

PROGRAM KAD PENDAFTARAN PERSONEL BINAAN - PELAN PERLINDUNGAN PERSONEL BINAAN BERKELOMPOK

1. Pendahuluan

Personel Binaan yang memiliki Kad Pendaftaran Personel Binaan yang sah akan diberikan perlindungan di bawah Pelan Takaful Personel Binaan berkelompok CIDB. Pelan ini adalah merupakan satu bentuk perlindungan berdasarkan konsep Hibah (Pemberian/Hadiah) yang mana pembayarannya tertakluk kepada budi bicara dan pertimbangan CIDB. Ianya bertujuan untuk memberi sumbangan kepada personel binaan yang ditimpa kemalangan atau kepada keluarga (penama) jika berlaku kematian. Ianya juga adalah selaras dengan dasar kerajaan dalam mewujudkan budaya masyarakat penyayang dan prihatin.

2. Skop Perlindungan

- 2.1. Perlindungan ini terhad kepada pemilik Kad Pendaftaran Personel Binaan yang mencapai umur genap 16 tahun sehingga 70 tahun.
- 2.2. Masa perlindungan adalah 24 jam (termasuk luar waktu bekerja) dan meliputi seluruh kawasan di dunia.
- 2.3. Manfaat sijil CIDB bermula 1 Julai 2019 adalah seperti berikut:

SKOP MANFAAT		AMAUN MANFAAT (RM)
Kematian	(Akibat Kemalangan)	21,000.00
Kematian	(Akibat sakit)	3,000.00
Belanja Pengkebumian		500.00
Keilangan Kekal	(Akibat Kemalangan)	18,000.00 (maksima)
Keilangan Kekal Seluruh Badan	(Akibat Sakit)	3,000.00
Manfaat Wad Hospital	(Akibat Kemalangan)	25.00/hari (maksima 30 hari)
*Pembelian Kerusi Roda / Tongkat / Anggota Palsu	(Akibat Kemalangan)	500.00 (maksima)

** Tambahan manfaat Pembelian Kerusi Roda/ Tongkat/ Anggota Palsu berkuatkuasa bagi personel yang membuat pendaftaran/ pembaharuan mulai 1 Julai 2019.*

3. Syarat-syarat Tuntutan manfaat Perlindungan

- 3.1. Tuntutan dibuat oleh Pemilik/Penama yang sah menggunakan Borang UPPT-1/v.02 dengan lengkap.
- 3.1. Tuntutan hendaklah dibuat selewat-lewatnya 60 hari dari tarikh kejadian.
- 3.2. Kejadian/ kemalangan berlaku semasa Kad Pendaftaran Personel Binaan masih sah dan umur dari 16 tahun sehingga 70 tahun.
- 3.3. Kejadian berlaku bukan akibat dari pemilik Kad Pendaftaran Personel Binaan melanggar mana-mana peruntukan perundangan Negara atau mana-mana Negara.

4. Penutup

- 4.1. Pemegang Kad Pendaftaran Personel Binaan dinasihatkan untuk menjaga keselamatan dan kesihatan baik semasa bekerja ataupun di luar waktu bekerja. Pihak CIDB berhak menolak mana-mana permohonan yang diragui atau tidak memenuhi syarat-syarat tuntutan.

