

E. PENYAKIT-PENYAKIT SPESIFIK

Bermakna ketidakupayaan berikut dan keadaan yang berkaitan, yang berlaku dalam tempoh 120 hari pertama dilindungi Orang Yang Dilindungi, tidak kira sama ada beliau menyedarinya atau tidak:

- Penyakit tekanan darah tinggi dan diabetes melitus dan penyakit kardiovaskular dan vena varikos.
- Semua jenis ketumbuhan, kanser, termasuk sista dan darah malignansi, batu karang di dalam sistem kencing dan hempedu serta kolesistitis.
- Semua jenis keadaan telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak.
- Hernia, hemoroid, fistula, hidroselom, varikoselom.
- Endometriosis termasuk penyakit pada sistem peranakan.
- Gangguan tulang belakang (termasuk ceper) dan keadaan lutut.

F. SYARAT-SYARAT PENTING

PERLINDUNGAN HANYA AKAN BERKUATKUASA SELEPAS TEMPOH MENUNGGU 30 HARI KECUALI KES KEMALANGAN

- Perlindungan Takaful ini akan tamat secara automatik apabila ahli:-
 - Telah genap umur 60 tahun atau
 - Berhenti dari keahlian WATAKMAS.
 - Anak mencapai umur 19 tahun. Sekiranya masih belajar di Institusi Pengajian Tinggi (IPT) dan belum berkahwin, keahlian ditamatkan apabila mencapai umur 23 tahun.
 - Selepas perlinungan berterusan sehingga ke tahun kedua dan berikutnya, peserta akan layak untuk manfaat perlindungan yang sedia ada dan tiada lagi pengecualian untuk 120 hari bagi penyakit-penyakit spesifik dan juga tempoh menunggu 30 hari.
- Sebarang pertukaran alamat, jawatan, status dan sebagainya hendaklah dimaklumkan kepada WATAKMAS dengan segera.
- Setiap Penyakit/Kemalangan yang berlaku dan membolehkan tuntutan dibuat hendaklah dilaporkan dengan segera kepada WATAKMAS dalam tempoh 90 hari daripada tarikh sakit/kemalangan. Jika gagal pihak WATAKMAS tidak akan bertanggungjawab di atas sebarang penolakan tuntutan oleh Etiqa Takaful Berhad.
- Sebarang pertikaian yang timbul hendaklah dirujuk kepada KONTRAK INDUK PERUBATAN WATAKMAS yang asal yang disimpan di Pejabat WATAKMAS.

G. AKUAN KESIHATAN

Saya / kami mengakui dan mengesahkan berada didalam keadaan yang sihat dan tidak mengalami atau menerima nasihat perubatan, kaunselling atau rawatan berkenaan masalah jantung, strok, buah pinggang, tumor, tekanan darah tinggi, kencing manis atau batu dalam sistem kencing, dan atau sebarang penyakit, pembedahan, nasihat perubatan atau pembedahan, siasatan kemalangan, rawatan atau pemeriksaan fizikal selain daripada yang telah dinyatakan. Saya / kami juga mengesahkan bahawa sepanjang pengetahuan saya / kami semua pernyataan yang tercatat didalam borang permohonan ini adalah benar dan betul dan saya/kami tidak menyembunyikan, memalsukan atau memberi pernyataan yang tidak benar mengenai apa-apa kenyataan penting. Jika tidak, sila nyatakan :-

Bil.	Jenis penyakit / Rawatan	Tempat Rawatan/ Nama Doktor	Tarikh& Tempoh Rawatan

H. AQAD

Saya dengan ini mengaku bahawa semua pernyataan tersebut diatas dan dokumen yang disertakan berhubung dengan permohonan ini adalah lengkap dan benar sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya. Saya mengizinkan dan membenarkan ETIQA TAKAFUL BERHAD untuk memperoleh keterangan daripada doktor yang pernah merawat saya atau daripada mana-mana syarikat Takaful / insurans yang saya pernah memohon untuk dilindungi. Saya bersetuju bahawa pernyataan dan akuan yang terkandung dalam borang permohonan ini akan menjadi asas kepada perjanjian Takaful diantara saya dengan ETIQA TAKAFUL BERHAD.

Tandatangan Ahli Watakmas :
Tarikh :

I. AQAD

Saya dengan ini mengesahkan bahawa ahli tersebut adalah Wakil Etiqa Takaful Bhd yang sah dan "AKTIF" di bawah seliaan Agensi saya, layak mengikuti pelan ini.

Tandatangan Ketua Agensi

Nama

Kod Wakil

Tarikh

J. PENGESAHAN AHLI WATAKMAS

Saya dengan ini mengesahkan bahawa ahli tersebut adalah Wakil Etiqa Takaful Bhd yang sah dan "AKTIF" di bawah seliaan Agensi saya ,layak mengikuti pelan ini.

Cop & Tandatangan
Setiausaha Agong Watakmas

Nama

Tarikh

Nama Ahli : _____ Kod Wakil : _____
Alamat : _____ Kod Am / Nama : _____
_____ Kod Gam / Nama : _____
_____ Tarikh : _____

ETIQA TAKAFUL BERHAD
Jabatan Intermediari & Jualan,
Tingkat 11 , Menara Etiqa,
No 23 Jalan Melaka,
50100 KUALA LUMPUR.

Tuan,

KEBENARAN POTONGAN KOMISEN PELAN TAKAFUL HOSPITAL & PEMBEDAHAN BERKELOMPOK WATAKMAS

Perkara di atas di rujuk.

Saya, dengan ini memberi kebenaran kepada pihak pengurusan ETIQA TAKAFUL BHD membuat potongan komisen saya untuk pembayaran berikut kepada **Persatuan Wakil Takaful Nasional Malaysia (WATAKMAS)** :-

1. Tunggakkan sumbangan pelan diatas sebanyak RM _____
2. Tuntutan pembayaran kos perubatan yang tertunggak RM _____

Sekian, terima kasih.

Yang benar,

()

cc: *Presiden WATAKMAS*
Ketua Agensi
NO AHLI