

GROUP MUTIARA PLUS TAKAFUL - BORANG PERMOHONAN

Etiqa Family Takaful Berhad ("Etiqa Family Takaful") adalah dilesenkan di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013 untuk menjalankan perniagaan takaful keluarga dan takaful am di Malaysia dan dikawal selia oleh Bank Negara Malaysia (BNM).

ARAHAN. Sebelum anda memberi jawapan dan pengakuan di dalam Borang Permohonan ini, sila baca NOTIS PENTING berikut.

NOTIS PENTING:

- Dalam borang permohonan ini, melainkan jika dinyatakan sebaliknya, perkataan "saya/kami atau anda" bermaksud Orang Utama Yang Dilindungi / Orang Yang Dilindungi, melainkan arahan-arahan seksyen menunjukkan sebaliknya.
- Sejajar dengan kehendak Perenggan 5 daripada Jadual 9, Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013, anda perlu menjawab kesemua soalan melainkan dinyatakan sebagai tidak wajib, dan membuat pengakuan yang dikehendaki dalam permohonan ini, dan semua jawapan serta pengakuan tersebut mestilah tepat dan lengkap.
- Anda mestilah memaklumkan kepada Etiqa Family Takaful secara bertulis sekiranya terdapat sebarang perubahan terhadap mana-mana jawapan-jawapan atau pengakuan-pengakuan yang diperlukan di dalam permohonan ini, sebelum Sijil Takaful dikeluarkan.
- Sila pastikan Pengantara Takaful anda menyediakan Helaian Pendedahan Produk untuk produk yang dicadangkan di dalam permohonan ini. Sila pastikan bahawa Pengantara Takaful menyampaikan dan menerangkan mengenai pelan yang dicadangkan di dalam bahasa yang anda fahami.
- Permohonan anda akan dinilai oleh Etiqa Family Takaful. Sekiranya permohonan anda diterima, anda akan dimaklumkan secara bertulis oleh Etiqa Family Takaful, dan anda akan diberikan Sijil Takaful. Sila hubungi Pusat Panggilan Pelanggan Etiqa Family Takaful jika anda tidak menerima Sijil Takaful selepas empat belas (30) hari waktu bekerja setelah penyerahan permohonan ini dan semua dokumen sokongan.
- Sila hubungi Pusat Panggilan Pelanggan Etiqa Family Takaful jika anda tidak menerima sijil selepas tiga-puluh (30) hari waktu bekerja setelah penyerahan permohonan ini dan semua dokumen sokongan.
- Sila kemukakan bukti umur seperti salinan Kad Pengenalan, sijil kelahiran atau pasport bersama-sama dengan permohonan ini. Jika umur disalah nyata, jumlah perlindungan, manfaat, bonus yang diperuntukkan (jika ada), sumbangan, atau tarikh tamat tempoh Sijil Takaful mungkin berubah.
- Sila maklumkan kepada Pengantara Takaful atau Etiqa Family Takaful mengenai sebarang perubahan alamat surat-menyurat, atau butiran perhubungan, dan penama atau wasi.
- Jika terdapat sesiapa yang mempengaruhi atau cuba untuk mempengaruhi anda untuk menamatkan sijil anda yang sedia ada, sila laporkan kepada Pusat Panggilan Pelanggan Etiqa Family Takaful dengan segera.
- Jika anda mempunyai pertanyaan atau memerlukan maklumat lanjut, sila hubungi Khidmat Pelanggan Kumpulan Maybank dengan menghubungi 1-300-88-6688, atau menulis ke Etiqa Family Takaful Berhad (266243-D), Aras 19, Menara C, Dataran Maybank, No 1, Jalan Maarof, 59000 Kuala Lumpur, atau melalui faksimili 03-2297 3800, atau e-mel di info@etiqa.com.my, atau hubungi 03-2297 3888, atau Etiqa Online di 1-300-13-8888.
- Jika anda mempunyai aduan, pertikaian atau maklum balas berkaitan permohonan ini, sila hubungi Unit Aduan Etiqa Family Takaful melalui e-mel di cmu@etiqa.com.my, dengan menghubungi 1-300-13-8888 jika dari Malaysia atau +603-2780 4500 jika dari luar Negara, melalui faksimili ke 03-2785 3093, atau secara pos ke Unit Pengurusan Aduan, Aras 4, Menara C, Dataran Maybank, No 1 Jalan Maarof, 59000 Kuala Lumpur
- Jika anda tidak berpuas hati dengan cara pengendalian Etiqa Family Takaful, anda boleh merujuk kepada Bank Negara Malaysia melalui e-mel di bnmtelink@bnm.gov.my, dengan menghubungi 1 300 88 5465, dengan menghantar faksimili kepada +603 2174 1515, atau melalui pos ke BNMTELELINK, Jabatan LINK & Pejabat Wilayah, Tingkat 13C, Bank Negara Malaysia, Peti Surat 10922, 50929 Kuala Lumpur. Jika anda mempertikaikan keputusan yang telah dibuat oleh Etiqa Family Takaful, anda boleh merujuk kepada Ombudsman Perkhidmatan Kewangan melalui e-mel di enquiry@ofs.org.my, hubungi talian di + 603-2272-2811, dengan menghantar faksimili di + 603-2272-1577 atau secara pos ke Tingkat 14, Blok Utama, Menara Takaful Malaysia, No 4, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur.
- Program Pendidikan Pengguna berkenaan Takaful Keluarga dan topik berkaitan boleh didapati di www.insuranceinfo.com.my