PERINGATAN:																
Sila jawab soalan-soalan yang berkaitan dengan benar, lengkap dan jelas. Sebarang keterangan palsu boleh menyebabkan permohonan ini terbatal dengan sendirinya dan tindakan undang-undang boleh diambil oleh pihak CIDB.																
BAHAGIAN I. JENIS TUNTUTAN : * Sila tandakan (X) pada yang berkenaan																
<input type="checkbox"/> 1A- Kematian Kemalangan di Tapak <input type="checkbox"/> 1B- Kematian Lain-lain Kemalangan <input type="checkbox"/> 2- Kematian Biasa (Sakit) <input type="checkbox"/> 3A- Keilatan (Kecacatan) Kekal akibat Kemalangan di Tapak <input type="checkbox"/> 3B- Keilatan (Kecacatan) Kekal akibat Lain-lain Kemalangan <input type="checkbox"/> 3C- Keilatan (Kecacatan) Kekal Seluruh Badan akibat Sakit <input type="checkbox"/> 4A- Manfaat Wad Hospital (Kemalangan di Tapak) <input type="checkbox"/> 4B- Manfaat Wad Hospital (Lain-lain Kemalangan) <input type="checkbox"/> 5- Pembelian Kerusi Roda / Tongkat / Anggota Palsu (akibat kemalangan) – sila sertakan surat sokongan dari doktor yang merawat	NOTA: Tuntutan berikut akan DITOLAK : 1. Cuti Sakit 2. Kos perubatan 3. Tuntutan selain dari jenis dan skop yang dinyatakan															
BAHAGIAN II. MAKLUMAT PEMILIK KAD PENDAFTARAN PERSONEL BINAAN / ORANG YANG DILINDUNGI																
a. Nama:	c. Tarikh Lahir:															
b. No. Kad Pengenalan / Pasport:	d. Jantina:															
e. Alamat Sekarang:	g. Alamat Majikan:															
f. No. Telefon:	h. Alamat Emel:															
i. Negara Asal:	j. Pekerjaan Sekarang:															
BAHAGIAN III. MAKLUMAT PIHAK YANG MEMBUAT TUNTUTAN – KES KEMATIAN SAHAJA																
a. Nama:	b. No. Kad Pengenalan / Pasport:															
c. Alamat Surat Menyurat:																
d. No. Telefon:	e. Alamat Emel:															
f. Hubungan dengan Orang yang dilindungi:																
BAHAGIAN IV MAKLUMAT KEMALANGAN																
Tarikh	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">d</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">d</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">m</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">m</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">y</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">y</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">y</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">y</td> </tr> </table> Masa <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">h</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">h</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">:</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">m</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">m</td> </tr> </table> a.m. / p.m.	d	d	/	m	m	/	y	y	y	y	h	h	:	m	m
d	d	/	m	m	/	y	y	y	y							
h	h	:	m	m												
Tempat Kemalangan																
Sila nyatakan secara terperinci bagaimana kemalangan berlaku dan apa yang dilakukan oleh pihak yang membuat tuntutan pada masa itu.																
Sila nyatakan dengan tepat kecederaan yang dialami oleh pihak yang membuat tuntutan pada masa itu.																
BAHAGIAN V BUTIRAN RAWATAN																
Nama dan alamat doktor yang merawat anda bagi kecederaan yang dialami																
Tarikh kemasukan wad																
Tarikh keluar wad																

BAHAGIAN VI	MAKLUMAT PEMBAYARAN		
Nama Pemegang Akaun			
No Kad Pengenalan / Passport			
Nama Bank			
Cawangan / Alamat Bank			
No. Akaun Bank			
(Swift Kod) – Pekerja Asing			
<p>Peringatan: Sila dapatkan 'Swift Code' daripada pihak bank bagi pewaris Pekerja Asing yang berada di luar Negara. Swift Code ini diperlukan bagi memudahkan urusan pindahan terus wang daripada bank di Malaysia ke bank di luar Negara.</p>			
BAHAGIAN VII. PENGAKUAN			
<p>Saya/kami dengan ini mengaku bahawa:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Kenyataan dan maklumat yang diberikan adalah benar dan betul ii. Tidak menyembunyikan apa-apa maklumat yang diperlukan atau memalsukan apa-apa keterangan/maklumat iii. Membenarkan pihak Lembaga untuk mengambil apa-apa kenyataan yang diperlukan dari mana-mana orang/organisasi dalam proses mempertimbangkan kes ini iv. Sedar bahawa jika terdapat keterangan palsu dan tidak benar, pihak Lembaga berhak untuk tidak mempertimbangkan permohonan ini dan Lembaga berhak mengambil tindakan undang-undang yang lain. 			
<p>.....</p>			
Tandatangan Orang yang dilindungi / Penuntut	Nama	No. Kad Pengenalan / Pasport	Tarikh
Tandatangan Saksi I :		Tandatangan Saksi II :	
Nama :		Nama :	
No. Kad Pengenalan / Pasport :		No. Kad Pengenalan / Pasport :	
Tarikh :		Tarikh :	
<p>Borang permohonan tuntutan ini mestilah diserahkan kepada Zurich General Takaful Malaysia Berhad dalam tempoh <u>60 hari</u> dari tarikh berlakunya kejadian / kemalangan. Jika tuntutan dibuat selepas daripada tempoh tersebut mohon kemukakan surat tunjuk sebab kepada pihak Zurich General Takaful Malaysia Berhad. Tuntutan yang dibuat / diterima selepas tempoh tersebut tidak layak diproses.</p>			

