



Lembaga Pembangunan Industri Pembinaan Malaysia  
 Tingkat 11, Cidb 520, The Met Corporate Towers  
 No.20, Jalan Dutamas 2, 50480 Kuala Lumpur  
 Tel : 03- 55673300  
<http://www.cidb.gov.my>

**PERKHIDMATAN PELAN PERLINDUNGAN TAKAFUL BERKELOMPOK PERSONEL BINAAN BERDAFTAR UNTUK LEMBAGA PEMBANGUNAN INDUSTRI PEMBINAAN MALAYSIA (CIDB)**

**1. Pendahuluan**

Personel Binaan yang aktif berdaftar akan diberikan perlindungan di bawah Pelan Takaful Personel Binaan berkelompok CIDB. Pelan ini adalah merupakan satu bentuk perlindungan berdasarkan konsep Hibah (Pemberian/Hadiah) yang mana pembayarannya tertakluk kepada budi bicara dan pertimbangan CIDB. Ianya bertujuan untuk memberi sumbangan kepada personel binaan yang ditimpa kemalangan atau kepada keluarga (penama) jika berlaku kematian. Ianya juga adalah selaras dengan dasar kerajaan dalam mewujudkan budaya masyarakat penyayang dan prihatin.

**2. Skop Perlindungan**

- 2.1. Perlindungan ini terhad kepada Personel Binaan aktif berdaftar yang mencapai umur genap 16 tahun sehingga 70 tahun pada tarikh hari jadi akan datang.
- 2.2. Masa perlindungan adalah 24 jam (termasuk luar waktu bekerja) dan meliputi seluruh kawasan di dunia untuk ahli warganegara Malaysia.
- 2.3. Manfaat sijil CIDB bermula 1 Oktober 2024 adalah seperti berikut:

SKOP MANFAAT		AMAUN MANFAAT (RM)
Kematian	(Akibat Kemalangan)	21,000.00
Kematian	(Akibat sakit)	3,000.00
Belanja Pengkebumian		500.00
Keilatan Kekal	(Akibat Kemalangan)	18,000.00 (maksima)
Keilatan Kekal Seluruh Badan	(Akibat Sakit)	3,000.00
Manfaat Wad Hospital	(Akibat Kemalangan)	25.00/hari (maksima 30 hari)
*Pembelian Kerusi Roda / Tongkat / Anggota Palsu	(Akibat Kemalangan)	500.00 (maksima)
*Caj ambulan	(Akibat Kemalangan)	500.00 (maksima)
*Kecurian dan Ragut		500.00 (maksima)

**3. Syarat-syarat Tuntutan manfaat Perlindungan**

- 3.1. Tuntutan dibuat oleh Pemilik/Penama yang sah menggunakan Borang UPPT-1/v.03 dengan lengkap.
- 3.2. Tuntutan hendaklah dibuat selewat-lewatnya 60 hari dari tarikh kejadian. Sebarang tuntutan yang dihantar selepas itu hendaklah disertakan juga dengan justifikasi kelewatan dan tuntutan akan diproses berdasarkan budi bicara Etiqa.
- 3.3. Kejadian/ kemalangan berlaku semasa tempoh Personel Binaan masih sahlaku dan umur dari 16 tahun sehingga 70 tahun pada tarikh hari jadi akan datang.
- 3.4. Kejadian berlaku bukan akibat dari Personel Binaan melanggar mana-mana peruntukan perundangan Negara atau mana-mana Negara.

**4. Penutup**

- 4.1. Personel Binaan dinasihatkan untuk menjaga keselamatan dan kesihatan baik semasa bekerja ataupun di luar waktu bekerja. Pihak CIDB berhak menolak mana-mana permohonan yang diragui atau tidak memenuhi syarat-syarat tuntutan.

**PERINGATAN:**

Sila jawab soalan-soalan yang berkaitan dengan benar, lengkap dan jelas. Sebarang keterangan palsu boleh menyebabkan permohonan ini terbatal dengan sendirinya dan tindakan undang-undang boleh diambil oleh pihak CIDB.

