



BORANG PERMOHONAN SUMBANGAN KEBAJIKAN AHLI BAHARU

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	<input type="checkbox"/>
ELAUN HOSPITAL (<i>Kemasukan ke Hospital Kerajaan</i>)	<input type="checkbox"/>

BAHAGIAN A:

MAKLUMAT PEMOHON

A1	Nama (huruf besar)	<input type="text"/>			
A2	No. Kad Pengenalan (baru)	<input type="text"/>	A6	No. Ahli	<input type="text"/>
A3	No. Kad Pengenalan (lama)	<input type="text"/>	A7	No. Telefon (R/B)	<input type="text"/>
A4	Alamat surat- menyurat (<i>terkini</i>)	<input type="text"/>			
A5	Alamat Emel	<input type="text"/>			

BAHAGIAN B:**BUTIR-BUTIR PERMOHONAN****B1 – PERMOHONAN SUMBANGAN KECACATAN KEKAL/HILANG UPAYA**

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

B2 – PERMOHONAN SUMBANGAN KEMALANGAN JALAN RAYA

- | | | | |
|---------------------------|----------------------|--|----------------------|
| 1. Maklumat
Kemalangan | <input type="text"/> | | |
| 2. Tarikh Kejadian | <input type="text"/> | 4. Perbelanjaan
Kos Rawatan | <input type="text"/> |
| 3. Nama Hospital | <input type="text"/> | 5. Rawatan yg
diterima akibat
kemalangan | <input type="text"/> |

B3 – PERMOHONAN SUMBANGAN ELAUN HOSPITAL

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| 1. Jenis Rawatan /
Penyakit | <input type="text"/> | | |
| 2. Tarikh Kemasukan
ke Hospital | Dari : <input type="text"/> | - | Hingga : <input type="text"/> |
| 3. Nama Hospital | <input type="text"/> | 4. Bil. Hari
Kemasukan | <input type="text"/> |

Tandatangan Pemohon

Tandatangan

()

Nama Pegawai YGMB

Tarikh : _____
No. Akaun : _____
Bank/Pemohon : _____
Nama Bank : Maybank/CIMB/Public Bank/BIMB
Bank Muamalat/Hong Leong
Bank/BSN
*(*potong mana – mana tidak
berkenaan)*

SYARAT SUMBANGAN

B1 - KECACATAN KEKAL/HILANG UPAYA AHLI

- **Kemalangan** **sehingga RM25,000.00**
 - **Penyakit** **sehingga RM5,000.00**
1. Dibayar kepada ahli bermanfaat **yang mengalami kecacatan kekal atau hilang upaya akibat kemalangan dan penyakit dan tertakluk kepada kelulusan Jawatankuasa Eksekutif Pengurusan/Lembaga Pengarah Amanah.**
 2. Setiap permohonan hendaklah disertakan dengan dokumen-dokumen sokongan yang disahkan seperti berikut:
 - ✓ Salinan Kad Pengenalan Ahli
 - ✓ Salinan Asal Laporan Kesihatan/Doktor
 - ✓ Salinan Pengesahan Doktor akibat kemalangan selain dari kemalangan jalan raya
 - ✓ Salinan Asal Inbois/ Bil Perubatan
 - ✓ Laporan Polis
 - ✓ Salinan Nombor Akaun Bank

B2 - KECACATAN KEKAL/HILANG UPAYA PASANGAN AHLI **RM1,000.00**

1. Dibayar kepada ahli bermanfaat **yang pasangannya mengalami kecacatan kekal atau hilang upaya akibat kemalangan dan penyakit.**
2. Setiap permohonan hendaklah disertakan dengan dokumen-dokumen sokongan yang disahkan seperti berikut:
 - ✓ Salinan Kad Pengenalan Ahli
 - ✓ Salinan Kad Pengenalan Pasangan
 - ✓ Salinan Asal Laporan Kesihatan/Doktor
 - ✓ Salinan Pengesahan Doktor akibat kemalangan selain dari kemalangan jalan raya
 - ✓ Salinan Asal Inbois/ Bil Perubatan
 - ✓ Laporan Polis
 - ✓ Salinan Nombor Akaun Bank

B3 - KECACATAN KEKAL/HILANG UPAYA ANAK AHLI **RM500.00**

1. Dibayar kepada ahli bermanfaat **yang anaknya mengalami kecacatan kekal atau hilang upaya akibat kemalangan dan penyakit.**
2. Setiap permohonan hendaklah disertakan dengan dokumen-dokumen sokongan yang disahkan seperti berikut:
 - ✓ Salinan Kad Pengenalan Ahli
 - ✓ Salinan Kad Pengenalan Anak
 - ✓ Salinan Asal Laporan Kesihatan/Doktor
 - ✓ Salinan Pengesahan Doktor akibat kemalangan selain dari kemalangan jalan raya
 - ✓ Salinan Asal Inbois/ Bil Perubatan
 - ✓ Laporan Polis
 - ✓ Salinan Nombor Akaun Bank

B4 - KEMALANGAN JALAN RAYA

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

1. Dibayar kepada ahli yang mendapatkan rawatan akibat kemalangan secara bayaran ganti dan **tertakluk kepada kelulusan Jawatankuasa Eksekutif Pengurusan/ Lembaga Pengarah Amanah.**
2. Setiap permohonan kemalangan untuk kos perubatan hospital swasta dan kos perubatan klinik hendaklah disertakan dengan dokumen-dokumen sokongan yang disahkan seperti berikut:
 - ✓ Salinan Kad Pengenalan Ahli
 - ✓ Salinan Asal Laporan Kesihatan/Doktor
 - ✓ Salinan Asal Inbois/ Bil Perubatan
 - ✓ Laporan Polis
 - ✓ Salinan Nombor Akaun Bank

B5 - ELAUN HOSPITAL *(Kemasukan ke Hospital Kerajaan)*

RM50/hari

1. Dibayar kepada ahli yang masuk ke wad hospital kerajaan maksima 100 hari.
2. Setiap permohonan hendaklah disertakan dengan dokumen-dokumen sokongan yang disahkan seperti berikut:
 - ✓ Salinan Kad Pengenalan Ahli
 - ✓ Salinan Surat Pengesahan Kemasukan ke Hospital Kerajaan (discharge note)
 - ✓ Laporan Polis (jika kemalangan jalan raya)
 - ✓ Salinan Nombor Akaun Bank

LAIN-LAIN

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