

5. Pernahkah anda atau tanggungan menerima rawatan berterusan, menjalani pembedahan atau dinasihatkan berbuat demikian atau mengalami kemalangan atau keracunan yang serius? Jika ya, sila nyatakan maklumat dengan lengkap: [] Ya [] Tidak

6. Pernahkah anda atau tanggungan menerima rawatan atau dirawat untuk sebarang penyakit atau masalah berikut:

- (a) Penyakit paru-paru, jantung, organ-organ peredaran, sistem saraf, sistem penghadaman dan/atau sistem genitourinari (cth. lelah, darah tinggi, kolesterol tinggi, sawan, ulser gastrik, buasir, kencing manis, pendarahan air kencing, dll)? [] Ya [] Tidak
- (b) Penyakit telinga, mata, hidung, tulang, sendi atau tulang belakang? [] Ya [] Tidak
- (c) Sebarang penyakit, jangkitan, kecacatan fizikal, atau lain-lain keadaan yang tidak disebut di atas di mana dapat memberi kesan terhadap risiko di dalam pelan ini ke atas mana-mana orang yang diinsuranskan (seperti kelenjar bengkak, tumor, kanser, penyakit tiroid, dll)? [] Ya [] Tidak

NOTA: Jika jawapan "Ya" untuk soalan 6 (a) hingga 6 (c), sila berikan penjelasan lanjut di bawah.

BIL	NAMA	KEADAAN KESIHATAN	SEJAK BILA (TARIKH)? TEMPOH (TAHUN / BULAN)? PULIH? KEADAAN SELEPAS RAWATAN?

7. Untuk Wanita sahaja (Sila tandakan ✓) [] Pencadang [] Isteri:

- (a) Adakah anda sedang mengandung? [] Ya [] Tidak
- (b) Adakah anda mengalami atau pernah mengalami sebarang masalah organ-organ wanita (payudara, rahim, ovari) atau kesakitan ketika haid dimana memerlukan rawatan atau mengalami sebarang komplikasi semasa kehamilan terdahulu? Jika ya, sila nyatakan maklumat dengan lebih lengkap: [] Ya [] Tidak

8. Bilakah kali terakhir anda atau tanggungan berjumpa doktor dan atas tujuan apa? Sila nyatakan nama dan alamat doktor.

DEKLARASI DAN PENGISYTIHARAN

Bahawasanya saya dengan ini bersetuju untuk menyertai Skim KOP Perubatan KPD anjuran Koperasi Polis DiRaja Malaysia Berhad dan mengakujajangi untuk menjelaskan sumbangan bulanan saya sebanyak caruman yang sepatutnya mengikut Pelan Perlindungan secara potongan gaji bulanan sebagai 'TABARRUQ' (Derma) dan bayaran perkhidmatan kepada Koperasi Polis DiRaja Malaysia Berhad. Saya juga bersetuju dan membenarkan Koperasi Polis DiRaja Malaysia Berhad untuk membuat potongan gaji setiap bulan dan membuat sebarang perubahan Skim, jadual faedah, peraturan polisi, premium bulanan dan sebagainya apabila timbul keperluan untuk kepentingan ahli. Saya turut berjanji untuk menjelaskan apa-apa tunggakan/hutang premium saya jika ada dengan membenarkan Koperasi Polis DiRaja Malaysia Berhad membuat potongan daripada Yuran/Simpanan pertaruhan Khas/Gaji dan Lain-lain Potongan saya apabila dituntut.

Saya yang menandatangani, dengan ini mengaku dengan segala pengetahuan dan kepercayaan bahawa maklumat di dalam permohonan ini adalah benar, lengkap dan tepat, seperti tercatat, dan saya memahami sebarang maklumat yang tidak benar sama ada dengan sengaja atau tidak sengaja boleh menjadi sebab asas untuk pihak Syarikat dengan pertimbangan mutlaknya untuk tidak membayar sebarang manfaat yang mungkin sebaliknya akan dibayar. Saya, memberi hak sepenuhnya kepada pihak Syarikat untuk mendapatkan sebarang laporan perubatan daripada mana-mana doktor, hospital, institusi kerajaan atau syarikat insurans yang berkenaan dengan sejarah perubatan saya serta ahli keluarga saya yang dilindungi di bawah skim ini.

Tarikh (Hari / Bulan / Tahun)

Tandatangan Ahli