**BAHAGIAN I. JENIS TUNTUTAN : \* Sila tandakan ( X ) pada yang berkenaan**

- 1A- Kematian Kemalangan di Tapak**  
 **1B- Kematian Lain-lain Kemalangan**  
 **2- Kematian Biasa (Sakit)**  
 **3A- Keilatan (Kecacatan) Kekal akibat Kemalangan di Tapak**  
 **3B- Keilatan (Kecacatan) Kekal akibat Lain-lain Kemalangan**  
 **3C- Keilatan (Kecacatan) Kekal Seluruh Badan akibat Sakit**  
 **4A- Manfaat Wad Hospital (Kemalangan di Tapak)**  
 **4B- Manfaat Wad Hospital (Lain-lain Kemalangan)**  
 **5- Pembelian Kerusi Roda / Tongkat / Anggota Palsu (akibat kemalangan) – sila sertakan surat sokongan dari doktor yang merawat**  
 **6- Kecurian dan Ragut – sila sertakan resit pembelian dokumen dan Laporan Keputusan Penyiasatan Polis.**

**NOTA:**

Tuntutan berikut akan **DITOLAK**:

1. Cuti Sakit
2. Kos perubatan
3. Tuntutan selain dari jenis dan skop yang dinyatakan

**BAHAGIAN II. MAKLUMAT PERSONEL BINAAN / ORANG YANG DILINDUNGI**

a. Nama:	c. Tarikh Lahir:
b. No. Kad Pengenalan / Pasport:	d. Jantina:
e. Alamat Sekarang:	g. Alamat Majikan:
f. No. Telefon:	h. Alamat Emel:
i. Negara Asal:	j. Pekerjaan Sekarang:

**BAHAGIAN III. MAKLUMAT PIHAK YANG MEMBUAT TUNTUTAN – KES KEMATIAN SAHAJA**

a. Nama:	b. No. Kad Pengenalan / Pasport:
c. Alamat Surat Menyurat:	
d. No. Telefon:	e. Alamat Emel:
e. Hubungan dengan Orang yang dilindungi:	

**BAHAGIAN IV MAKLUMAT KEMALANGAN**

Tarikh	d	d	/	m	m	/	y	y	y	y	Masa	h	h	:	m	m	a. m. / p. m.
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	---	---	---	---	---	---------------------------

Tempat Kemalangan	
-------------------	--

Sila nyatakan secara terperinci bagaimana kemalangan berlaku dan apa yang dilakukan oleh pihak yang membuat tuntutan pada masa itu.	
---	--

Sila nyatakan dengan tepat kecederaan yang dialami oleh pihak yang membuat tuntutan pada masa itu.	
--	--

**BAHAGIAN V**
**BUTIRAN RAWATAN**

Nama dan alamat doktor yang merawat anda bagi kecederaan yang dialami	
Tarikh kemasukan wad	
Tarikh keluar wad	

