

SKIM KESIHATAN DAN SIMPANAN TKM 0679 & 0681 CUEPACS ETIQA MUTIARA PLUS

PROMOSI
Tiada Pemeriksaan Doktor
bagi Sumbangan RM30

Takaful

Sebahagian dari cabang muamalat Islam yang saling menjamin, menjaga dan memelihara sesama peserta berasaskan kepada konsep 'tabarru' (derma).

CUEPACS Etiqa Mutiara Plus

CUEPACS Etiqa Mutiara Plus merupakan pelan takaful yang direka untuk disertai oleh peserta berbentuk kumpulan seperti CUEPACS yang ingin menyediakan perlindungan kepada ahli mereka.

Dengan sumbangan serendah RM30.00 setiap bulan, peserta akan mendapat perlindungan takaful dan manfaat dari simpanannya. Kadar nisbah bagi pelan ini adalah 45% Akaun Peserta dan 55% Akaun Khas Peserta.

Manfaat Utama

Manfaat Perlindungan

CUEPACS Etiqa Mutiara Plus mempunyai ciri-ciri tabungan dan perlindungan.

Manfaat Perlindungan yang Tinggi dan Fleksibel

CUEPACS Etiqa Mutiara Plus memberikan pulangan manfaat yang berganda sekiranya berlaku kemalangan.

Skim Kesihatan dan Simpanan Mutiara yang dianjurkan oleh CUEPACS dengan kerjasama ETIQA TAKAFUL BERHAD untuk semua ahli. Skim ini adalah yang terbaik, murah dan mudah untuk menyertainya.

Pembayaran Sumbangan yang Mudah

Semua ahli membayar sumbangan yang sama (pilihan sumbangan minima adalah RM30.00). Untuk tidak membebankan, sumbangan bulanan ditolak terus dari gaji bulanan. Ini dapat menjamin perlindungan yang berterusan.

Simpanan atau Dana

Simpanan adalah jumlah wang dalam Akaun Peserta dengan keuntungan, jika ada, yang dikreditkan setiap akhir tahun kewangan.

Pengecualian Cukai Pendapatan

Peserta layak mendapatkan pengecualian dari cukai pendapatan bagi sumbangan yang dibayar, tertakluk kepada keputusan muktamad Lembaga Hasil Dalam Negeri.

Perlindungan 24 jam di Seluruh Dunia

Di mana sahaja anda berada, tidak kira siang atau malam, CUEPACS Etiqa Mutiara Plus akan melindungi anda 24 jam di seluruh dunia.

DENGAN SIMPANAN RM1 SEHARI ATAU RM30 SEBULAN
FAEDAHNYA ADALAH SEPERTI BERIKUT:

36 PENYAKIT KRITIKAL	RM30,000
KEMATIAN BIASA	RM30,000
KEMATIAN AKIBAT KEMALANGAN	RM60,000
HILANG UPAYA MENYELURUH BIASA	RM30,000
HILANG UPAYA MENYELURUH AKIBAT KEMALANGAN	RM60,000
KHAIRAT KEMATIAN	RM 2,000
KEMASUKAN HOSPITAL	RM30 sehari

ATAU

SIMPANAN DISIPLIN DAN SISTEMATIK
UNTUK HARI TUA ANDA

Nilai Pulangan Akaun Peserta

Tahun	Sumbangan /Asas (Setahun)*	Sumbangan Terkumpul	Baki AP* (Akhir Tahun)
1	360	360	168
5	360	1,800	913
10	360	3,600	2,023
15	360	5,400	3,374
20	360	7,200	5,017
25	360	9,000	7,017
30	360	10,800	9,449
35	360	12,600	12,409

