

## BORANG CADANGAN NUTP MEDICARE

### Takaful Hospital & Pembedahan Berkelompok

#### NOTA PENTING

1) Kontrak Takaful Pengguna

Menurut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013, jika anda memohon takaful ini sepenuhnya untuk diri sendiri/keluarga/tanggungan, anda mempunyai kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini. Anda dikehendaki menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini dengan lengkap dan tepat.

Kegagalan untuk mengambil langkah yang munasabah dalam menjawab soalan-soalan, mungkin mengakibatkan pembatalan kontrak takaful anda, keengganan atau pengurangan gantirugi, perubahan terma atau penamatian kontrak takaful anda.

Kewajipan pendedahan diatas hendaklah diteruskan sehingga kontrak takaful anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami.

Sebagai tambahan kepada soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini, anda dikehendaki untuk mendedahkan apa-apa perkara lain yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan.

Anda juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak takaful anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami, apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan ini tidak tepat atau telah berubah.

2) Anda dinasihatkan untuk mengkaji helaian penerangan produk dan material pemasaran (sekiranya diguna pakai) bagi manfaat pelan dan memberi perhatian kepada manfaat yang dijamin atau tidak dijamin. Adalah wajib bagi Pegawai Jualan/ Ejen/ Broker Syarikat untuk menyediakan salinan helaian penerangan produk kepada anda sebelum anda membuat keputusan untuk menyertai pelan itu.

3) Cukai - Semua caruman dan yuran yang tertera dalam dokumen ini mungkin tertakluk kepada cukai atau levi kerajaan yang lain.

*Sila lengkapkan borang cadangan ini sepenuhnya dengan HURUF BESAR dan tandakan (✓) dalam kotak yang berkenaan.*

#### A. BUTIRAN PERIBADI PEMOHON

Gelaran:	<input type="checkbox"/> Encik	<input type="checkbox"/> Puan	<input type="checkbox"/> Cik	Lain-Lain (Sila Nyatakan): _____			
Nama Penuh Pemohon:	<input type="text"/>						
No. Kad Pengenalan (baru):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		(lama)	<input type="text"/>			
No. Polis/Tentera:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
Bangsa:	<input type="checkbox"/> Melayu	<input type="checkbox"/> Cina	<input type="checkbox"/> India	Lain-Lain: <input type="text"/>			
Tarikh Lahir	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>H H</i>	<i>B B</i>	<i>T T T T</i>	Berat: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	Tinggi: <input type="text"/> <input type="text"/> sm	
Adakah Anda Merokok?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	Jika Ya, berapa batang sehari? <input type="text"/> <input type="text"/> batang				
Pekerjaan:	<input type="text"/>						
Jenis Pekerjaan:	<input type="text"/>						
Jabatan Kerajaan:	<input type="text"/>						
Alamat Surat-menjurat:	<input type="text"/>						
	<input type="text"/>						
Poskod	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Bandar	<input type="text"/>			
Negeri	<input type="text"/>						
Alamat E-mel:	<input type="text"/>						
No Tel. Rumah:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			No. Tel. Bimbit: <input type="text"/>			
No. Tel. Pejabat:	<input type="text"/>						
Cashless Medical Card	<input type="checkbox"/> Physical Card	<input type="checkbox"/> e-Card					

## B. BUTIRAN PERIBADI SUAMI/ISTERI ANDA

Gelaran:  Encik  Puan  Cik Lain-Lain (Sila Nyatakan): \_\_\_\_\_

Nama Suami/Isteri: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No. Kad Pengenalan (baru): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (lama) \_\_\_\_\_

No. Polis/Tentera: \_\_\_\_\_

Tarikh Lahir  /  /   kg Tinggi:   sm

H H B B T T T T

Adakah Anda Merokok?  Ya  Tidak Jika Ya, berapa batang sehari?  batang

Pekerjaan: \_\_\_\_\_

Jenis Pekerjaan: \_\_\_\_\_

Jabatan Kerajaan: \_\_\_\_\_

## C. BUTIRAN PERIBADI ANAK-ANAK ANDA

Nama	No. Kad Pengenalan / No Sijil Kelahiran	Tarikh Lahir	Umur	Jantina	Berat (kg)	Tinggi (sm)