ARAHAN: Sila jawab A, B, C dan D dalam huruf besar, dengan dakwat hitam atau tandakan di mana berkenaan. * menunjukkan soalan yang jawapannya tidak wajib. Sila berikan maklumat di mana jawapan anda adalah "Lain-lain".

A: BUTIRAN ORANG UTAMA YANG DILINDUNGI			
Bahasa Pilihan	<input type="checkbox"/> Bahasa Malaysia <input type="checkbox"/> Bahasa Inggeris		
*No. Sijil Induk / Nama Pemegang Sijil Induk			
*Jenis Pemohonan/ Sumbangan	<input type="checkbox"/> Permohonan Baru, RM _____ <input type="checkbox"/> Penyemak Sumbangan, daripada: RM ____ kepada RM ____ <input type="checkbox"/> Kemasukan Orang Dilindungi		
Gelaran	<input type="checkbox"/> Encik <input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> Dato' <input type="checkbox"/> Tan Sri <input type="checkbox"/> Datin <input type="checkbox"/> Puan Seri <input type="checkbox"/> Lain-lain <input type="checkbox"/> Cik <input type="checkbox"/> Datuk <input type="checkbox"/> Datuk Seri <input type="checkbox"/> Tun <input type="checkbox"/> Datin Seri <input type="checkbox"/> Toh Puan _____		
*Nama Penuh (Seperti di dalam KP / Pasport)			
*Jenis Pengenalan	<input type="checkbox"/> Kad Pengenalan Lama <input type="checkbox"/> Kad Pengenalan Tentera <input type="checkbox"/> Pasport <input type="checkbox"/> Sijil Kelahiran <input type="checkbox"/> Kad Pengenalan Polis <input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan) _____		
*Nombor Jenis Pengenalan	*Nombor Kad Pengenalan Baru		
*Tarikh Lahir			Jantina <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan
*Taraf Perkahwinan	*Bangsa	*Agama	
*Warganegara	<input type="checkbox"/> Malaysia <input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan) _____		
*Alamat Kediaman (dengan Poskod)	Bandar/Daerah: _____ Poskod: _____ Negeri: _____ Negara: _____		
*Alamat Surat-Menyurat (dengan Poskod jika berbeza dengan alamat kediaman)	Bandar/Daerah: _____ Poskod: _____ Negeri: _____ Negara: _____		

*Nombor Telefon	Pejabat:	Rumah	
	Telefon Bimbit:		
Alamat E-mel		*Pekerjaan	
No. Staf.	No Gaji		
*Nama Majikan:		*Pekerjaan (Nyatakan tugas sebenar)	
*Alamat Perniagaan / Majikan	Bandar/Daerah: _____ Poskod: _____ Negeri: _____ Negara: _____		
* Keterangan Kerja Sambilan (jika ada)			

B: NOMBOR AKAUN ORANG UTAMA YANG DILINDUNGI UNTUK AUTO KREDIT UNTUK MENERIMA APA-APA PEMBAYARAN MANFAAT/SERAHAN/PEMULANGAN SUMBANGAN MELALUI E-PEMBAYARAN

Nama Bank	
Nombor Akaun Bank	
Alamat Cawangan Bank	

* Akaun bank Orang Utama Yang Dilindungi hendaklah ditadbir di Malaysia. Untuk akaun di luar Malaysia, sila berikan notis bertulis termasuk maklumat akaun kepada Etiqa Family Takaful. Etiqa Family Takaful mempunyai hak untuk menerima atau menolak permintaan, dan akan menasihati anda secara bertulis. Orang Utama Yang Dilindungi hendaklah member salinan buku akaun bank atau penyata bank untuk pengesahan butiran akaun.

