



**SKIM TAKAFUL BERKELOMPOK ANGGATAN TENTERA MALAYSIA (STBATM)
DIURUSKAN OLEH KOPERASI TENTERA
Borang Cadangan Penyertaan Skim / Penambahan / Pengurangan Unit**

Nombor Daftar Perlindungan

--	--	--	--	--	--	--	--

Mustahak: Adalah menjadi kewajipan anda untuk mengambil penjagaan munasabah untuk tidak membuat kenyataan salah semasa menjawab apa-apa soalan spesifik yang berkaitan dengan keputusan Pengendali Takaful sama ada untuk menerima atau tidak cadangan anda dan kadar dan terma yang akan dipakai. Kewajipan pendedahan ini hendaklah berterusan sehingga kontrak itu dibuat, diubah atau diperbaharui. Anda hendaklah mendedahkan semua fakta yang anda ketahui atau patut ketahui dengan sepenuhnya dan sejujurnya dalam Borang Cadangan ini. Jika tidak, sijil yang dikeluarkan akan menjadi tidak sah.

Arahan: Sila isi Borang Cadangan ini dengan menggunakan HURUF BESAR dan tandakan (✓) atau BULATKAN pada yang berkenaan.

<input type="checkbox"/> 1. MAKLUMAT PESERTA	<input type="checkbox"/> INDUK	<input type="checkbox"/> PASANGAN	<input type="checkbox"/> ANAK
Pekerjaan: Anggota Tetap ATM / Aparentis (MTD) / UPNM / Askar Wataniah / Palaps / Pasangan / TDM / TUDM / TLDM / Lain-lain (Sila Nyatakan): _____			
Bangsa: _____ Agama: _____ Warganegara: _____		Kelulusan Akademik: SPM / Diploma / Ijazah	
No. Tentera <input style="width:100%;" type="text"/>	No. MyKad / MyKid <input style="width:100%;" type="text"/>	Tarikh Lahir <input style="width:100%;" type="text"/>	Jantina : <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan Status : <input type="checkbox"/> Bujang <input type="checkbox"/> Kahwin
Nama <input style="width:100%;" type="text"/>		Pangkat / Jawatan <input style="width:100%;" type="text"/>	
Alamat surat-menyurat / Pasukan <input style="width:100%;" type="text"/>		Telefon Bimbit <input style="width:100%;" type="text"/>	
Poskod <input style="width:100%;" type="text"/>		Telefon Rumah / Pejabat <input style="width:100%;" type="text"/>	
Nama Penuh Ibu <input style="width:100%;" type="text"/>		E-mel: _____	

2. KEBENARAN BAYARAN SUMBANGAN UNTUK PASANGAN / ANAK

a. Dengan ini saya membenarkan penyertaan pasangan / anak saya ke dalam skim ini.
b. Saya membenarkan bayaran sumbangan untuk penyertaan pasangan / anak saya dibuat oleh Koperasi Tentera melalui UGAT / BIRO / Majikan / Pelarasan Akaun Simpanan Koperasi Tentera.

Nama Pembayar

Hubungan

No. Tentera

No. MyKad

Tandatangan Pembayar _____

3. PERMOHONAN PEGANGAN UNIT

BARU
 Unit sebulan

PENAMBAHAN
 Unit kepada Unit sebulan

PENGURANGAN
 Unit kepada Unit sebulan

a. Tarikh kuatkuasa perlindungan adalah dari tarikh cop penerimaan dan bayaran sumbangan diterima oleh Unit Insurans, Koperasi Tentera.
b. Permohonan ini juga tertakluk kepada kelulusan Pengendali Takaful bagi kes-kes berikut:
(i) Permohonan yang tidak standard. (ii) Permohonan yang mempunyai sejarah perubahan atau kemalangan atau tuntutan.
c. Kaedah bayaran peserta melalui potongan gaji (bagi yang masih berkhidmat), Pelarasan Akaun Simpanan Koperasi Tentera atau bayar sendiri setiap 6 bulan / 12 bulan (bagi Pesara).

4. BUTIR-BUTIR KESIHATAN	Ya (✓)	Tidak (✓)
a. Pernahkah mana-mana permohonan takaful / insurans anda ditangguh, ditolak, diubah atau diterima pada syarat-syarat lain dari yang standard oleh syarikat ini atau syarikat Takaful / insurans yang lain?		
b. Adakah anda pernah mengalami sebarang tanda-tanda atau simptom, atau menderita, atau diberitahu menghidapi, atau menerima perundingan, atau pernah menerima rawatan untuk penyakit kanser, masalah buah pinggang, ketumbuhan atau sebarang jenis tumor, penyakit pernafasan termasuk COVID 19, strok, penyakit saraf termasuk sawan dan epilepsi, tekanan darah tinggi, penyakit pencernaan, kolestrol tinggi, penyakit hati termasuk hepatitis, penyakit jantung atau serangan jantung, mental, kencing manis, penyakit kelamin, HIV, AIDS, penyakit kongenital. • Lain-lain penyakit / kecederaan / kecacatan fizikal, sila nyatakan: _____		
c. Adakah anda pernah atau disarankan untuk: • Menjalani ujian diagnostik lanjut untuk penyakit tertentu selain daripada penyakit seperti demam biasa, selsema dan batuk dan keputusannya adalah tidak normal. • Dimasukkan ke hospital lebih dari 5 hari berturut-turut untuk penyakit selain daripada demam biasa, selsema dan batuk. • Menjalani pembedahan atau prosedur yang berkaitan dengan penyakit, kecederaan atau sebarang keabnormalan dan ketidakupayaan. Berikan maklumat lanjut: _____		

5. PENGAKUAN DAN AQAD

a. Saya bersetuju menyertai STBATM dan mewakili Koperasi Tentera sebagai Pengurus Skim dan Pemegang Sijil Induk dengan kadar sumbangan yang ditetapkan dari masa ke semasa.
b. Saya juga mengizinkan Pengendali Takaful memperbaharui perlindungan setiap tahun tanpa merujuk kepada saya sehingga tamat perkhidmatan atau mencapai umur sehingga 65 tahun.
c. Saya juga bersetuju jika pihak Koperasi Tentera membatalkan penyertaan saya tanpa notis jika saya tidak membuat sumbangan bulanan seperti yang ditetapkan.

PESERTA / PEMBAYAR _____ Tandatangan PESERTA / PEMBAYAR	_____ Tarikh	SAKSI _____ Tandatangan SAKSI
No. Tentera / MyKad: _____		Nama Penuh: _____ No. Tentera / MyKad: _____

6. KELULUSAN OLEH KOPERASI TENTERA

 Diluluskan oleh
 Pengurusan Unit Insurans Koperasi Tentera

 Nama Penuh

 Tarikh

 Cop Koperasi Tentera

KOPERASI TENTERA
 Wisma Koperasi Tentera
 No.1, Jalan 2/65C, Off Jalan Pahang Barat,
 53000 Kuala Lumpur.
 Tel: 603-4027 2600 Fax: 603-4021 0246

KT/INS/STBATM/PO1(08/2023)

7. MAKLUMAT WARIS / WASI

- a. Saya fahami dan mengesahkan bahawa waris / wasi sebelum ini DIBATALKAN dan diganti dengan nama-nama yang dicatat di dalam borang ini.
- b. Jika Peserta menamakan lebih dari satu (1) nama, maka bayaran pampasan adalah dianggap sebagai Hibah (Hadiah).
- c. Jika satu (1) penama sahaja, maka penama tersebut adalah pemegang amanah untuk melaksanakan pembahagian mengikut hukum Faraid.
- d. Sila guna borang Penamaan Waris jika Waris / Wasi melebihi 5 penama.

		Hubungan	Peratusan
1. Nama	<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 30px;" type="text"/> %
No. MyKad	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	Telefon Bimbit		
2. Nama	<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 30px;" type="text"/> %
No. MyKad	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	Telefon Bimbit		
3. Nama	<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 30px;" type="text"/> %
No. MyKad	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	Telefon Bimbit		
4. Nama	<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 30px;" type="text"/> %
No. MyKad	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	Telefon Bimbit		
5. Nama	<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 30px;" type="text"/> %
No. MyKad	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	Telefon Bimbit		
Jumlah			<input style="width: 30px;" type="text"/> 1 <input style="width: 30px;" type="text"/> 0 <input style="width: 30px;" type="text"/> 0 %

8. PENGAKUAN KESIHATAN

Saya mengaku Darjah Kecergasan Tubuh (DKT) saya adalah F.E. (Forward Everywhere) semasa menandatangani permohonan ini dan berada di dalam kesihatan yang baik tanpa sebarang keadaan dan / atau keadaan yang dianggap tidak sihat, penyakit berlarutan atau berulang seperti penyakit di bawah:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sakit Lelah / Penyakit Pernafasan termasuk COVID 19 • Sakit berkaitan tulang belakang / anggota badan bahagian atas atau bawah kanan dan kiri • Barah / Kanser / Ketumbuhan • Kencing Manis / Penyakit Endokrin • Tekanan Darah Tinggi • Skizofrenia / Gangguan Mental / Kemurungan / ADHD / Sebarang penyakit mental • Penyimpangan Kromosom • Pendarahan / kemalangan Serebrum atau Serebrovaskular • Kegagalan ginjal | <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakfungsian hati termasuk hepatitis / jaundis / penyakit sistem biliari / Pankreas • Strok • Serangan jantung / Penyakit Jantung / Sakit Dada / Denyutan jantung abnormal • Penyakit otak • Penyakit kongenital • AIDS / HIV / Penyakit kelamin • Lain-lain kecacatan / kelemahan / ketidakupayaan • Penyakit sel darah merah |
|--|--|

Saya dengan ini membenarkan Pengendali Takaful / Koperasi Tentera mendapatkan laporan perubahan bagi pihak saya.

9. BAYARAN SUMBANGAN

- a. Peserta / pembayar bertanggungjawab memeriksa potongan gaji bulanan bagi bayaran skim ini dan perlu memaklumkan pihak UGAT / Biro / Majikan dan Koperasi Tentera sekiranya potongan tersebut tidak berjalan dengan lancar dan teratur.
- b. Peserta / pembayar juga perlu memaklumkan berkenaan bayaran yang dibuat (atas talian) kepada pihak Koperasi Tentera untuk dikemaskini.
- c. Pihak pengendali Takaful, Koperasi Tentera dan UGAT / Biro / Majikan tidak bertanggungjawab atas sebarang tuntutan dan pampasan yang ditolak disebabkan oleh tiada potongan gaji atau bayaran sumbangan bagi peserta skim ini.

Saya dengan ini mengesahkan telah membaca, memahami dan bersetuju untuk terikat dengan terma dan syarat yang telah ditetapkan di dalam borang ini dan segala pindaan yang akan datang. Saya juga dengan ini mengakui telah membaca, memahami dan bersetuju untuk terikat dengan Notis Privasi Koperasi Tentera yang boleh didapati di dalam laman sesawang rasmi Koperasi Tentera <https://www.katmb.com.my> dan dengan ini bersetuju untuk memberikan kebenaran kepada pihak Koperasi Tentera memproses data peribadi saya bagi tujuan yang berkaitan dengan permohonan ini selaras dengan ketetapan di dalam Notis Privasi tersebut.

Tandatangan PESERTA / PEMBAYAR
No. Tentera / MyKad
Tarikh