## D. BUTIRAN PEMBAYARAN ELEKTRONIK (wajib dilengkapkan)

Bagi memudahkan pembayaran untuk sebarang jumlah yang perlu dan akan dibayar kepada anda seperti bayaran tuntutan, pembatalan dan pembahagian lebihan, sila lengkapkan seksyen ini:

Nama Bank: \_\_\_\_\_

No. Akaun: \_\_\_\_\_

Nama Pemegang Akaun (mesti sama dengan nama pemohon)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## E. KEKERAPAN CARUMAN

CARUMAN BULANAN  CARUMAN TAHUNAN

Saya dengan ini memberikan kuasa kepada wakil jualan untuk memotong gaji saya sebagai caruman bulanan kepada Zurich General Takaful Malaysia Berhad untuk:

Pelan A – Individu  Pelan B – Individu  Pelan A – Keluarga  Pelan B – Keluarga

Caruman bulanan adalah: RM \_\_\_\_\_

Tandatangan Pemohon untuk Yang Dilindungi / Ahli

Tarikh:  /  /     
H H M M T T T T

# Untuk potongan gaji, sila lampirkan semua dokumen yang berkaitan: BPA 1/79, slip gaji dan kad pengenalan pemohon

## F. PENGISYTIHARAN

No	Soalan	Ya	Tidak
1	Adakah anda atau sesiapa yang akan dilindungi: a) Mengalami atau mempunyai kecacatan fizikal, lemah atau keadaan kongenital? b) Kini dalam pengawasan dan/atau menjalani rawatan atau mengambil ubat-ubatan? c) Menjalani pembedahan atau menderita akibat serangan penyakit, gangguan atau kecederaan? d) Pernah dinasihatkan oleh doktor/pakar perundingan untuk pembedahan atau perubatan, ujian diagnostik atau penyiasatan termasuk ujian atau rawatan yang masih belum dijalankan?		
2	Pernahkah anda atau sesiapa yang akan dilindungi pernah menghidapi atau pernah dirawat, diberitahu oleh atau berjumpa dengan pengamal perubatan untuk: a) Batuk kronik, batuk berdarah, asma, bronkitis, tibi atau lain-lain penyakit paru-paru atau saluran pernafasan? b) Tekanan darah tinggi atau rendah, penyakit jantung, sakit dada atau ketidakselesaan atau sesak, serangan jantung, pendek nafas, atau sebarang masalah jantung yang lain? c) Sawan, epilepsi, pening, pengsan, pitam, penyakit mental atau gangguan saraf? d) Kencing manis, gula, protein atau darah dalam air kencing atau masalah haid, hemoroid atau hernia? e) Masalah atau penyakit mata, telinga, hidung atau tekak? f) Penyakit sendi, cakera tergelincir, penyakit artritis, masalah otot dan sendi, masalah tulang belakang atau sakit belakang atau penyakit kulit? g) Gastritis, ulcer atau sebarang penyakit perut, usus atau masalah rektal yang lain? h) Batu karang atau sebarang masalah lain buah pinggang atau sistem pundi kencing, masalah atau penyakit hati, atau apa-apa jenis hepatitis? i) Tumor, kanser, nodul, polip, pertumbuhan dan ketulan dalam apa juu bentuk? j) Anemia atau gangguan pada darah, masalah kelenjar tiroid? k) Penyakit kelamin seperti sifilis, gonorrhoea atau urethritis tidak khusus? l) HIV positif, AIDS atau penyakit yang berkaitan dengan AIDS? m) Sebarang keuzuran, penyakit atau kecederaan yang tidak dinyatakan di atas?		
3	Pernahkah sebarang permohonan anda atau sesiapa yang akan dilindungi untuk takaful perubatan, penghospitalan atau hayat ditolak, dihadkan atau diubahsuai dari terma asal?		
4	Adakah anda atau sesiapa yang akan dilindungi memiliki Takaful Perubatan dengan kami atau syarikat/pengendali takaful lain?		