LAPORAN PERUBATAN (diisi oleh Pegawai Perubatan bertauliah)	
Laporan ini hendaklah diisi oleh pegawai perubatan bertauliah yang memberi rawatan kepada personel/pesakit berkenaan. Segala kos perbelanjaan laporan ini adalah tanggungan personel/pesakit.	
1. Nama pesakit yang dirawat: No. kad pengenalan / pasport :	
2. a. Rawatan disebabkan oleh: b. Sila nyatakan tempoh pesakit diwadkan: c. Sila nyatakan tempoh cuti sakit yang diberi untuk berehat di rumah d. Jika YA, sila nyatakan rawatan yang sedang diterima. Jika TIDAK, sila nyatakan tarikh rawatan	a. <input type="checkbox"/> Kemalangan <input type="checkbox"/> Penyakit b. Dari Hingga c. Dari Hingga d.
3. Adakah tuan merupakan doktor kebiasaan kepada pesakit berkenaan a. Berapa lamakah tuan mengenali pesakit tersebut? b. Pernahkah rawatan bagi penyakit ini atau penyakit lain yang berkaitan diberi kepadanya?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak a. Dari Hingga b. Dari Hingga
4. Sila nyatakan dengan sepenuhnya kecederaan yang dialami:	
5. Sepanjang pengetahuan dan kepercayaan tuan, sejak bila penyakit/ kecederaan dialami dan apakah puncanya?	
6. Adakah apa-apa dalam sejarah pesakit yang mungkin menyumbang secara langsung atau tidak langsung kepada penyakit/kemalangan ini atau mungkin melambatkan pemulihan?	
7. Adakah tuan mempunyai sebab untuk menyaki penyakit/kemalangan ini berpunca dari pengaruh alkohol atau dadah, mengandung atau melahirkan anak, perbuatan yang disengajakan, jangkitan HIV, AIDS atau yang berkaitan penyakit mental atau 'nervous disorder'?	
8. Adakah pembedahan dilakukan ke atas pesakit? Jika YA, sila beri butir-butir lanjut.	
9. Adakah pembedahan dilakukan ke atas pesakit? Jika YA, sila beri butir-butir lanjut.	
10. Berapa lamakah pesakit tidak berupaya langsung menjalankan apa-apa tugas atau pekerjaan (temporary total disablement)?	Dari Hingga
11. Berapa lamakah pesakit tidak berupaya menjalankan sebahagian daripada tugas atau pekerjaan (temporary partial disablement)?	Dari Hingga
12. Adakah pesakit masih lagi mengalami apa-apa keilatan (kecacatan)? Jika YA, nyatakan keilatan yang dialami (kekal/sementara, seluruh/separa dll) Jika TIDAK, sila nyatakan tarikh pemulihan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
13. Lain-lain keterangan yang dirasakan perlu:	
Saya mengaku bahawa sepanjang pengetahuan saya keterangan-keterangan dalam laporan ini adalah benar dan betul.	
Tandatangan :	Tarikh :
Nama Doktor :	
Kelulusan :	
	Cop Rasmi :

SENARAI SEMAK

DOKUMEN WAJIB UNTUK SEMUA TUNTUTAN

1. Borang tuntutan **UPPT-1/v.02**
2. Salinan Kad Pendaftaran Personel Binaan
3. Salinan Kad Pengenalan / Pasport
4. Salinan Lesen Memandu (jika kemalangan jalanraya)
5. Salinan Laporan Polis (jika kemalangan jalanraya)

BAHAGIAN VIII. DOKUMEN SOKONGAN

Kematian Akibat Kemalangan

	Dokumen	Sila Tandakan (✓)
1	Salinan Sijil Kematian	
2	Salinan Laporan Bedah Siasat / Laporan perubatan (<i>sekiranya perlu</i>)	
3	Salinan Laporan Toksikologi (<i>sekiranya perlu</i>)	
4	Laporan Siasatan Dalaman berkenaan kemalangan daripada Majikan (jika kemalangan di tapak)	
5	Salinan keratan akhbar (<i>jika ada</i>)	
6	<p>Jika tiada penama/ penamaan TIDAK SAH dalam eCIMS (CIDB) system: Pewaris adalah Warganegara:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Salinan Sijil Perkahwinan (bagi yang berkahwin) atau b) Sijil Kelahiran (bagi yang belum berkahwin) c) Salinan Kad Pengenalan Waris <p>Pewaris adalah warganegara asing:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Dokumen Pengenalan Diri b) Alamat di Negara Asal c) Dokumen @ Akuan Bersumpah yang mengesahkan hubungan pewaris dan personel 	

