



eTiqa

TAKAFUL NUTP HEALTH CARE

- Kad Perubatan Takaful 100% Islamik -

Tiada Pemeriksaan Kesihatan Diperlukan

* Tiada perlindungan atas penyakit sedia ada.



AMINUDDIN BIN AWANG
Presiden NUTP

Assalamualaikum dan Salam Sejahtera,

Tahniah dan syabas kerana telah membuat pilihan yang tepat dengan memilih NUTP sebagai payung tempat berlindung. Dalam usaha menjaga kebajikan ahli, pihak NUTP telah menyediakan produk insurans ini yang merupakan antara produk terbaik NUTP.

Melalui produk hasil inisiatif NUTP ini, semua ahli NUTP di harap dapat menyertainya kerana ia adalah khusus untuk ahli NUTP sahaja. Produk ini bukan sekadar lebih murah dan rendah berbanding produk lain dalam pasaran walaupun manfaatnya sama, tetapi turut disediakan khidmat lepas jualan yang terbaik. Sebarang tuntutan yang hendak dibuat atau pertanyaan produk boleh dibuat di semua pejabat NUTP yang ada di seluruh Semenanjung Malaysia.

Penyertaan dalam produk ini akan dapat membantu ahli NUTP terlibat semasa kecemasan dan kesukaran khususnya dalam mendapatkan perkhidmatan perubatan yang sempurna dan selesa. Sediakanlah perlindungan sebelum bencana mendatang kerana sesungguhnya "malang tidak berbau".

Sehubungan dengan itu, saya menyeru semua ahli NUTP agar membantu diri sendiri dengan melanggan produk ini demi keluarga tersayang.

Salam 1 NUTP daripada Presiden NUTP

AMINUDDIN BIN AWANG



Mejar Bersekutu (PA) Wang Heng Suan
SDK, AMK, BKM
Setiausaha Agung NUTP

Sukacita adalah dimaklumkan bahawa Etiqa Insurans telah memperkenalkan KAD PERUBATAN NUTP TAKAFUL khusus buat semua ahli-ahli NUTP di seluruh Malaysia. KAD PERUBATAN NUTP TAKAFUL ini mempunyai ciri serta faedah yang sama seperti mana Kad Perubatan NUTP yang sedia ada. Untuk makluman pihak Tuan/Puan juga, Kad Perubatan NUTP adalah sangat terkenal dikalangan ribuan guru yang telah menyertai skim ini sejak 15 tahun yang lalu.

Ahli NUTP yang menyertai skim ini akan dapat menjalani pemeriksaan kesihatan secara komprehensif bagi mendapatkan diagnosis mengenai penyakit yang dialami dengan menggunakan kemudahan peralatan perubatan dan pembedahan yang terkini. Contohnya adalah bagi penyingkiran pundi hempudu, pengeluaran umbaius dengan menggunakan kaedah pembedahan 'pinhole' (Laparoskopik) tanpa perlunya pembedahan cara lama. Selain itu, Kad Perubatan NUTP Takaful ini juga membolehkan seseorang guru mendapatkan rawatan pakar di mana-mana hospital swasta di seluruh Malaysia serta dapat menampung kos perbelanjaan perubatan sehingga RM100,000 setahun.

Justeru, pihak NUTP berharap warga pendidik khususnya guru muslim agar dapat mengambil peluang dengan menyertai skim baru yang diperkenalkan ini bagi melindungi diri serta keluarga tersayang.

Sekian, terima kasih.

Mejar Bersekutu (PA) Wang Heng Suan
SDK, AMK, BKM

Ciri – Ciri Istimewa NUTP Health Care

Bilik & Penginapan Hospital Harian

RM 200

Had Tahunan Keseluruhan

RM 100,000

Had Setiap Ketidakupayaan

(Per Disability) RM100,000

Mampu Dimiliki,

Serendah RM 53.58 Sebulan

140 Hospital Panel di Seluruh Malaysia

Anak-Anak Berumur 23 Tahun Ke Atas

Boleh Meneruskan Penyertaan

MANFAAT-MANFAAT	PELAN A
A) I. Bilik & Penginapan Hospital Harian - Maksimum 150 hari II. Unit Rawatan Rapi (ICU) - Maksimum 75 hari	RM200 RM400
B) Bekalan Dan Perkhidmatan Hospital	Seperti yang dicaj
C) Yuran Pembedahan	Seperti yang dicaj
D) Teater Operasi	Seperti yang dicaj
E) Bayaran Pakar Bius	Seperti yang dicaj
F) Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital - (maksimum 2 kali sehari) - (maksimum 150 hari)	Seperti yang dicaj
G) Ujian Diagnosis Sebelum Masuk Hospital (dalam tempoh 60 hari sebelum masuk hospital)	Seperti yang dicaj
H) Rundingan Pakar Sebelum Masuk Hospital (dalam tempoh 60 hari sebelum masuk hospital)	Seperti yang dicaj
I) Rawatan Selepas Keluar Hospital (dalam tempoh 60 hari selepas keluar hospital)	Seperti yang dicaj
J) Rawatan Kemalangan Kecemasan Pesakit Luar (dalam tempoh 31 hari selepas rawatan pertama)	Seperti yang dicaj
K) Rawatan Kemalangan Kecemasan Pergigian (dalam tempoh 24 jam selepas kemalangan & rawatan susulan sehingga 14 hari)	Seperti yang dicaj
L) Perundingan Pakar Yang Lain	Seperti yang dicaj
M) Yuran Ambulans	RM200
N) Elaun Tunai Harian Di Hospital Kerajaan	RM100
O) Rawatan Penyakit Kecemasan Pesakit Luar (dari waktu 10pm sehingga 8am sahaja)	RM100
P) Bayaran Balik Untuk Yuran Laporan Perubatan	RM80
Q) Rawatan Bulanan Kanser Pesakit Luar (tertakluk kepada had tahunan keseluruhan)	RM4,000
R) Rawatan Bulanan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar (tertakluk kepada had tahunan keseluruhan)	RM4,000
S) Pemindahan Organ (tertakluk kepada had tahunan keseluruhan)	Seperti yang dicaj
T) Rawatan Fisioterapi Pesakit Luar (tertakluk kepada had tahunan keseluruhan)	Seperti yang dicaj

MAKSIMUM HAD TAHUNAN KESELURUHAN SETIAP ORANG

Ahli / Pasangan / Anak-anak masing-masing

RM100,000

JADUAL SUMBANGAN BULANAN

Anak (30 hari - 23 tahun)	RM 18.00
18 - 55 tahun	RM 53.58
56 - 60 tahun	RM 100.75
61 - 65 tahun	RM 117.34
66 - 70 tahun	RM 307.00

Nota Penting:

- *Kelayakan umur pendaftaran dari seawal 30 hari selepas kelahiran sehingga umur 60 tahun (23 tahun untuk anak yang belajar sepenuh masa).
- *Kematangan pada umur 70 tahun .
- *Polisi akan matang secara automatik (pasangan / anak tidak boleh menyambung selepas tempoh matang ahli)
- *Premium-premium yang tercatat di atas hanya digunakan untuk pembeli yang sihat sahaja.
- *Pengecualian mungkin dikenakan sekiranya kesihatan pembeli terjejas.
- *Maklumat produk dalam risalah ini telah diringkaskan dan tidak menyeluruh. Sila rujuk kepada Polisi Induk untuk terma, syarat dan pengecualian yang tepat.

Co - Takaful

Max RM 1,000 (10% daripada tuntutan + potongan RM200, tidak melebihi RM 1,000)

Kemudahan e-kad, ahli boleh menyemak butiran polisi melalui aplikasi Etiqa Smile .

Perlindungan diseluruh dunia, dan apabila melancong ke luar negara.

Service 24 jam - hotline kecemasan beroperasi 24 jam sehari, 365 hari setahun.

Pusat Perkhidmatan Takaful NUTP

Alamat : 39, Lebuhraya Bishop 10200 Penang.
Tel : 04 - 262 8998 | H/P : 011-1089 9634 or 011-1089 9635
website : www.healthcare.nutpinsurance.com
Email : service@nutpinsurance.com

Ibu Pejabat NUTP

Alamat : 13 & 15 Jalan Murai Dua, Kompleks Batu Off Jalan Ipoh, 51100, Kuala Lumpur.
Tel : 03 - 6251 0621 / 03 - 6251 0623

TAKAFUL GURU / PA / HEALTH CARE - BORANG PERMOHONAN

ARAHAN: Sila lengkapkan dalam HURUF BESAR dan tanda (✓) pada kotak berkaitan. Gunakan dakwat HITAM sahaja.

* Ruang wajib untuk diisi

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.

A: BUTIRAN ORANG UTAMA YANG DILINDUNGI		*Pelan	MUI <input type="checkbox"/> RM:	TG <input type="checkbox"/> RM:	HC <input type="checkbox"/> RM:	
*Nama Penuh (Seperti di dalam KP / Pasport)						
*Nombor Kad Pengenalan Baru						
*Tarikh Lahir						
*Jantina	<input type="checkbox"/> Lelaki	<input type="checkbox"/> Perempuan				
*Warganegara	<input type="checkbox"/> Malaysia	<input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan)				
*Taraf Perkahwinan						
*Alamat Kediaman (dengan Poskod)						
*Nombor Telefon	Telefon Bimbit					
*Alamat E-mel						
*Nama & Alamat Sekolah						
B. MAKLUMAT AKAUN BANK ORANG UTAMA YANG DILINDUNGI UNTUK PENERIMAAN BAYARAN MANFAAT DAN BAYARAN BALIK SUMBANGAN						
Nama Bank						
Nombor Akaun Bank						
C: UNTUK ORANG YANG DILINDUNGI (PASANGAN DAN ANAK-ANAK) (JIKA MEMOHON UNTUK DILINDUNGI)						
Jenis Butiran	Pasangan			Anak 1		
*Pelan	MUI <input type="checkbox"/> RM:	TG <input type="checkbox"/> RM:	HC <input type="checkbox"/> RM:	MUI <input type="checkbox"/> RM:	TG <input type="checkbox"/> RM:	HC <input type="checkbox"/> RM:
*Nama Penuh (Seperti di dalam KP / Pasport)						
*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) _____	
*Taraf Perkahwinan						
*Pekerjaan:						
Nama Majikan:						
Jenis Butiran	Anak 2			Anak 3		
*Pelan	MUI <input type="checkbox"/> RM:	TG <input type="checkbox"/> RM:	HC <input type="checkbox"/> RM:	MUI <input type="checkbox"/> RM:	TG <input type="checkbox"/> RM:	HC <input type="checkbox"/> RM:
*Nama Penuh (Seperti di dalam KP / Pasport)						
*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) _____	
*Taraf Perkahwinan						
*Pekerjaan:						
Nama Majikan:						

D: PENGAKUAN KESIHATAN (Untuk Kad Perubatan Sahaja)		Orang Utama Yang Dilindungi	Pasangan	Anak 1	Anak 2	Anak 3
1	Apakah ketinggian semasa anda (dalam sm)?		sm	sm	sm	sm
2	Apakah berat semasa anda (dalam 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 atau 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 abnormal 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	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:						
Nama Orang Yang Dilindungi:						
• Diagnosis:						
• Tarikh:						
• Butiran rawatan:						
• Butiran doktor yang merawat:						
• Keadaan ketika ini:						
6	Perlindungan sedia ada Pernahkah permohonan, pembaharuan atau pengembalian semula mana-mana polisi hayat atau kontrak Takaful Keluarga 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"/>

G: PENGAKUAN / PEMBERIAN KUASA DAN AQAD

Sila baca dengan teliti sebelum menandatangani permohonan ini

- 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.
- 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 diungkapkan 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.
- 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.
- 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.
- Penerimaan permohonan anda bergantung kepada penilaian pengunderitan. Perlindungan akan bermula setelah sijil dikeluarkan.

Tandatangan Orang Utama Yang Dilindungi

Tarikh

Nama Orang Utama Yang Dilindungi: