

E-mel			*Pekerjaan			
No. Staf.			No Gaji			
*Nama Majikan:			*Pekerjaan (Nyatakan tugas sebenar)			
*Alamat Perniagaan / Majikan	Bandar/Daerah:	Poskod:	Negeri:	Negara:		
*Kerja Sambilan (jika ada)						
<b>B: NOMBOR AKAUN ORANG UTAMA YANG DILINDUNGI UNTUK AUTO KREDIT UNTUK MENERIMA APA-APA PEMBAYARAN MANFAAT/SERAHAN/PEMULANGAN SUMBANGAN MELALUI E-PEMBAYARAN</b>						
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 Takaful. Etiqa 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.						
<b>C: UNTUK PASANGAN DAN ANAK-ANAK (JIKA MEMOHON UNTUK DILINDUNGI)</b>						
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"/> Pasport <input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan)	<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)						
o* Permohonan Baru o 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"/> Pasport <input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan)	<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	Anak 3
1	Apakah ketinggian anda (dalam sm)?	.....sm	.....sm	.....sm	.....sm	.....sm
2	Apakah berat anda (dalam kg)?	.....kg	.....kg	.....kg	.....kg	.....kg
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, kancing 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"/>
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..						
Nama Orang Yang Dilindungi:.....						
• 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 lah sebelum umur enam puluh (60) tahun? Jika ya, sila berikan butir-butir diagnosis, umur diserang penyakit, umur semasa jika hidup, atau umur meninggal dunia.	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"/>

8	Pernahkan permohonan, pembaharuan atau pengembalian semula mana-mana polisi/kontrak Takaful Keluarga perubahan, kesihatan atau hayat anda ditolak, ditangguhkan, atau tertakluk kepada syarat-syarat khas, jika ya, sila berikan butiran:-	Ya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tidak	<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 tidak 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 Etika Takaful daripada semua tanggjawab dan liabiliti di bawah siji ini.

No.	Pilihan	Sila tandakan satu (1) sahaja
1	Penamaan Wasi	<input type="checkbox"/>
2	Penamaan Benefisiari di bawah Hibah Bersyarat	<input type="checkbox"/>

#### BUTIR-BUTIR WASI/BENEFISIARI

	Wasi/ Benefisiari I	Wasi/ Benefisiari II	Wasi/ Benefisiari III
*Nama			
*Jantina			
*Jenis Pengenalan 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 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** (Dibolehkan Ibu/Bapa / Penjaga jika Orang Yang Dilindungi berumur di antara 1 dan 18 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 tema-tema sijil diubah.
2. Saya/Kami bersetuju untuk memaklumkan Etiqa 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 Takaful mengenai sebarang perubahan tersebut, boleh menyebabkan sijil terbatal, tuntutan yang tidak dibayar, atau tema-tema 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 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 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 Takaful dengan syarat bahawa permohonan ini telah diluluskan dan sumbangan penuh awal telah diterima oleh Etiqa 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 Kematian Ahli, yang mana lebih kemudian.
7. **Akta Perlindungan Data Peribadi 2010 (PDPA)**  
Saya/Kami, bersetuju, dan membenarkan Etiqa 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 Takaful (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh dipegang, digunakan, diproses dan didedahkan oleh Etiqa Takaful kepada individu dan/atau organisasi yang berhubung dan berkaitan dengan Etiqa 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 Takaful berkaitan dengan saya/kami. Permohonan seperti itu boleh dibuat dengan melengkapkan Borang Permohonan Akses diapati di semua cawangan Etiqa Takaful atau hubungi Etiqa Takaful melalui e-mel di PDPA@etiqa.com.my. Mengikut peruntukan PDPA, saya/kami boleh menghubungi Pusat Khidmat Pelanggan di Etiqa 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 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 tema-tema dan syarat-syarat dalam kontrak Takaful ini.  
Saya/Kami bersetuju untuk membayar FI Wakalah (seperli yang tertera di dalam Helalan Pendedahan Produk dan seperti yang dinyatakan di dalam Sijil Takaful) kepada Etiqa 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 Takaful. Saya/Kami bersetuju bahawa 50% daripada lebihan yang diagihkan (jika ada) akan dibayar kepada Etiqa 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 Takaful untuk menguruskan Dana Pelaburan Peserta (DPP) menurut prinsip Syariah, dan bahawa Etiqa 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 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.

