMB/Bank Muamalat/
Hong Leong Bank/BSN/Bank Rakyat/RHB Bank
(*potong mana – mana tidak berkenaan)

**UNTUK KEGUNAAN BAHAGIAN
KEAHLIAN & KEBAJIKAN SAHAJA**

Disahkan oleh:

.....
Nama:
Tarikh:

CATATAN:

SYARAT MANFAAT

PENYAKIT KRITIKAL

RM25,000.00

1. Dibayar kepada ahli yang menghidap penyakit kritikal dan **tertakluk kepada terma & syarat.**
2. Setiap permohonan hendaklah disertakan dengan dokumen-dokumen seperti berikut:
 - ✓ Salinan Kad Pengenalan Ahli
 - ✓ Laporan Penuh Perubatan & Pengesahan Doktor
 - ✓ Salinan Buku Akaun Simpanan Ahli

ELAUN HOSPITAL

RM25/hari

1. Dibayar kepada ahli yang masuk ke wad hospital maksima 180 hari sekali masuk. Jumlah maksimum yang boleh dituntut sehingga 365 hari.
2. Setiap permohonan hendaklah disertakan dengan dokumen-dokumen seperti berikut:
 - ✓ Salinan Kad Pengenalan Ahli
 - ✓ Salinan Surat Pengesahan Kemasukan ke Hospital (*Discharge Note*)
 - ✓ Laporan Perubatan & Pengesahan Doktor (*Jika Ada*)
 - ✓ Salinan Buku Akaun Simpanan Ahli