Kematian Akibat Sakit

	Dokumen	Sila Tandakan (✓)
1	Salinan Sijil Kematian	
2	Salinan Laporan Bedah Siasat (<i>sekiranya perlu</i>)	
3	<p>Jika tiada penama/ penamaan TIDAK SAH dalam eCIMS (CIDB) system: Jika pewaris adalah Warganegara:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Salinan Sijil Perkahwinan (bagi yang berkahwin) atau b) Sijil Kelahiran (bagi yang belum berkahwin) c) Salinan Kad Pengenalan Waris <p>Pewaris adalah warganegara asing:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Dokumen Pengenalan Diri b) Alamat di Negara Asal c) Dokumen @ Akuan Bersumpah yang mengesahkan hubungan pewaris dan personel 	

Kecacatan Kekal akibat Kemalangan atau Sakit

	Dokumen	Sila Tandakan (✓)
1	Laporan Lengkap Perubatan	
2	Gambar yang menunjukkan kecacatan	
3	Laporan MRI / CT / X-ray (<i>sekiranya perlu</i>)	

Manfaat Wad Hospital Akibat Kemalangan di tapak bina, jalan raya dan lain-lain

	Dokumen	Sila Tandakan (✓)
1	Discharge Note @ Nota Keluar Masuk Hospital	
2	Laporan Perubatan Doktor @ Discharge Summary (<i>jika hari diwadkan melebihi 12 hari</i>)	
	NOTA : Maksimum bilangan hari yang layak dituntut untuk manfaat wad adalah sebanyak 30 hari sahaja.	

Kerusi Roda / Tongkat / Anggota Palsu Akibat Kemalangan di tapak bina, jalan raya dan lain-lain

	Dokumen	Sila Tandakan (✓)
1	Laporan Lengkap Perubatan	
2	Resit Pembelian Kerusi Roda / Tongkat / Anggota Palsu	
3	Surat Sokongan dari Doktor yang Merawat	

Nota: Lain-lain dokumen perlu dikemukakan jika diminta oleh pegawai unit tuntutan untuk semakan lanjut

PROSEDUR TUNTUTAN

- ❖ Personel atau pewaris yang membuat tuntutan perlu **menghantar borang terus** ke pihak takaful yang berkenaan mengikut pendaftaran / pembaharuan terakhir. Sila rujuk dengan pihak CIDB untuk mendapatkan pengesahan pendaftaran terakhir personel.
- ❖ Pemohon/ pewaris mesti melengkapkan segala maklumat yang diminta pada borang tuntutan **UPPT-1/v.02** dan melampirkan semua dokumen sokongan mengikut jenis tuntutan yang dipohon.
- ❖ Serahan borang tuntutan dan dokumen yang diperlukan hendaklah dihantar kepada **Zurich General Takaful Malaysia Berhad (ZGTMB)** dalam tempoh 60 hari dari tarikh kejadian/ kemalangan serta tidak melebihi daripada tempoh setahun.
- ❖ Sekiranya tuntutan dibuat melebihi daripada 60 hari, maka pemohon perlulah memberikan alasan secara bertulis (**surat tunjuk sebab**) di atas kelewatan tersebut kepada pihak insuran yang berkenaan.
- ❖ Setiap **salinan dokumen** yang dilampirkan perlulah mendapatkan **pengesahan** daripada **majikan pemohon/Jaksa Pendamai/Penghulu / Ketua Kampung/Pegawai Kerajaan Kumpulan A/ Majistret / Pesuruhjaya Sumpah**.
- ❖ Bagi **tuntutan kes kematian** sila **rujuk** dengan pihak **CIDB** untuk mendapatkan **maklumat pewaris** yang telah didaftarkan di dalam sistem.

Borang tuntutan hendaklah diserahkan @ dihantar dan sebarang pertanyaan, sila hubungi **Syarikat Takaful** di bawah:

SYARIKAT TAKAFUL	ALAMAT SERAHAN BORANG	PEGAWAI UNTUK DIHUBUNGI
Zurich General Takaful Malaysia Berhad	Zurich General Takaful Malaysia Berhad Level 23A, Mercu 3 No.3 Jalan Bangsar KL Eco City 59200 Kuala Lumpur www.zurich.com.my 1-300-888-622 / 03-2109 6222 cidbinquiry@zurich.com.my	1. Amira Azuar No. Tel : 03-2109 6222 Email : amira.azuar@zurich.com.my 2. Ahmad Munir Zanarudin No. Tel : 03-2109 6213 Email : a.zanarudin@zurich.com.my