BAHAGIAN VI		MAKLUMAT PEMBAYARAN																					
Nama Pemegang Akaun																							
No Kad Pengenalan / Passport																							
Nama Bank																							
Cawangan / Alamat Bank																							
No. Akaun Bank																							
(Swift Kod) – Pekerja Asing																							
<p>Peringatan:</p> <p>Sila dapatkan 'Swift Code' daripada pihak bank bagi pewaris Pekerja Asing yang berada di luar Negara. Swift Code ini diperlukan bagi memudahkan urusan pindahan terus wang daripada bank di Malaysia ke bank di luar Negara.</p>																							
BAHAGIAN VII. PENGAKUAN																							
<p>Saya/kami dengan ini mengaku bahawa:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kenyataan dan maklumat yang diberikan adalah benar dan betul</li> <li>Tidak menyembunyikan apa-apa maklumat yang diperlukan atau memalsukan apa-apa keterangan/maklumat</li> <li>Membenarkan pihak CIDB untuk mengambil apa-apa kenyataan yang diperlukan dari mana-mana orang/organisasi dalam proses mempertimbangkan kes ini</li> <li>Sedar bahawa jika terdapat keterangan palsu dan tidak benar, pihak CIDB berhak untuk tidak mempertimbangkan permohonan ini dan CIDB berhak mengambil tindakan undang-undang yang lain.</li> </ol>																							
<p>.....</p> <table border="0"> <tr> <td>Tandatangan Orang yang dilindungi / Penuntut</td> <td>Nama</td> <td>No. Kad Pengenalan / Passport</td> <td>Tarikh</td> </tr> <tr> <td>Tandatangan Saksi I</td> <td>:</td> <td>Tandatangan Saksi II</td> <td>:</td> </tr> <tr> <td>Nama</td> <td>:</td> <td>Nama</td> <td>:</td> </tr> <tr> <td>No. Kad Pengenalan / Passport</td> <td>:</td> <td>No. Kad Pengenalan / Passport</td> <td>:</td> </tr> <tr> <td>Tarikh</td> <td>:</td> <td>Tarikh</td> <td>:</td> </tr> </table>				Tandatangan Orang yang dilindungi / Penuntut	Nama	No. Kad Pengenalan / Passport	Tarikh	Tandatangan Saksi I	:	Tandatangan Saksi II	:	Nama	:	Nama	:	No. Kad Pengenalan / Passport	:	No. Kad Pengenalan / Passport	:	Tarikh	:	Tarikh	:
Tandatangan Orang yang dilindungi / Penuntut	Nama	No. Kad Pengenalan / Passport	Tarikh																				
Tandatangan Saksi I	:	Tandatangan Saksi II	:																				
Nama	:	Nama	:																				
No. Kad Pengenalan / Passport	:	No. Kad Pengenalan / Passport	:																				
Tarikh	:	Tarikh	:																				
<p>Borang permohonan tuntutan ini mestilah diserahkan kepada Etiqa Family Takaful Berhad dalam tempoh <u>60 hari</u> dari tarikh berlakunya kejadian / kemalangan. Sebarang tuntutan yang dihantar selepas itu hendaklah disertakan juga dengan justifikasi kelewatan dan tuntutan akan diproses berdasarkan budi bicara Etiqa.</p>																							

**PERMANENT PARTIAL DISMEMBERMENT - STATEMENT OF MEDICAL EXAMINER**

**SECTION B**

1. Section B of this form is to be completed by a legally qualified and registered medical practitioner who has treated the Participant for the injuries / illness sustained.
2. Expenses incurred to obtain this report will be borne by the Participant.

Contract No: .....

1. Name of Patient: .....

2. NRIC No. : ..... BC / Old IC No. : ..... Age: .....

3. Occupation as indicated to you : .....

4. Date of first consultation with you: .....(dd/mm/yyyy) Time.....(am/pm)

5. Diagnosis: .....

6. Date of diagnosis..... (dd/mm/yyyy)

7. What was the underlying cause and pathology of the above diagnosis?  
.....

8. If the cause was due to accident, please state

- i. Date of Accident : .....(dd/mm/yyyy) Time.....(am/pm)
- ii. Describe in detail the nature of accident as related to you by the patient:  
.....
- iii. Was the patient under the influence of intoxicating liquor, drug or narcotic at the time of accident?  Yes  No

9. Treatment given including follow up consultation :-

Date of consultation (dd/mm/yyyy)	Treatment given	Healing Progress

10. Details of Hospitalization

Name of Hospital	Date of Admission (dd/mm/yyyy)	Date of Discharge (dd/mm/yyyy)	Type of Surgery Performed	Date of Surgery (dd/mm/yyyy)	Other Diagnosis Procedures or Treatment

11. Was the patient referred to you by any doctor?  Yes  No

- i. If yes, please indicate the name of doctor and address of the clinic / hospital.  
.....
- ii. Please attach a copy of the referral letter, if any.

**PERKHIDMATAN PELAN PERLINDUNGAN TAKAFUL BERKELOMPOK  
PERSONEL BINAAN BERDAFTAR UNTUK LEMBAGA PEMBANGUNAN  
INDUSTRI PEMBINAAN MALAYSIA (CIDB)**

12. Date of full weight bearing ..... (dd/mm/yyyy)

13. Was the healing complicated, eg: infection, malunion etc?     Yes     No

    i. If yes, please give details of complications.....

14. Did the patient suffer amputation of limbs?     Yes     No

    i. If yes, please stated level of amputation seen (proximal, middle, distal)  
.....

