

BORANG CADANGAN SKIM KEMASUKAN HOSPITAL & PEMBEDAHAN PEKERJA ASING (SKHPPA) FOREIGN WORKER HOSPITALIZATION AND SURGICAL SCHEME PROPOSAL FORM (SKHPPA)

MUSTAHAK : KENYATAAN MENGIKUT SEKSYEN 149(4) AKTA INSURANS 1996 – Anda adalah diminta memberi maklumat secara penuh dan jujur segala butir-butir yang anda tahu atau patut tahu di atas borang cadangan ini, kalau tidak polisi yang dikeluarkan menurut cadangan ini boleh menjadi tidak sah.
IMPORTANT : STATEMENT PURSUANT TO SECTION 149(4) OF THE INSURANCE ACT 1996 – You are to disclose in this proposal form, duly and faithfully all the facts which you know or ought to know, otherwise the policy issued hereunder may be invalidated.

No. Akaun (Insurer) / (Insurer) Account No. _____ No. Rujukan / Reference No. _____

BUTIR-BUTIR MAJIKAN / EMPLOYER'S PARTICULARS

1. No. Pendaftaran Syarikat / KP / Business Registration No. / NRIC :

2. Nama Pencadang / Majikan / Name of Proposer / Employer

3. Alamat Majikan :
Address of Employer

Poskod / Postcode Negeri / State

4. No. Telefon (Pejabat) : Bimbit :
Telephone No (Office) Mobile :

5. Alamat E-Mel :
E-mail Address

6. Perniagaan / Pekerjaan :
Business / Occupation

TEMPOH PERLINDUNGAN INSURANS / PERIOD OF INSURANCE COVERAGE

7. Tempoh Perlindungan / Period of Coverage _____ Bulan/ Months

8. Tarikh Perlindungan / Date of Coverage : Dari / From _____ Hingga / To _____

9. Bilangan pekerja yang akan diinsurankan / No. of worker(s) to be insured _____ (jika lebih dari seorang (1) pekerja, sila lengkapkan Borang Butir-Butir Pekerja yang disertakan dalam lampiran ini / if more than one (1) worker, please complete the Workers Particulars Form)

TEMPAT PEKERJAAN / PLACE OF EMPLOYMENT

10. Hanya perlu diisi sekiranya Alamat Tempat Pekerjaan berlainan dengan Alamat Majikan di atas :-
To be filled up only if Place of Employment Address is not the same as the Address of Employer above :-

a) No. Pendaftaran Syarikat / KP / Pasport / Rujukan Tapak Pembinaan / Rujukan Projek _____
Business Registration No. / NRIC / Passport / Construction Site No. / Project Reference No

b) Alamat Tempat Pekerjaan / Place of Employment Address : _____

BUTIR-BUTIR PEKERJA ASING [jika permohonan untuk seorang (1) pekerja, sila lengkapkan butir-butir berikut] :- FOREIGN WORKER'S PARTICULARS [If application is for only one (1) worker, please complete the following particular] :-

i. Nama Pekerja / Name of Worker			
ii. Warganegara / Nationality		iii. No. Pasport / Passport No	
iv. Tarikh Lahir (HH/BB/TT) Date of Birth (DD/MM/YY)		v. Jantina / Gender	<input type="checkbox"/> Lelaki / Male <input type="checkbox"/> Perempuan / Female
vi. Taraf Perkahwinan / Marital Status	<input type="checkbox"/> Bujang / Single <input type="checkbox"/> Kahwin / Married <input type="checkbox"/> Bercerai / Divorced <input type="checkbox"/> Janda/Duda / Widow/Widower		
vii. No. Permit Kerja / Work Permit No		viii. Tarikh Luput Permit Kerja / Work Permit Expiry Date	
ix. Jenis Pekerja / Nature of Work			
x. Siapakah yang akan membayar premium untuk polisi insuran ini? Who will be paying the premium for this insurance policy?	<input type="checkbox"/> Majikan / Employer <input type="checkbox"/> Pekerja asing sendiri / Foreign worker themselves		

PENGISYTIHARAN OLEH PENCADANG / DECLARATION BY PROPOSER

Bahawasanya dengan ini saya/kami mengakui dan mengesahkan sepanjang pengetahuan saya/kami pernyataan-pernyataan yang terkandung dalam borang cadangan ini benar dan betul dan saya/kami tidak menyembunyi, menyalah tafsir, memalsukan atau memberi pernyataan-pernyataan yang tidak benar mengenai apa-apa keterangan penting / I/We to the best of my/our knowledge hereby confirm that the statements contained in this proposal form are true and correct and I/We have not concealed, misrepresented or misstated any material fact.

Tandatangan Pencadang / Cop Syarikat
Signature of Proposer / Company Rubber Stamp

BUTIR-BUTIR BAYARAN / DETAILS OF PAYMENT

Premium Tahunan / Annual Premium	RM120.00 (setiap pekerja /per worker)
Jumlah Premium / Total Premium	RM
Cukai Perkhidmatan / Service Tax (6%)	RM
Duti Setem / Stamp Duty	RM 10.00
JUMLAH / TOTAL	RM

Semua Cek hendaklah dibayar atas nama Etiqa Insurance Berhad / All Cheques must be made payable to Etiqa Insurance Berhad

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA / FOR OFFICE USE ONLY

Bersama ini disertakan bayaran Tunai / Cek No : _____
Enclose herewith payment Cash / Cheque No :

Berjumlah / Amounting to RM _____

Tandatangan / Signature _____

Tarikh / Masa Diterima / Date / Time Received _____

**KETERANGAN FAEDAH / PERLINDUNGAN / DESCRIPTION OF BENEFITS / COVERAGE
MANFAAT KEMASUKAN KE HOSPITAL & PEMBEDAHAN / HOSPITAL & SURGICAL BENEFITS**

<p>1) (a) Bilik & Makan Harian (Maksimum tiga puluh (30) hari) <i>Daily Hospital Room & Board (Maximum up to thirty (30) days)</i></p> <p>(b) Unit Rawatan Intensif (Maksimum lima belas (15) hari) <i>Intensive Care Unit [ICU] (Maximum up to fifteen (15) days)</i></p> <p>2) Bekalan dan Khidmat Hospital / <i>Hospital Supplies and Services</i></p> <p>3) Bilik Pembedahan / <i>Operating Theatre</i></p> <p>4) Yuran Pembedahan (Tidak termasuk pemindahan organ) <i>Surgical Fees (Exclude organ transplantation)</i></p> <p>5) Yuran Pakar Bius / <i>Anesthetist's Fees</i></p> <p>6) Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital (Maksimum tiga puluh (30) hari) <i>In-Hospital Physician Visits (Maximum up to thirty (30) days)</i></p> <p>7) Lawatan Pakar Perundingan Dalam Hospital (Maksimum tiga puluh (30) hari) <i>In-Hospital Specialist Consultation Visits (Maximum up to thirty (30) days)</i></p> <p>8) Yuran Ambulan / Laporan Perubatan / <i>Ambulance Fees/Medical Report Fees</i></p>	<p>Sebagaimana menurut caj-caj yang selaras dengan Bilik dan Makan Kelas Ketiga (Ke-3) sehingga maksima RM60.00 sehari di Hospital Kerajaan Bukan Korporat mengikut Akta Fi 1951, Perintah Fi (Perubatan) 1982. <i>As charged in accordance to charges consistent with Third (3rd) Class Room and Board to a maximum of RM60.00 per day in a Non-Corporatised Malaysian Government Hospital in conformance to the charges specified under Perintah Fi (Perubatan) 1982.</i></p>
<p>HAD MAKSIMUM TAHUNAN KESELURUHAN (Butir 1 hingga 8) MAXIMUM OVERALL ANNUAL LIMIT (Item 1 to 8)</p>	<p>RM10,000.00</p>
<p>PREMIUM TAHUNAN (Sebelum 6% Cukai Perkhidmatan dan RM10.00 Duti Setem) ANNUAL PREMIUM (Before 6% Service Tax and RM10.00 Stamp Duty)</p>	<p>RM120.00 (Setiap Pekerja) (Per Worker)</p>

Nota Penting: Semua faedah-faedah yang dibayar bagi setiap ketidakupayaan bagi setiap tempoh insurans yang diberi tertakluk kepada Had Tahunan Keseluruhan sebanyak RM10,000.00 bagi setiap pekerja yang diinsuranskan.
Important Note: All benefits payable for any number of disabilities in any one given period of insurance is subject to Overall Annual limit of RM10,000.00 per insured worker.