C: UNTUK PASANGAN DAN ANAK-ANAK (JIKA MEMOHON UNTUK DILINDUNGI)

Jenis Butiran	Pasangan	Anak 1
* Nama Penuh (Seperti di dalam KP / Pasport)		
*Jenis Pengenalan	<input type="checkbox"/> Kad Pengenalan Lama <input type="checkbox"/> Sijil Kelahiran <input type="checkbox"/> Kad Pengenalan Tentera <input type="checkbox"/> Kad Pengenalan Polis	<input type="checkbox"/> Kad Pengenalan Lama <input type="checkbox"/> Sijil Kelahiran <input type="checkbox"/> Kad Pengenalan Tentera <input type="checkbox"/> Kad Pengenalan Polis <input type="checkbox"/> Pasport <input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan) _____
*Nombor Jenis Pengenalan		
*Nombor Kad Pengenalan Baru		
*Tarikh Lahir		
*Jantina	<input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan	<input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan
*Warganegara	<input type="checkbox"/> Malaysia <input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan) _____	<input type="checkbox"/> Malaysia <input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan) _____
*Bangsa		
*Agama		
*Warganegara		
*Taraf Perkahwinan		
*Pekerjaan:		
*Nama Majikan:		
*Jenis Pekerjaan: (jika bekerja sendiri)		
<input type="checkbox"/> *Permohonan Baru <input type="checkbox"/> Perubahan Sumbangan	Sumbangan Bulanan: RM _____ Sumbangan Daripada : RM _____ Kepada: RM _____	Sumbangan Bulanan: RM _____ Sumbangan Daripada : RM _____ Kepada: RM _____
Jenis Butiran	Anak 2	Anak 3
*Nama Penuh (Seperti di dalam KP / Pasport)		
*Jenis Pengenalan	<input type="checkbox"/> Kad Pengenalan Lama <input type="checkbox"/> Sijil Kelahiran <input type="checkbox"/> Kad Pengenalan Tentera <input type="checkbox"/> Kad Pengenalan Polis	<input type="checkbox"/> Kad Pengenalan Lama <input type="checkbox"/> Sijil Kelahiran <input type="checkbox"/> Kad Pengenalan Tentera <input type="checkbox"/> Kad Pengenalan Polis <input type="checkbox"/> Pasport <input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan) _____
*Nombor Jenis Pengenalan		
*No. Kad Pengenalan/Pasport:		
*Tarikh Lahir		
Jantina	<input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan	<input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan
*Warganegara	<input type="checkbox"/> Malaysia <input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan) _____	<input type="checkbox"/> Malaysia <input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan) _____
*Bangsa		
*Agama		
*Taraf Perkahwinan		

*Pekerjaan:		
*Nama Majikan:		
*Jenis Pekerjaan: (jika bekerja sendiri)		
<input type="checkbox"/> *Permohonan Baru	Sumbangan Bulanan: RM _____	Sumbangan Bulanan: RM _____
<input type="checkbox"/> Penyemak Sumbangan	Sumbangan Daripada : RM _____ Kepada: RM _____	Sumbangan Daripada : RM _____ Kepada: RM _____

D: PENGAKUAN KESIHATAN (JIKA MELEBIHI HAD PERLINDUNGAN PERCUMA)