.....  
 Tarikh  
 Nama Pemohon: ..... Nama Pasangan: .....

.....  
 Tandatangan Anak 1 Tarikh Tandatangan Anak 2 Tarikh  
 (jika berumur 16 tahun ke atas) (jika berumur 16 tahun ke atas)  
 Nama Anak 1: ..... Nama Anak 2: .....

.....  
 Tandatangan Anak 3 Tarikh  
 (jika berumur 16 tahun ke atas)  
 Nama Anak 3: .....

.....  
 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.

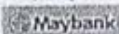
- Saya dengan ini mengaku bahawa maklumat yang terkandung di dalam borang permohonan hanya maklumat yang diberikan kepada saya oleh orang yang dilindungi dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat lain yang mungkin mempengaruhi penerimaan permohonan ini.
- Selaras dengan pematuan Akta Pencegahan 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.
- 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 diuraikan dalam dokumen-dokumen tersebut.

.....  
 Nama Pengantara Takaful /  
 Pegawai Saluran Jualan .....  
 Tandatangan Pengantara Takaful / Pegawai Saluran  
 Jualan No Telefon Pengantara Takaful/  
 Pegawai Saluran Jualan .....  
 Tarikh .....

**UNTUK KEGUNAAN ETIQA TAKAFUL BERHAD SAHAJA**

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

Etiqa Takaful Berhad (6645250) ©Disediakan di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013 dan diluluskan oleh Bank Negara Malaysia  
 Tingkat 19, Tower C, Dataran Maybank, No 1, Jalan Maarof, 59000 Kuala Lumpur  
 T +603 2297 3888 F +603 2297 3800 E info@etiqa.com.my www.etiqa.com.my

Etiqa Centreline 1500 95 6888  
 Ahli Kumpulan 

## GROUP MUTIARA PLUS TAKAFUL - BORANG PERMOHONAN

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

Sebelum anda menandatangani Borang Permohonan ini, sila baca **NOTIS PENTING** dan jika perlu, sila dapatkan penjelasan penuh dan terperinci tentang notis yang dinyatakan di dalam **NOTIS PENTING**.

### NOTIS PENTING

- Dalam borang permohonan ini, maksudkan jika dinyatakan sebaliknya, perkataan "saya/kami atau anda" bermaksud Peserta/ Orang Yang Dilindungi, mana-mana yang berkenaan.
- Mengikut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013, anda dikehendaki menjawab semua soalan-soalan dan pengakuan-pengakuan di dalam permohonan ini, dan kesemua jawapan-jawapan dan pengakuan-pengakuan ini mestilah tepat dan lengkap.
- Anda hendaklah memaklumkan kepada Etiqa Takaful secara bertulis sekiranya terdapat sebarang perubahan terhadap mana-mana jawapan-jawapan atau pengakuan-pengakuan yang diperlukan di dalam permohonan ini, sebelum siji Takaful dikeluarkan.
- Penerimaan terhadap permohonan anda adalah tertakluk kepada penilaian pengunderaitan. Perlindungan akan bermula selepas siji dikeluarkan.
- Sila maklumkan kepada Pengantara Takaful atau Etiqa Takaful mengenai sebarang perubahan alamat surat-menyurat dan butiran perhubungan termasuk pindaan ke atas penama, dan/atau wasil, bagi membolehkan Etiqa Takaful untuk menghubungi anda dengan lebih efektif.
- Sila hubungi Pusat Panggilan Pelanggan Etiqa Takaful jika anda tidak menerima siji selepas tiga-puluh (30) hari waktu bekerja setelah penyerahan permohonan ini dan semua dokumen sokongan.
- Sila pastikan anda menerima resit rasmi dari Etiqa Takaful pada masa yang munasabah tetapi tidak lebih daripada tiga puluh (30) hari, sekiranya gagal anda hendaklah menghubungi Etiqa Takaful, ia adalah penting untuk menyimpan resit rasmi sebagai bukti pembayaran sumbangan.
- Sila kemukakan bukti umur (seperti salinan Kad Pengenalan) bersama-sama dengan permohonan ini, kerana ia merupakan pra-syarat bagi bayaran manfaat Takaful. Jika umur disalah nyata, manfaat, lebihan agihan (jika ada), sumbangan, atau tarikh tamat tempoh siji mungkin boleh diubah.
- Sila pastikan bahawa Pengantara Takaful menyampaikan dan menerangkan dengan sepenuhnya mengenai pelan yang dicadangkan di dalam bahasa yang anda fahami, dan menyediakan anda dengan helaan pendedahan produk untuk pertimbangan anda. Sila dapatkan penjelasan daripada Pengantara Takaful jika anda tidak memahami mana-mana terma dan syarat di dalamnya.
- Jika terdapat sesialapa yang mempengaruhi atau cuba untuk mempengaruhi anda untuk menamatkan siji anda yang sedia ada, sila laporkan kepada Pusat Panggilan Pelanggan Etiqa Takaful dengan segera.
- Jika anda mempunyai pertanyaan atau memerlukan maklumat lanjut, sila hubungi Pusat Panggilan Pelanggan Etiqa Takaful melalui e-mel di [info@etiqa.com.my](mailto:info@etiqa.com.my) atau hubungi di talian 1-300-13-8888 jika dari Malaysia. Jika anda mempunyai aduan, pertikaian atau maklum balas, sila hubungi Unit Aduan Etiqa Takaful melalui e-mel di [cmu@etiqa.com.my](mailto:cmu@etiqa.com.my), hubungi talian di 1-300-13-8888 jika dalam Malaysia atau di talian + 603-2780-4500 jika luar Negara, dengan menghantar faksimili ke + 603-2785-3093 atau secara pos ke Unit Pengurusan Aduan, Aras 4, Menara C, Dataran Maybank, No 1 Jalan Maarof, 59000 Kuala Lumpur.
- Program Pendidikan Pengguna boleh didapati di [www.insuranceinfo.com.my](http://www.insuranceinfo.com.my). Jika anda tidak berpuas hati dengan cara pengendalian Etiqa Takaful, anda boleh merujuk kepada Bank Negara Malaysia melalui e-mel di [bnmtelevlink@bnm.gov.my](mailto:bnmtelevlink@bnm.gov.my), dengan menghubungi + 603-2698-8044, dengan menghantar faksimili kepada + 603-2693-4051, 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 Takaful, anda boleh merujuk kepada Biro Pengantaraan Kewangan melalui e-mel di [enquiry@fmb.org.my](mailto:enquiry@fmb.org.my), hubungi talian di + 603-2272-2811, dengan menghantar faksimili di + 603-2272-1577 atau secara pos ke Tingkat 25, Blok Utama, Menara Takaful Malaysia, No 4, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur.

**ARAHAN:** Sila lengkapkan sepenuhnya dalam HURUF BESAR dan tandakan (√) kotak yang mana berkenaan. Sila gunakan pen berdkwat HITAM sahaja.

\*Ruang wajib untuk dilengkapkan

A. BUTIRAN PERIBADI ORANG UTAMA YANG DILINDUNGI			
Bahasa Pilihan	<input type="checkbox"/> Bahasa Malaysia	<input type="checkbox"/> Bahasa Inggeris	
*No. Siji Induk / Nama Pemegang Siji 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"/> Siji 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:      Faks: