



YAYASAN GURU MALAYSIA BERHAD

**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 **3 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 MANFAAT

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

KEMALANGAN JALAN RAYA	<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****PERMOHONAN MANFAAT KEMALANGAN JALAN RAYA**

1. Maklumat Kemalangan

2. Nama Hospital/Klinik Swasta

3. Kos Rawatan/
Peralatan Sokongan4. Tarikh
Kejadian5. Rawatan yang diterima akibat
kemalangan

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****KEMALANGAN JALAN RAYA**

- **Kos Perubatan Hospital Swasta** sehingga RM10,000.00
- **Kos Perubatan Klinik Swasta** sehingga RM 5,000.00
- **Membeli Peralatan Sokongan** sehingga RM 500.00

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 dokumen-dokumen 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 Ahli