		Orang Utama Yang Dilindungi	Pasangan	Anak 1	Anak 2	Anak3
1	Apakah ketinggian anda (dalam sm)?	smsmsmsm
2	Apakah berat anda (dalam kg)?	kgkgkgkg
3	Adakah anda merokok? Jika ya berapa batang sehari dan berapa lama anda telah merokok? Orang Utama Yang Dilindungi _____ batang / hari selama _____ tahun Pasangan _____ batang / hari selama _____ tahun	Ya Tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Adakah anda pernah, disahkan atau dirawat, dengan penyakit/jangkitan/gangguan/keadaan, secara langsung atau tidak langsung berkaitan dengan yang berikut:					
	a. Kanser, tumor, sista, ketulan /pertumbuhan/bengkak yang tidak normal, leukemia, melanoma atau limfoma	Ya Tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. Jantung, saluran darah, limfa, kelenjar limfa (termasuk penyakit arteri koronari, serangan jantung, desis jantung, tekanan darah tinggi, kolesterol tinggi, strok)	Ya Tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. Darah (termasuk anemia, talasemia, bilangan platelet yang rendah, masalah pendarahan atau sebarang gangguan darah yang lain)	Ya Tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d. Paru-paru (termasuk radang paru-paru, batuk kering)	Ya Tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	e. Pundi hempedu, hati, perut, esofagus, usus (termasuk hepatitis B atau C, darah dalam najis, kolitis, penyakit Crohn)	Ya Tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	f. Otak, saraf (termasuk epilepsi, sawan, kekejangan, kencing gigi, penyakit Parkinson, sklerosis berbilang, penyakit Alzheimer, lumpuh, getaran tidak terkawal, penyakit psikiatri, nyanyuk)	Ya Tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	g. Tiroid, pankreas, dan kelenjar endokrin (termasuk kencing manis, beguk, system pankreas, gangguan hormon)	Ya Tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	h. Otot, tulang, sendi (termasuk gout, artritis, penyakit sendi, cakera intervertebral prolaps, keabnormalan fizikal, hilang anggota fizikal vs kecacatan)	Ya Tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	i. Buah pinggang, pundi kencing, saluran kencing (termasuk darah dalam air kencing, tahap normal gula atau protein dalam air kencing, batu karang, dan bagi lelaki, prostat)	Ya Tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	j. Sistem Imun (termasuk SLE - sistemik lupus eritematosus)	Ya Tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	k. HIV, AIDS, penyakit kelamin (termasuk herpes, sifilis)	Ya Tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	l. Bagi lelaki: penyakit prostat	Ya Tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	m. Untuk wanita: payudara, pangkal rahim, rahim, ovari (termasuk ketulan payudara, karsinoma in situ, payudara atau sista ovari, fibroid)	Ya Tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Dalam 5 tahun kebelakangan ini adakah anda pernah atau dinasihatkan untuk mendapatkan, atau bercadang untuk menjalani apa-apa siasatan/pemeriksaan termasuk ujian darah/air kencing?	Ya Tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	Adakah anda sekarang menerima/mempertimbangkan untuk mendapat sebarang rawatan perubatan/nasihat atau 5 tahun yang lepas anda pernah dirujuk atau dimasukkan ke hospital / kemudahan perubatan; atau pernahkah anda menjalani/dinasihatkan untuk menjalani pembedahan?	Ya Tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Jika jawapan anda adalah "Ya" kepada mana-mana soalan di atas, sila berikan butir-butir berikut: diagnosis, tarikh, tempoh rawatan, jenis rawatan, maklumat doktor yang merawat dan keadaan semasa..</p> <p>Nama Orang Yang Dilindungi:.....</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosis:..... • Tarikh:..... • Tempoh rawatan:..... • Butiran-butiran rawatan:..... • Butiran-butiran doktor yang merawat:..... • Keadaan ketika ini:..... 						
7	Adakah mana-mana ibu bapa dan/atau adik-beradik anda, pernah menghidap atau meninggal dunia akibat penyakit kencing manis, barah, penyakit buah pinggang, strok atau sebarang penyakit keturunan yang lain sebelum umur enam puluh (60) tahun? Jika	Ya Tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	ya, sila berikan butir-butir diagnosis, umur diserang penyakit, umur semasa jika hidup, atau umur meninggal dunia.		
8	Pernahkan permohonan, pembaharuan atau pengembalian semula mana-mana polisi/kontrak Takaful Keluarga perubatan, kesihatan atau hayat anda ditolak, ditangguhkan, atau tertakluk kepada syarat-syarat khas, jika ya, sila berikan butiran:-	Ya Tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

E: PENAMAAN, PEMBAYARAN UNTUK MANFAAT TAKAFUL

NOTA-NOTA PENTING UNTUK PENAMAAN

Takaful

Merujuk kepada Seksyen 142, Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013, Jadual 10, Orang Utama Yang Dilindungi yang telah mencapai umur enam belas (16) tahun, boleh mengagihkan Manfaat Takaful kepada penama atau melantik penama untuk menerima Manfaat Takaful sebagai benefisiari di bawah Hibah Bersyarat atau melantik penama untuk menerima Manfaat Takaful sebagai Wasi.

Penamaan Wasi

Bagi Orang Utama Yang Dilindungi Islam, Wasi adalah penerima manfaat Takaful merujuk kepada peratusan (%) yang dinyatakan dan bertanggungjawab untuk membahagikan manfaat-manfaat Takaful mengikut Faraid. Sekiranya salah seorang daripada Wasi-wasi meninggal dunia, pembahagian hendaklah dibahagikan sama rata dikalangan Wasi-wasi yang masih hidup.

Bagi Orang Utama Yang Dilindungi bukan Islam, Wasi adalah penerima manfaat Takaful merujuk kepada peratusan (%) yang dinyatakan dan bertanggungjawab untuk mengagihkan manfaat-manfaat Takaful menurut undang-undang yang terpakai. Sekiranya salah seorang daripada Wasi-wasi meninggal dunia, pembahagian hendaklah dibahagikan sama rata dikalangan Wasi-wasi yang masih hidup menurut undang-undang yang terpakai.

Penamaan Benefisiari di bawah Hibah Bersyarat

Benefisiari berhak menerima manfaat berdasarkan Hibah Bersyarat (Hadiah). Hibah Bersyarat mempunyai hak mutlak untuk pemindahan pemilikan manfaat Takaful yang perlu dibayar kepada Benefisiari atas kematian Orang Utama Yang Dilindungi dan tidak akan menjadi sebahagian daripada harta pusaka Orang Utama Yang Dilindungi yang meninggal dunia itu atau tertakluk kepada hutang-hutangnya. Hibah Bersyarat, walau bagaimanapun adalah hadiah di mana Orang Utama Yang Dilindungi boleh membatalkannya semasa hayat Orang Utama Yang Dilindungi.

Sekiranya Benefisiari tidak kompeten semasa pembayaran tuntutan, manfaat Takaful hendaklah dibayar kepada ibubapa Penama tidak kompeten, dan di mana keadaan tiada ibubapa Penama tidak kompeten yang masih hidup:

- (i) Sekiranya manfaat Takaful melebihi lima puluh ribu ringgit, manfaat Takaful hendaklah dibayar kepada pihak menuntut yang bertauliah seperti dinyatakan di dalam Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013; dan
- (ii) Sekiranya manfaat Takaful melebihi lima puluh ribu ringgit, manfaat Takaful hendaklah dibayar kepada Pemegang Amanah Raya atau syarikat amanah yang dilantik oleh Orang Utama Yang Dilindungi.

Sekiranya Benefisiari di bawah Hibah Bersyarat meninggal dunia sebelum Orang Utama Yang Dilindungi, bahagian Benefisiari yang telah meninggal dunia itu hendaklah dibayar kepada harta pusaka Orang Utama Yang Dilindungi apabila Orang Utama Yang Dilindungi meninggal dunia, melainkan jika Orang Utama Yang Dilindungi itu telah membuat penamaan terkemudian bagi menggantikan Benefisiari yang telah meninggal dunia itu.

Pembayaran manfaat Takaful kepada Benefisiari seperti yang dinamakan berikut, akan melepaskan Etiqa Family Takaful daripada semua tanggungjawab dan liabiliti di bawah sijil ini.

No.	Pilihan	Sila tandakan satu (1) sahaja
1.	Penamaan Wasi	
2	Penamaan Benefisiari di bawah Hibah Bersyarat	

BUTIR-BUTIR WASI/ BENEFISIARI

	Wasi/ Benefisiari I	Wasi/ Benefisiari II	Wasi/ Benefisiari III
*Nama			
*Jantina			
*Jenis Pengenal Diri (KP Lama/ Sijil Lahir/ ID Tentera/ ID Polis/ Pasport/ Lain-lain)			
Nombor ID			
*Nombor KP Baru			
*Tarikh Lahir (HHMMTTTT)			
Warganegara			
Pekerjaan (nyatakan tugas sebenar)			
Nama Majikan			
Jenis Perniagaan, (jika bekerja sendiri)			
*Hubungan dengan Orang Utama Yang Dilindungi			
*Bahagian (%)			
Nombor Akaun Semasa/Simpanan			
Nama Bank			
* Alamat tempat tinggal			
* Alamat Surat-menyurat (jika berbeza dari alamat tempat tinggal)			
*Nombor untuk dihubungi	Rumah: Pejabat: Bimbit:	Rumah: Pejabat: Bimbit:	Rumah: Pejabat: Bimbit:

Nota:

- *Ruang yang wajib diisi
- Penamaan hanya dibenarkan jika Orang Utama Yang Dilindungi adalah Orang Yang Dilindungi
- Penyertaansalinan KP/Passport/Sijil Lahir penama-penama amat digalakkan.
- Jika ada lebih dari 3 penama, sila gunakan borang tambahan.
- Penyertaan borang dan perubahan terkini bagi penamaan untuk Etiqa Family Takaful akan menggantikan sebarang penamaan yang telah dibuat sebelum ini.
- Sila beritahu Penama-Penama anda mengenai penamaan berkaitan cadangan ini.

F: KEIZINAN UNTUK ORANG YANG DILINDUNGI BELUM DEWASA (Diisi oleh Ibu Bapa / Penjaga jika Orang Yang Dilindungi ini berumur diantara 1 dan 16 tahun pada hari lahir berikutnya)

Saya/ Kami dengan ini memberi kebenaran untuk mengeluarkan Sijil Takaful atas nyawa anak saya dan bahawa dia adalah merupakan Orang Yang dilindungi bagi sijil Takaful ini. Saya/ Kami bersetuju dengan deklarasi tambahan yang akan diberikan oleh anak saya berhubung dengan cadangan ini

Nama Ibu Bapa / Penjaga:

Nombor Kad Pengenalan / Passport:

Hubungan dengan Kanak-kanak

Tandatangan Ibubapa / Penjaga Berdaftar: 

* Sila serahkan dokumen membuktikan anda sebagai Penjaga.

G: PENGAKUAN / PEMBERIAN KUASA DAN AQAD

Sila baca dengan teliti sebelum menandatangani permohonan ini

1. Saya/Kami sedar bahawa saya perlu menjawab semua soalan-soalan dan pengakuan-pengakuan dalam permohonan ini, dan mengaku bahawa jawapan-jawapan, maklumat dan pengakuan tersebut adalah tepat dan lengkap. Saya/Kami bersetuju bahawa kegagalan menjawab soalan atau pengakuan, atau salah menjawab soalan atau pengakuan boleh mengakibatkan penamatan sijil, tuntutan tidak dibayar, atau terma-terma sijil diubah.
2. Saya/Kami bersetuju untuk memaklumkan Etiqa Family Takaful secara bertulis sekiranya terdapat perubahan kepada mana-mana jawapan-jawapan atau pengakuan-pengakuan di dalam permohonan ini, sebelum tarikh pengeluaran sijil. Saya/Kami bersetuju bahawa kegagalan untuk memberitahu Etiqa Family Takaful mengenai sebarang perubahan tersebut, boleh menyebabkan sijil terbatal, tuntutan yang tidak dibayar, atau terma-terma sijil diubah.
3. Saya/Kami mengesahkan bahawa saya/kami memahami dengan sepenuhnya bahawa jawapan dan perakuan saya/kami yang diberikan di dalam permohonan ini, dan apa-apa dokumen berkaitan yang telah dilengkapkan oleh saya/kami berhubung dengan permohonan dan soal selidik ini, atau pindaan kepadanya, akan digunakan oleh Etiqa Family Takaful, dalam memutuskan sama ada untuk menerima permohonan saya/kami atau tidak.
4. Saya/Kami dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana pakar perubatan, hospital, klinik, syarikat insurans/pengendali Takaful, institusi kewangan atau mana-mana pertubuhan atau syarikat atau orang yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang saya/kami, kedudukan kewangan saya/kami atau kesihatan saya/kami, untuk mendedahkan kepada Etiqa Family Takaful atau wakil mana-mana atau semua maklumat tentang saya/kami dengan merujuk kepada sejarah keluarga saya/kami dan/atau kedudukan kewangan saya/kami dan/atau sejarah perubatan sebelum atau selepas kematian saya/kami. Saya/Kami bersetuju bahawa salinan atau faksimili pemberian kuasa ini hendaklah dianggap berkuatkuasa dan sah seperti yang asal dan sah terikat dengan sesiapa sahaja yang mengambil alih mana-mana hak undang-undang saya/kami.
5. **JIKA JUMLAH PERLINDUNGI SEHINGGA HAD PERLINDUNGAN PERCUMA**
Saya/Kami faham dan setuju bahawa keadaan sedia-wujud tidak akan dilindungi kecuali Manfaat Kematian dibawah pelan ini dari tarikh kuatkuasa atau tarikh pengembalian semula, yang mana lebih kemudian.
6. **JIKA JUMLAH PERLINDUNGI MELEBIHI HAD PERLINDUNGAN PERCUMA**