5. Jika mana-mana jawapan kepada Soalan 1 - 4 di atas adalah "Ya", sila berikan keterangan di bawah dan nomborkan jawapan anda mengikut nombor soalan yang dijawab:

No. Soalan	Nama Yang Dilindungi	Jenis dan Tarikh Hilang Upaya	Status Semasa Hilang Upaya	Nama dan Alamat Hospital/Klinik

No. Soalan	Nama Yang Dilindungi	Jenis dan Tarikh Hilang Upaya	Status Semasa Hilang Upaya	Nama dan Alamat Hospital/Klinik

6. Sila berikan nama dan alamat klinik yang anda biasa kunjungi atau klinik terakhir yang anda kunjungi.

Nama Klinik	
Alamat Klinik	
Sebab Kunjungan	
Tarikh Kunjungan	

#### Nota Tambahan

Soalan-soalan pada borang cadangan dan lain-lain butiran yang diminta secara khusus berkait dengan fakta-fakta yang dianggap penting oleh pihak Syarikat untuk proses pengunderitan takaful ini. Walau bagaimanapun, disebabkan tiada senarai soalan-soalan yang lengkap, sila pertimbangkan sama ada terdapat apa-apa maklumat penting yang anda ketahui yang dapat mempengaruhi penilaian dan penerimaan risiko.

## G. NOTIS KEPADA PARA PESERTA BERKAITAN DENGAN AKTA PERLINDUNGAN DATA PERIBADI 2010

Dengan Notis Privasi ini, kami ingin mendapatkan persetujuan anda untuk mengumpul, memproses, menggunakan dan berkongsi maklumat anda dengan dan untuk Zurich General Takaful Malaysia Berhad.

1. Dengan mendaftar untuk mana-mana produk yang ditawarkan oleh Zurich General Takaful Malaysia Berhad (“Syarikat”), berinteraksi dengan kami dan menghantar maklumat anda kepada kami, anda telah bersetuju untuk kami mengumpul, memproses, menggunakan dan berkongsi data peribadi anda termasuk data peribadi sensitif anda dengan dan untuk Zurich General Takaful Malaysia Berhad. Maklumat peribadi pelanggan yang dikumpul atau di bawah jagaan Zurich General Takaful Malaysia Berhad boleh digunakan oleh Syarikat bagi tujuan wajib perlu dalam menyediakan perkhidmatan kepada pelanggan (jika tidak Syarikat tidak dapat menyediakan perkhidmatan kepada pelanggan yang gagal memberikan maklumat yang diperlukan) yang antara lain termasuk namun tidak terhad kepada:
  - i. Untuk melaksanakan perlaksanaan kontrak takaful;
  - ii. Untuk mematuhi semua undang-undang, peraturan, tetapan, garis panduan dan/atau keperluan perundangan;
  - iii. Untuk mengendalikan, mempertahankan, atau bertindak balas dengan sewajarnya terhadap tuntutan sebenar atau berpotensi atau pertanyaan yang melibatkan pihak berkuasa atau tidak;
  - iv. Untuk mematuhi permintaan yang sah atau perintah mahkamah Malaysia dan badan berkuasa termasuk dan tidak terhad kepada Bank Negara Malaysia, Kementerian Kewangan, Polis Diraja Malaysia, juruaudit, pertubuhan kerajaan dan pertubuhan yang berkaitan dengan kerajaan;
  - v. Secara umumnya untuk melindungi hak dan harta benda kami dan untuk memastikan kecekapan teknikal dan fungsi sistem kami;
  - vi. Untuk tujuan pengurusan risiko;
  - vii. Untuk tujuan melaksanakan proses penelitian wajar;
  - viii. Menyediakan perkhidmatan pelanggan;
  - ix. Untuk penyelidikan dan pembangunan, analisis, pemasaran produk atau kajian keperluan pelanggan;
  - x. Untuk semua tujuan lain yang berkaitan dan berhubung dengan perkara di atas.
2. Syarikat boleh memberikan apa-apa maklumat peribadi pelanggan kepada pihak berikut, di dalam atau di luar Malaysia, bagi tujuan tersebut yang antara lain termasuk namun tidak terhad kepada:-
  - i. Individu atau Syarikat dalam Kumpulan Insurans Zurich, atau sebarang syarikat lain yang menjalankan perniagaan insurans/takaful atau insurans/takaful semula yang berkaitan, atau syarikat perantara;
  - ii. mana-mana ejen, kontraktor atau pembekal perkhidmatan pihak ketiga yang menyediakan perkhidmatan kepada Kumpulan Insurans Zurich berkaitan dengan operasi perniagaan;
  - iii. pembekal perkhidmatan pihak ketiga termasuk penasihat undang-undang, akauntan, penyiasat, pentaksir kerugian, penanggung insurans/takaful semula, perunding perubatan dan pemulihan, juruukur, pakar mekanik, dan pemproses data;
  - iv. mana-mana pihak di bawah Kumpulan Insurans Zurich yang diwajibkan membuat pendedahan di bawah obligasi sebarang undang-undang yang wajib dipatuhi oleh Kumpulan Insurans Zurich atau mana-mana syarikat bersekutunya, kod atau garis panduan yang dikeluarkan oleh kerajaan, pihak berkuasa atau pihak berwajib lain yang perlu dipatuhi oleh Kumpulan Zurich Insurans atau mana syarikat bersekutunya;
  - v. mana-mana pihak menurut sebarang perintah mahkamah yang mempunyai bidang kuasa sewajarnya.

3. Maklumat peribadi tertentu yang dikumpul atau di bawah jagaan Zurich General Takaful Malaysia Berhad boleh digunakan oleh Syarikat untuk tujuan sukarela dalam membekalkan bahan pemasaran dan menjalankan aktiviti pemasaran langsung berhubung dengan takaful dan/atau produk dan perkhidmatan kewangan Kumpulan Insurans Zurich. Jika anda memilih untuk tidak menerima apa-apa bahan pemasaran daripada Kumpulan Insurans Zurich, anda boleh menghubungi kami dan kami akan memenuhi permintaan anda.
4.  Anda boleh memilih untuk menerima bahan pemasaran daripada pembekal perkhidmatan dan/atau perkhidmatan lain yang berkaitan dengan rakan perniagaan, dengan siapa Zurich General Takaful Malaysia Berhad mengekalkan rujukan perniagaan atau urusan lain dengan menandakan kotak di sebelah.
5. Semua pelanggan berhak untuk mengakses, membetulkan, atau mengubah data peribadi mereka sendiri yang disimpan oleh Syarikat, dan untuk memilih keluar daripada penggunaan Syarikat dan tidak membenarkan penggunaan data peribadi secara sukarela. Permintaan untuk tidak membenarkan penggunaan data peribadi hendaklah disertakan dengan jelas nama penuh, nombor kad pengenalan, nombor sijil, nombor telefon dan alamat pemohon.
6. Pemprosesan data peribadi anda adalah tertakluk kepada Notis Perlindungan Data Peribadi Zurich General Takaful Malaysia Berhad seperti yang disiarkan dalam <https://www.zurich.com.my/pdpa>
7. Sekiranya anda menghubungi kami atau mempunyai sebarang pertanyaan atau aduan, sila hubungi kami.  
Emel: [callcentre@zurich.com.my](mailto:callcentre@zurich.com.my)  
Alamat: Zurich General Takaful Malaysia Berhad (201701045981)  
Aras 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City,  
59200 Kuala Lumpur, Malaysia.

Pihak Syarikat berhak untuk menukar Notis Privasi Syarikat sejajar dengan keperluan yang ditetapkan dalam Akta Perlindungan Data Peribadi 2010 dan Kod Amalan Perlindungan Data Peribadi untuk Industri Insurans dan Takaful di Malaysia.

## I. PENGISYIHTARAN

1. Saya faham bahawa menjadi tanggungjawab saya untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata semasa menjawab soalan-soalan dalam borang cadangan ini dan saya dengan ini mengaku bahawa saya telah menjawab dengan sepenuhnya dan dengan tepat soalan di atas.
2. Saya menerima bahawa liabiliti pihak Syarikat tidak akan bermula sehingga permohonan ini diterima dan caruman dibayar kepada Syarikat.
3. Saya dengan ini mengizinkan mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan atau klinik atau orang lain yang merawat saya / kami di atas sebarang punca untuk mengemukakan kepada pihak Syarikat sebarang dan kesemua maklumat yang berkenaan dengan sebarang penyakit atau kecederaan serta mengemukakan salinan semua rekod/sijil hospital atau perubatan, termasuk sebarang sejarah perubatan terdahulu. Salinan foto keizinan ini adalah berkuasa dan sah seperti mana yang asal.
4. Saya dengan ini mengaku bahawa maklumat yang diberi untuk tujuan e-pembayaran di dalam borang cadangan ini adalah benar dan tepat sepanjang pengetahuan dan rekod saya. Saya akan membebaskan dan melepaskan pihak Syarikat sepenuhnya daripada apa-apa liabiliti bagi apa-apa kerugian yang timbul daripada pergantungan kepada maklumat di atas. Sekiranya terdapat perubahan dalam butiran akaun bank, saya akan memaklumkan pihak Syarikat secara bertulis tidak melebihi tujuh (7) hari selepas perubahan tersebut.
5. Saya bersetuju untuk menyertai produk ini dan membayar caruman ke dalam Akaun Pelaburan Risiko Am ("GRIA") berdasarkan tabarru'.
6. Saya bersetuju untuk memberi kuasa kepada Syarikat berdasarkan wakalah untuk menguruskan GRIA dan sebagai pulangan, Syarikat akan menerima yuran wakalah seperti yang dinyatakan dalam sebut harga.
7. Saya bersetuju bahawa sebahagian daripada lebihan boleh agih GRIA akan diagihkan kepada peserta yang layak dalam bentuk pemulangan pengalaman dan sebarang lebihan yang tidak diagihkan akan disimpan di dalam GRIA. Jika GRIA mengalami defisit, pinjaman tanpa faedah akan diberikan oleh Syarikat kepada GRIA berdasarkan qard.
8. **Pengurusan Jumlah Kecil**  
Saya dengan ini bersetuju bahawa untuk sebarang jumlah yang patut dibayar dan yang akan dibayar kepada saya yang timbul dari lebihan caruman, pembatalan, perkongsian lebihan atau tuntutan selain melalui pembayaran elektronik, bayaran tersebut akan hanya dibuat sekiranya jumlah yang patut dibayar dan yang akan dibayar berjumlah Ringgit Malaysia Sepuluh (RM10.00) atau lebih. Untuk sebarang jumlah yang kurang daripada Ringgit Malaysia Sepuluh (RM10.00), Syarikat akan menyalurkannya untuk kebaikan.

Tarikh (HH/BB/TTTT)

/  /   /

Tandatangan Pemilik Sijil

Nama:

### Nota Tambahan

- a) Anda akan menerima Sijil Takaful individu sebagai bukti penyertaan Takaful.
- b) Sijil Induk disimpan di premis NUTP. Anda akan menerima Sijil Takaful dalam tempoh sepuluh (10) hari waktu bekerja selepas dokumen lengkap dan pembayaran. Jika tidak, anda boleh mendapatkan salinan daripada kami atau NUTP.

**Zurich General Takaful Malaysia Berhad**

No.Pendaftaran 201701045981 (1260157-U)

Aras 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia

Tel: 03-2109 6000 Faks: 03-2109 6888 Pusat Panggilan: 1-300-888-622

[www.zurich.com.my](http://www.zurich.com.my)