15. Last date of consultation .....(dd/mm/yyyy)

16. Condition of healing / recovery of the injury / illness as at last consultation date  
.....  Yes     No

17. Did the patient suffer any loss of use of limbs and /or fingers?     Yes     No

    Please state the power of patient's upper and lower limbs as at last consultation date

    i. Right Upper Limb : ..... Right Lower Limb : .....

    ii. Left Upper Limb : ..... Left Lower Limb : .....

18. Did the patient suffer any loss of eyes?     Yes     No

    Please give details on patient's Visual Acuity as at last consultation; (i) Right eye : ..... (ii) Left eye : .....

19. Did the patient suffer any loss of hearing?     Yes     No

    Please give details on patient's hearing as at last consultation, (i) Right ear : .....db (ii) Left ear..... db

20. Does the patient suffer any limitation of movement on any joint as at last consultation date?     Yes     No

    i. If yes, please state the limitation and range of movement  
.....

21. Please state the percentage(%) of whole person impairment according to AMA guidelines (completed by Specialist)  
.....

22. If the patient was diagnosed to have High Blood Pressure and / or Diabetes, please state the recorded blood pressure or diabetes taken on him / her starting from the first recording done :

Date (dd/mm/yyyy)	Readings of Blood Pressure	Date (dd/mm/yyyy)	Results for Blood Glucose (Fasting)
i. ....	.....	i. ....	.....
ii. ....	.....	ii. ....	.....

**DECLARATION**

I hereby declare that the foregoing answers and statements are complete and true to the best of my knowledge and belief and that I have withheld no material fact from the Company. I also hereby certify that the above information is correct as per record from the hospital / clinic.

Signature of Doctor : \_\_\_\_\_

Name of Doctor : \_\_\_\_\_

Qualification : \_\_\_\_\_

Telephone No. : \_\_\_\_\_

Fax No. : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_(dd/mm/yyyy)

Official Stamp of Doctor :

Name and Address of Clinic / Hospital Official Stamp

**SENARAI SEMAK**
**DOKUMEN WAJIB UNTUK SEMUA TUNTUTAN**

1. Borang tuntutan UPPT-1/v.03
2. Salinan Kad Pengenalan / Pasport
3. Salinan Lesen Memandu (jika kemalangan jalanraya)
4. Salinan Laporan Polis (jika kemalangan jalanraya)

**BAHAGIAN VIII.DOKUMEN SOKONGAN**
**Kematian Akibat Kemalangan**

Dokumen	Sila Tandakan ( √ )
1 Salinan Sijil Kematian	
2 Salinan Laporan Bedah Siasat / Laporan perubatan ( <i>sekiranya perlu</i> )	
3 Salinan Laporan Toksikologi ( <i>sekiranya perlu</i> )	
4 Laporan Siasatan Dalam berkenaan kemalangan daripada Majikan (jika kemalangan di tapak)	
5 Salinan keratan akhbar ( <i>jika ada</i> )	
6 <b>Jika tiada penama/ penamaan TIDAK SAH dalam CIMS (CIDB) system:</b> <b>Pewaris adalah Warganegara:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Salinan Sijil Perkahwinan (bagi yang berkahwin) atau</li> <li>b) Sijil Kelahiran (bagi yang belum berkahwin)</li> <li>c) Salinan Kad Pengenalan Waris</li> </ol> <b>Pewaris adalah warganegara asing:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Dokumen Pengenalan Diri</li> <li>b) Alamat di Negara Asal</li> <li>c) Dokumen @ Akuan Bersumpah yang mengesahkan hubungan pewaris dan personel</li> </ol>	

**Kematian Akibat Sakit**

Dokumen	Sila Tandakan ( √ )
1 Salinan Sijil Kematian	
2 Salinan Laporan Bedah Siasat( <i>sekiranya perlu</i> )	
3 <b>Jika tiada penama/ penamaan TIDAK SAH dalam CIMS (CIDB) system:</b> <b>Jika pewaris adalah Warganegara:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Salinan Sijil Perkahwinan (bagi yang berkahwin) atau</li> <li>b) Sijil Kelahiran (bagi yang belum berkahwin)</li> <li>c) Salinan Kad Pengenalan Waris</li> </ol> <b>Pewaris adalah warganegara asing:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Dokumen Pengenalan Diri</li> <li>b) Alamat di Negara Asal</li> <li>c) Dokumen @ Akuan Bersumpah yang mengesahkan hubungan pewaris dan personel</li> </ol>	

**Kecacatan Kekal akibat Kemalangan atau Sakit (Section B)**

Dokumen	Sila Tandakan ( √ )
1 Laporan Lengkap Perubatan	
2 Gambar yang menunjukkan kecacatan	
3 Laporan MRI / CT / X-ray ( <i>sekiranya perlu</i> )	

**Manfaat Wad Hospital Akibat Kemalangan di tapak bina, jalan raya dan lain-lain**

Dokumen	Sila Tandakan ( √ )
1 Discharge Note @ Nota Keluar Masuk Hospital	
2 Laporan Perubatan Doktor @ Discharge Summary ( <i>jika hari diwadkan melebihi 12 hari</i> )	
<b>NOTA :</b> Maksimum bilangan hari yang layak dituntut untuk manfaat wad adalah sebanyak 30 hari sahaja.	

**Kerusi Roda / Tongkat / Anggota Palsu Akibat Kemalangan di tapak bina, jalan raya dan lain-lain**

Dokumen	Sila Tandakan ( √ )
1 Laporan Lengkap Perubatan	
2 Resit Pembelian Kerusi Roda / Tongkat / Anggota Palsu	
3 Surat Sokongan dari Doktor yang Merawat	

**Nota:** Lain-lain dokumen perlu dikemukakan jika diminta oleh pegawai unit tuntutan untuk semakan lanjut.

**PROSEDUR TUNTUTAN**

- ❖ Personel atau pewaris yang membuat tuntutan perlu **menhantar borang terus** ke pihak takaful yang berkenaan mengikut pendaftaran / pembaharuan terakhir. Sila rujuk dengan pihak CIDB untuk mendapatkan pengesahan pendaftaran terakhir personel.
- ❖ Pemohon/ pewaris mesti melengkapkan segala maklumat yang diminta pada borang tuntutan **UPPT-1/v.03** dan melampirkan semua dokumen sokongan mengikut jenis tuntutan yang dipohon.
- ❖ Serahan borang tuntutan dan dokumen yang diperlukan hendaklah dihantar kepada Etiqa Family Takaful Berhad (EFTB) dalam tempoh 60 hari dari tarikh kejadian/ kemalangan serta tidak melebihi daripada tempoh setahun.
- ❖ Sekiranya tuntutan dibuat melebihi daripada 60 hari, pemohon hendaklah disertakan juga dengan justifikasi kelewatan dan tuntutan akan diproses berdasarkan budi bicara Etiqa.
- ❖ Setiap **salinan dokumen** yang dilampirkan perlulah mendapatkan **pengesahan** daripada **majikan pemohon/Jaksa Pendamai/Penghulu / Ketua Kampung/Pegawai Kerajaan Kumpulan A/ Majistret / Pesuruhjaya Sumpah.**

Borang tuntutan hendaklah diserahkan @ dihantar dan sebarang pertanyaan, sila hubungi **Syarikat Takaful** di bawah:

SYARIKAT TAKAFUL	ALAMAT SERAHAN BORANG	PEGAWAI UNTUK DIHUBUNGI
Etiqa Family Takaful Berhad	<p>Etiqa Family Takaful Berhad</p> <p>Level 7, Tower B, Dataran Maybank, Tower B, No. 1 Jalan Maarof, Bangsar, 59000 Kuala Lumpur</p> <p>Untuk Perhatian : Khairull Azim Bin Mat Lahat</p> <p><a href="http://www.etiqa.com.my">www.etiqa.com.my</a> 1-300-13-8888</p> <p><a href="mailto:cidb.inquiry@etiqa.com.my">cidb.inquiry@etiqa.com.my</a></p>	<p>1. Badrul Hisham Bin Mohd Sukri Email : <a href="mailto:badrulhisham.mohdsukri@etiqa.com.my">badrulhisham.mohdsukri@etiqa.com.my</a></p> <p>2. Nurul Huda Binti Rodzi Email : <a href="mailto:nurulhuda.r@etiqa.com.my">nurulhuda.r@etiqa.com.my</a></p> <p>Talian Hotline : 014-9277720</p>