*Contoh Sumbangan RM30 Sebulan

*Termasuk Jumlah Keuntungan Mudharabah dengan andaian pulangan pelaburan 4%

Jenis Manfaat Serta Sumbangan

Bilangan Unit	Caruman Bulanan	Kematian		Keilatan Kekal Penuh		Khairat Kematian Peserta	Manfaat Hospital (Harian)	Penyakit Kritikal	Keilatan Kekal Separa (Semua Akibat)
		Biasa	Kemalangan	Biasa	Kemalangan				
3	30	30,000	60,000	30,000	60,000	2,000	30	30,000	30,000
4	40	40,000	80,000	40,000	80,000	2,000	40	40,000	40,000
5	50	50,000	100,000	50,000	100,000	2,000	50	50,000	50,000
6	60	60,000	120,000	60,000	120,000	2,000	60	60,000	60,000
7	70	70,000	140,000	70,000	140,000	2,000	70	70,000	70,000
8	80	80,000	160,000	80,000	160,000	2,000	80	80,000	80,000
9	90	90,000	180,000	90,000	180,000	2,000	90	90,000	90,000
10	100	100,000	200,000	100,000	200,000	2,000	100	100,000	100,000

Jadual Pampasan Untuk Kehilangan Anggota Badan Dan Keilatan Yang Berkekalan:

Kehilangan anggota badan - pada skala berikut	Peratusan Jumlah Perlindungan
Kehilangan kedua belah tangan	100%
Kehilangan kedua belah kaki	100%
Kehilangan sebelah tangan dan sebelah kaki	100%
Lumpuh yang menyebabkan terlantar buat selamanya	100%
Lumpuh sepenuh yang berkekalan	100%
Kehilangan kedua belah mata	100%
Kehilangan penglihatan kedua belah mata sepenuhnya	100%

Syarat-Syarat Penyertaan

- Had umur peserta dan pasangan : 18 hingga 58 tahun
- Had umur peserta dan anak : 15 hari hingga 24 tahun

Pengecualian Manfaat

Pengecualian manfaat adalah seperti yang dinyatakan di dalam Kontrak Induk.

Manfaat Perlindungan

Setiap unit Etiqa Mutiara Plus boleh terdiri daripada gabungan perlindungan-perlindungan berikut:

- Kematian Biasa Dan Kemalangan
- Keilatan Kekal Menyeluruh Akibat Penyakit Dan Kemalangan
- Keilatan Separa Kekal Akibat Penyakit Dan Kemalangan
- Manfaat Pengkebumian
- Manfaat Harian Hospital
- Penyakit Kritikal

Takrif Keilatan Kekal Menyeluruh

Keilatan Kekal Menyeluruh bagi peserta adalah bermaksud keilatan sama ada disebabkan kecederaan anggota atau penyakit yang menghalang terus peserta dari mencebur diri dalam apa-apa perniagaan atau pekerjaan bagi mendapatkan pampasan atau untung. Untuk menentukan keilatan itu telah menjadi sesuatu yang kekal, ia mestilah berlaku berterusan tanpa terganggu selama sekurang-kurangnya enam bulan.

*Penting

Brosur ini hanya merupakan keterangan ringkas. Untuk mendapatkan bukti-bukti lengkap mengenai syarat dan peraturan, sila rujuk kepada kontrak anda.

36 Jenis Penyakit Kritikal

- Serangan Jantung
- Strok
- Kanser
- Penyakit Arteri Koronari
- Pembedahan Aorta
- Pemindahan Organ Utama
- Koma
- Lumpuh/Paraplegia
- Sklerosis Berbilang
- Kegagalan Buah Pinggang (Renal)
- Hepatitis Virus Fulminan
- Hipertensi Arteri Pulmonari Primer
- Hilang Penglihatan
- Hilang Pendengaran
- Hilang Pertuturan
- Luka Terbakar Teruk
- Trauma Kepala Utama
- Penyakit Terminal
- Tumor Otak Benigna
- Penyakit Parkinson
- Penyakit Paru-Paru Kronik
- Penyakit Hati Kronik
- Penyakit Neuron Motor
- Penyakit Alzheimer
- Angioplasti Dan Rawatan Invasif Lain Bagi Penyakit Arteri Koronari
- Hilang Keupayaan Diri/Bebas
- Radang Otak - Ensefalitis
- Sindrom Apalik
- Poliomieltitis
- Rawatan Laser Koronari
- Distrofi Otot
- Atherectomi Koronari
- Anaemia Aplastik
- Meningitis Bakteria
- Penyakit Paru-paru Peringkat Akhir
- Penyakit Arteri Koronari yang Serius

Soalan & Jawapan

- S. Bolehkah pasangan dan anak-anak ahli terus menyertai skim ini sekiranya berlaku kematian / hilang upaya kekal / menghadapi penyakit kritikal ke atas ahli sebelum mencapai umur 65 tahun?
- J. Boleh. Mereka boleh terus menyertai skim ini sehingga mencapai umur 65 tahun tetapi bayaran sumbangan mestilah melalui CUEPACS.
- S. Bolehkah ahli / pasangan / anak-anak ahli memohon untuk menambahkan sumbangan mereka lebih dari RM 30?
- J. Boleh sehingga maksima RM100.00 sahaja tetapi tidak dibenarkan dalam tempoh promosi khas ini. Mereka boleh menambahkan sumbangan selepas tamat tempoh promosi dengan melengkapkan Borang Permohonan Berkumpulan Biasa yang disahkan oleh Etiqa Takaful Berhad dengan syarat tidak melebihi manfaat maksimum yang ditetapkan.
- S. Bagaimanakah ahli yang telah bersara sebelum 65 tahun membayar sumbangannya?
- J. Ahli yang telah bersara itu dikehendaki mengekalkan keahlian mereka dan membayar sumbangannya melalui CUEPACS.

Sebarang pertanyaan sila hubungi :
CUEPACS ETIQA MUTIARA PLUS
 Level G, Bangunan PSM,
 No. 17B, Jalan Bangsar,
 58200 Kuala Lumpur.
 Tel: 03-2284 1727, 017-634 0518

Pengunderitan oleh :
ETIQA TAKAFUL BERHAD (No. Syarikat 266243-D)
 (dahulunya dikenali sebagai Takaful Nasional Berhad)
 Aras 19, Tower C, Dataran Maybank,
 No. 1, Jalan Maarof, 59000 Kuala Lumpur, Malaysia.
 Tel: 03-2297 3888
 Faks: 03-2297 3800
 Email : info@etiqa.com.my
www.etiqa.com.my

- | | Pemohon | Isteri/Suami | Anak 1 | Anak 2 | Anak 3 | Anak 4 | Anak 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Pernahkah permohonan takaful keluarga/insurans nyawa, keilatan atau kemalangan anda ditolak, ditunda atau diterima dengan peruntukan khas atau masih dalam pertimbangan ? | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak |
| 2. Pernahkah anda diuji, menerima nasihat perubatan, runding cara atau rawatan berhubung Sindrom Kurang Daya Tahan Penyakit (AIDS) atau penyakit berkaitan AIDS atau penyakit kelamin berjangkit atau disahkan positif bagi ujian anti HIV dan Hepatitis B ? | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak |
| 3. Pernahkah anda menjalani, diberitahu untuk menjalani atau pernah menerima rawatan atau nasihat berhubung dengan penyakit kencing manis, sakit jantung, tekanan darah tinggi, sakit buah pinggang, barah, ketumbuhan, angin ahmar, penyakit limpa, pemindahan organ atau sebarang penyakit atau gangguan pada sistem-sistem di badan atau mana-mana penyakit kritikal ang disenaraikan di atas. | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak |
| 4. Adakah anda akan atau telah terlibat dalam sukan atau kerjaya yang merbahaya dan penerbangan selain sebagai penumpang bertambang. | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak |

Sekiranya ada jawapan pada soalan di atas ditanda "Ya" sila berikan keterangan penuh di bawah ini dan catatkan sama ada pemohon atau suami/isteri, nombor soalan/jenis rawatan/pemeriksaan/kecederaan/nama atau tempat rawatan/tarikh dan tempoh rawatan, ATAU sertakan dokumen berkaitan.

Catatan: _____

Pengakuan

Saya/kami dengan ini mengaku bahawa semua pernyataan di atas dan dokumen yang disertakan berhubung dengan permohonan ini adalah lengkap dan benar sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya/kami. Saya/kami mengizinkan Etiqa Takaful Berhad untuk memperolehi keterangan daripada doktor yang pernah merawat saya/kami atau daripada Syarikat Takaful/Insurans yang pernah saya/kami pohon untuk perlindungan takaful/insurans nyawa. Saya/kami bersetuju bahawa pernyataan dan akuan yang terkandung dalam Borang Permohonan ini akan menjadi asas kepada perjanjian takaful antara saya/kami dengan Etiqa Takaful Berhad dan disifatkan sebagai digabungkan dalam perjanjian ini.

Saya/kami juga bersetuju bahawa berdasarkan kepada prinsip Al-Mudharabah dan lain-lain hukum Syarak yang berkaitan sebanyak 45% daripada sumbangan takaful yang saya bersetuju untuk membayar kepada Etiqa Takaful Berhad dikreditkan ke dalam Akaun Peserta saya/kami dengan Syarikat. Bakinya sebanyak 55% dikreditkan ke dalam Akaun Khas Peserta sebagai Tabarru' (derma) untuk membolehkan pihak Syarikat membayar Manfaat Takaful kepada peserta-peserta yang berhak. Saya/kami seterusnya bersetuju Syarikat menguruskan pelan ini termasuk pelaburan atas sumbangan tersebut dengan cara yang ditentukan bersesuaian oleh Syarikat dan atas pertimbangan itu saya/kami adalah berhak ke atas Manfaat Takaful dan berkongsi keuntungan pelaburan dari Akaun Peserta serta lebih bersih (keuntungan) Akaun Khas Peserta, jika ada, mengikut nisbah 80% kepada saya/kami dan 20% kepada Syarikat mengikut syarat dan peraturan yang terkandung di dalam perjanjian ini.

Saya/kami dengan ini mengaku setelah membaca dan memahami peraturan berkaitan dengan Pelan di atas, dengan ini untuk memohon untuk menyertai Pelan tersebut dan bersetuju untuk mematuhi segala peraturan Pelan tersebut.

Saya/kami bersetuju membayar RM _____ sebulan sebagai sumbangan untuk Pelan tersebut dan memberi kebenaran kepada _____ (nama majikan) memotong sejumlah yang sama dari gaji saya/kami mulai bulan _____ dan seterusnya sehingga dimaklumkan sebaliknya oleh saya kepada pihak tuan.

Tandatangan Peserta

Tarikh

Tandatangan Peserta (Suami/Isteri)

Tarikh

Alamat Rumah : _____

Tandatangan Saksi

Tarikh

Nama :

No. K/P :

No. Telefon (H/P) : _____

Pengakuan Wakil / Pemegang Kontrak Induk

Kami dengan ini mengaku bahawa maklumat yang terkandung di dalam borang permohonan ini sahajalah maklumat yang diberikan kepada kami oleh pemohon dan kami tidak menyimpan maklumat lain yang mungkin dapat mempengaruhi penerimaan permohonan ini atau membuat pernyataan kepada pemohon yang bertentangan dengan peruntukan seperti yang terkandung di dalam sijil rasmi yang dikeluarkan oleh Etiqa Takaful Berhad.

Tarikh

Nama

Cop Organisasi

Tandatangan

Untuk Kegunaan Etiqa Takaful Berhad

Nombor Skim

Nombor Sijil

Tarikh Kuatkuasa

Sumbangan Asal : RM _____ Baru : RM _____

Disemak : _____

Diluluskan : _____

Etiqa Takaful Berhad (266243-D) (Dahulunya dikenali sebagai Takaful Nasional Berhad)

Aras 19, Tower C, Dataran Maybank, No 1, Jalan Maarof, 59000 Kuala Lumpur, Malaysia.

T +603 2297 3888 F +603 2297 3800 E info@etiqa.com.my www.etiqa.com.my

Etiqa Online 1 300 13 8888

Ahli Kumpulan 