Saya/ Kami faham dan bersetuju bahawa perlindungan Takaful saya / kami yang dipohon hanya berkuat kuasa pada tarikh KONTRAK SIJIL TAKAFUL DIKELUARKAN oleh Etiqa Family Takaful dengan syarat bahawa permohonan ini telah diluluskan dan sumbangan penuh awal telah diterima oleh Etiqa Family Takaful semasa hayat saya/ kami dan sebelum atau pada tarikh permulaan perlindungan, tidak ada apa-apa perubahan untuk kesihatan saya/ kami. Jika sumbangan awal dibayar melalui cek, saya / kami faham bahawa perlindungan Takaful hanya akan bermula selepas cek telah dijelaskan. Tarikh Kuatkuasa bermula dari bulan potongan sumbangan atau Tarikh Kemasukan Ahli, yang mana lebih kemudian.
7. **Akta Perlindungan Data Peribadi 2010 (PDPA)**
Saya/Kami, bersetuju, dan membenarkan Etiqa Family Takaful untuk memproses data saya/kami peribadi (termasuk data peribadi sensitif) ('Data Peribadi') dengan tujuan menyertai kontrak Takaful dengan mematuhi peruntukan PDPA.
Saya/Kami, memahami dan bersetuju bahawa sebarang data peribadi yang dikumpul atau dipegang oleh Etiqa Family Takaful (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh dipegang, digunakan, diproses dan didedahkan oleh Etiqa Family Takaful kepada individu dan/atau organisasi yang berhubung dan berkaitan dengan Etiqa Family Takaful atau mana-mana pihak ketiga yang dipilih (dalam atau luar Malaysia, termasuk institusi perubatan, syarikat insurans semula, tuntutan ajuster/penyiasat, peguam, persatuan industri, pengawal selia, badan-badan berkanun dan pihak berkuasa kerajaan) bagi tujuan memproses permohonan ini dan memberikan perkhidmatan seterusnya yang berkaitan dengan dan untuk berkomunikasi dengan saya/kami untuk tujuan tersebut.
Saya/Kami faham bahawa saya/kami berhak memperoleh akses kepada, dan memohon sebarang pembetulan Data Peribadi yang dipegang oleh Etiqa Family Takaful berkaitan dengan saya/kami. Permohonan seperti itu boleh dibuat dengan melengkapkan Borang Permohonan Akses didapati di semua cawangan Etiqa Family Takaful atau hubungi Etiqa Family Takaful melalui e-mel di PDPA@etiqa.com.my. Mengikut peruntukan PDPA, saya/kami boleh menghubungi Pusat Khidmat Pelanggan di Etiqa Family Takaful Online di 1 300 13 8888 untuk data peribadi saya/kami. Maklumat tersebut hanya diberikan selepas pengesahan.
Sekiranya saya/kami tidak mengemaskinikan akaun bank untuk tujuan auto kredit untuk Etiqa Family Takaful (sila rujuk Bahagian B di atas), saya/kami bersetuju bahawa akaun saya dengan Kumpulan Maybank boleh digunakan untuk tujuan yang sama.
8. **PENGGUNAAN PRINSIP TAKAFUL**
Saya/Kami bersetuju untuk menyertai Skim Takaful Kumpulan berdasarkan prinsip Takaful. Saya/Kami bersetuju dengan konsep Tabarru' bagi tujuan saling membantu sesama Peserta dan dengan sumbangan ini, saya/kami adalah layak untuk menerima perlindungan Takaful seperti yang dinyatakan di dalam terma-terma dan syarat-syarat dalam kontrak Takaful ini.
Saya/Kami bersetuju untuk membayar Fi Wakalah (seperti yang tertera di dalam Helaian Pendedahan Produk dan seperti yang dinyatakan di dalam Sijil Takaful) kepada Etiqa Family Takaful, sebagai penolakan daripada sumbangan, untuk menanggung perbelanjaan menguruskan dan mengagihkan skim Takaful Kumpulan.
Saya/Kami faham bahawa pada akhir setiap tahun kewangan, lebihan underait (jika ada) daripada Dana Risiko Peserta (DRP) akan ditentukan oleh Etiqa Family Takaful. Saya/Kami bersetuju bahawa 50% daripada lebihan yang diagihkan (jika ada) akan dibayar kepada Etiqa Family Takaful sebagai insentif untuk menjalankan dan menguruskan DRP, dan baki 50% akan dibahagikan diantara Peserta-peserta yang Sijil belum ditamatkan dan sesiapa yang tidak membuat sebarang tuntutan dalam masa tahun kewangan

Saya/Kami bersetuju untuk melantik Etiqa Family Takaful untuk menguruskan Dana Pelaburan Peserta (DPP) menurut prinsip Syariah, dan bahawa Etiqa Family Takaful akan dibayar fi insentif untuk menguruskan prestasi menurut jadual berikut:

Nama Produk	BAYARAN INSENTIF DARIPADA KEUNTUNGAN PELABURAN DALAM DPP (yang mana berkenaan)	
	Orang Yang Dilindungi	Etiqa Family Takaful
Group Mutiara Plus Takaful		

Saya/Kami bersetuju bahawa sekiranya lebih atau sebarang jumlah dibayar kurang daripada sepuluh Ringgit Malaysia (RM10.00) ia akan dikreditkan ke dalam dana amal di mana akan digunakan sebagai "amal jariah" yang mewakili Peserta.

Saya/Kami dengan ini mengakui, selepas membaca dan memahami peraturan yang berkaitan dengan Pelan di atas, bahawa Saya/kami mahu menyertai Pelan tersebut dan bersetuju untuk patuh terhadap peraturan Pelan. Saya/kami bersetuju untuk membayar RM _____ sebulan sebagai sumbangan Pelan dan mengizinkan _____ memotong amaun yang sama daripada gaji saya/kami.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tandatangan Pemohon	Tarikh	Tandatangan Pasangan	Tarikh
Nama Pemohon:		Nama Pasangan.....	

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tandatangan Anak 1 (jika berumur 16 tahun ke atas)	Tarikh	Tandatangan Anak 2 (jika berumur 16 tahun ke atas)	Tarikh
Nama Anak 1:		Nama Anak 2.....	

<input type="text"/>
Tandatangan Anak 3 (jika berumur 16 tahun ke atas)	Tarikh
Nama Anak3:	

<input type="text"/>
Tandatangan *Saksi	Tarikh
Nama Saksi:	
No. Kad Pengenalan/Pasport:.....	

* Saksi hendaklah sekurang-kurangnya berumur 18 tahun, waras anda tidak boleh dinamakan sebagai penama

H: PENGAKUAN OLEH PENGANTARA TAKAFUL /SALURAN JUALAN

Dalam seksyen ini, "Saya" merujuk kepada Pengantara Takaful / Pegawai Saluran Jualan.

1. Saya dengan ini mengaku bahawa maklumat yang terkandung di dalam borang permohonan hanya maklumat yang diberikan kepada saya oleh orang yang dilindungi dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat lain yang mungkin mempengaruhi penerimaan permohonan ini.
2. Selaras dengan pematuhan Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan dan Hasil Daripada Aktiviti Haram 2001 dan Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013, saya memperakui bahawa saya telah melihat dan mengesahkan kad pengenalan, sijil kelahiran atau pasport yang asal bagi Orang Yang Dilindungi pada waktu pemasaran.
3. Dengan ini saya mengakui dan mengesahkan bahawa saya telah menyampaikan dan menjelaskan kepada Orang yang Dilindungi akan maklumat yang terkandung dalam senarai semakan Takaful Perubatan dan Kesihatan (yang mana berkenaan) dan helaian pendedahan produk berkaitan dengan produk dan manfaat, ciri-ciri seperti yang dihuraikan dalam dokumen-dokumen tersebut.

<input type="text"/>	Nama Pengantara Takaful / Pegawai Saluran Jualan
Tandatangan Pengantara Takaful / Pegawai Saluran Jualan	No Telefon Pengantara Takaful/ Pegawai Saluran Jualan :
	Tarikh :

UNTUK KEGUNAAN ETIQA FAMILY TAKAFUL BERHAD SAHAJA

Tarikh Terima di Ibu Pejabat	
Sumbangan Bulanan:	
Tarikh Kemasukan Disemakan oleh:	Tarikh Diluluskan:

Etiqa Family Takaful Berhad (266243D)
 (Formerly known as Etiqa Takaful Berhad)
 (Licensed under Islamic Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia)
 Level 17, Tower B, Dataran Maybank, No 1, Jalan Maarof, 59000 Kuala Lumpur
Etiqa Online 1300 13 8888 E info@etiqa.com.my
Etiqa Healthcare 1800 88 9888 F 1800 22 9988 E etiqahealthcare@etiqa.com.my www.etiqa.com.my

