



**B.3 PERMOHONAN SUMBANGAN ELAUN HOSPITAL**

- 1. Jenis rawatan/penyakit : \_\_\_\_\_
- 2. Nama hospital : \_\_\_\_\_
- 3. Tarikh kemasukan ke hospital : Dari \_\_\_\_\_ hingga \_\_\_\_\_
- 4. Bilangan hari kemasukan : \_\_\_\_\_

\*

<p>_____</p> <p><i>Tandatangan Pemohon</i></p>	<p>Tarikh : _____</p> <p>No. Akaun Bank/Pemohon : _____</p> <p>Nama Bank : _____</p>	<p>Maybank/CIMB/Public Bank/BIMB</p> <p>Bank Muamalat/Hong Leong Bank/BSN</p> <p>(*potong mana - mana tidak berkenaan)</p>
--	--	--

Permohonan diterima oleh  
YGMB pada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
( *Tandatangan* )  
Nama Pegawai YGMB

## TERMA – TERMA DAN SYARAT PERMOHONAN

- i. Ahli-ahli Yayasan Guru Malaysia Berhad (YGMB) yang **tidak membayar yuran selama (3) tiga bulan berturut-turut** tidak akan menerima apa-apa faedah sumbangan daripada pihak YGMB berhak untuk menamatkan keahlian tanpa perlu mengeluarkan sebarang notis.
- ii. Semua permohonan tuntutan hendaklah dibuat dalam **masa 90 hari** dari tarikh kejadian.
- iii. Setiap faedah hanya boleh dituntut oleh ahli sekali sahaja .

## SYARAT SUMBANGAN

<b>A.</b>	<p><b>KECACATAN KEKAL/HILANG UPAYA AHLI</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>KEMALANGAN</b> <span style="float: right;">Sehingga <b>RM25,000.00</b></span></li><li>• <b>PENYAKIT</b> <span style="float: right;">Sehingga <b>RM5,000.00</b></span></li></ul> <p>Dibayar kepada ahli bermanfaat <b>yang mengalami kecacatan kekal atau hilang upaya akibat kemalangan dan penyakit dan tertakluk kepada kelulusan Jawatankuasa Eksekutif Pengurusan/Lembaga Pengarah Amanah.</b></p> <p>Setiap permohonan hendaklah disertakan dengan dokumen-dokumen sokongan yang disahkan seperti berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Salinan Kad Pengenalan Ahli</li><li>• Salinan Asal Laporan Kesihatan/Doktor</li><li>• Salinan Pengesahan Doktor akibat kemalangan selain dari kemalangan jalan raya</li><li>• Salinan Asal Inbois/ Bil Perubatan</li><li>• Laporan Polis</li><li>• Salinan Nombor Akaun Bank</li></ul>
<b>B.</b>	<p><b>KECACATAN KEKAL/HILANG UPAYA PASANGAN</b> <span style="float: right;"><b>RM1,000.00</b></span></p> <p>Dibayar kepada ahli bermanfaat <b>yang pasangannya mengalami kecacatan kekal atau hilang upaya akibat kemalangan dan penyakit.</b></p> <p>Setiap permohonan hendaklah disertakan dengan dokumen-dokumen sokongan yang disahkan seperti berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Salinan Kad Pengenalan Ahli</li><li>• Salinan Kad Pengenalan Pasangan</li><li>• Salinan Asal Laporan Kesihatan/Doktor</li><li>• Salinan Pengesahan Doktor akibat kemalangan selain dari kemalangan jalan raya</li><li>• Salinan Asal Inbois/ Bil Perubatan</li><li>• Laporan Polis</li><li>• Salinan Nombor Akaun Bank</li></ul>
<b>C.</b>	<p><b>KECACATAN KEKAL/HILANG UPAYA ANAK</b> <span style="float: right;"><b>RM500.00</b></span></p> <p>Dibayar kepada ahli bermanfaat <b>yang anaknya mengalami kecacatan kekal atau hilang upaya akibat kemalangan dan penyakit.</b></p> <p>Setiap permohonan hendaklah disertakan dengan dokumen-dokumen sokongan yang disahkan seperti berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Salinan Kad Pengenalan Ahli</li><li>• Salinan Kad Pengenalan Anak</li><li>• Salinan Asal Laporan Kesihatan/Doktor</li><li>• Salinan Pengesahan Doktor akibat kemalangan selain dari kemalangan jalan raya</li><li>• Salinan Asal Inbois/ Bil Perubatan</li><li>• Laporan Polis</li><li>• Salinan Nombor Akaun Bank</li></ul>

<p><b>D.</b></p>	<p><b>KEMALANGAN JALAN RAYA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kos Perubatan Hospital Swasta</b> <span style="float: right;">Sehingga <b>RM10,000.00</b></span></li> <li>• <b>Kos Perubatan Klinik</b> <span style="float: right;">Sehingga <b>RM5,000.00</b></span></li> <li>• <b>Membeli Peralatan Sokongan</b> <span style="float: right;">Sehingga <b>RM500.00</b></span></li> </ul> <p>Dibayar kepada ahli yang mendapatkan rawatan akibat kemalangan secara bayaran ganti dan <b>tertakluk kepada kelulusan Jawatankuasa Eksekutif Pengurusan/ Lembaga Pengarah Amanah.</b></p> <p>Setiap permohonan kemalangan untuk kos perubatan hospital swasta dan kos perubatan klinik hendaklah disertakan dengan dokumen-dokumen sokongan yang disahkan seperti berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salinan Kad Pengenalan Ahli</li> <li>• Salinan Asal Laporan Kesihatan/Doktor</li> <li>• Salinan Asal Inbois/ Bil Perubatan</li> <li>• Laporan Polis</li> <li>• Salinan Nombor Akaun Bank</li> </ul>
<p><b>E.</b></p>	<p><b>HOSPITAL ELAUN</b> <span style="float: right;"><b>RM50/hari</b></span> (Kemasukan ke Hospital Kerajaan)</p> <p>Dibayar kepada ahli yang masuk ke wad hospital kerajaan maksima 100 hari.</p> <p>Setiap permohonan hendaklah disertakan dengan dokumen-dokumen sokongan yang disahkan seperti berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salinan Kad Pengenalan Ahli</li> <li>• Salinan Surat Pengesahan Kemasukan ke Hospital Kerajaan (<i>discharge note</i>)</li> <li>• Laporan Polis (jika kemalangan jalan raya)</li> <li>• Salinan Nombor Akaun Bank</li> </ul>
<p><b>F.</b></p>	<p><b>Lain-Lain</b></p> <p>Dokumen-dokumen sokongan perlu disahkan oleh Pengetua, Guru Besar atau Pegawai Kanan Kerajaan.</p>