



KOPERASI POLIS DIRAJA MALAYSIA BERHAD (74/1925)

No. 1, Jalan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur

Tel: 03-2260 8999, 2260 8888 Faks: 03-2273 1181

www.kpd.com.my E-Mail : info@kpd.com.my

Keahlian Baru

Tambahan unit Pasangan / Anak

Pindaan Unit

Kemaskini Maklumat

**BORANG PERMOHONAN
SKIM PERLINDUNGAN KELUARGA BERKELOMPOK KPD
(MANFAAT KEMALANGAN DAN KEMATIAN)**

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA

1. No. Kontrak Induk

2. Tarikh Kuatkuasa
Hari Bulan Tahun

A. BUTIR-BUTIR PEMOHON

3. No. Polis / KP

4. No. Ahli Koperasi

5. No. FP/IMG

6. Tarikh Lahir
Hari Bulan Tahun

7. Nama

8. Alamat Pejabat

Poskod No. Telefon (P) Samb.

8. Alamat Rumah

Poskod No. Telefon (R) H/P -

10. Jumlah Unit Insurans Termasuk Sedia Ada Maksima 6 Unit Sahaja Bagi Setiap Anggota. (Tanda Unit pilihan Atau Tambahan Dalam Kotak Berkenaan)

No. Siri (Kosongkan) 1 Unit (RM11.00) 2 Unit (RM22.00) 3 Unit (RM33.00) 4 Unit (RM44.00) 5 Unit (RM55.00) 6 Unit (RM66.00)

B. BUTIR-BUTIR SUAMI / ISTERI DAN ANAK-ANAK YANG INGIN DILINDUNGI

B1. SUAMI / ISTERI (MAKSIMA 6 UNIT)

Bil	Nama	No. K/P	Tarikh Lahir

No. Siri (Kosongkan) 1 Unit (RM11.00) 2 Unit (RM22.00) 3 Unit (RM33.00) 4 Unit (RM44.00) 5 Unit (RM55.00) 6 Unit (RM66.00)

B2. ANAK-ANAK MULAI UMUR 3 BULAN KE ATAS (MAKSIMA 6 UNIT)

Bil	Nama	No. K/P / Sijil Beranak	Tarikh Lahir

No. Siri (Kosongkan) 1 Unit (RM11.00) 2 Unit (RM22.00) 3 Unit (RM33.00) 4 Unit (RM44.00) 5 Unit (RM55.00) 6 Unit (RM66.00)

B3. ANAK-ANAK MULAI UMUR 3 BULAN KE ATAS (MAKSIMA 6 UNIT)

Bil	Nama	No. K/P / Sijil Beranak	Tarikh Lahir

No. Siri (Kosongkan) 1 Unit (RM11.00) 2 Unit (RM22.00) 3 Unit (RM33.00) 4 Unit (RM44.00) 5 Unit (RM55.00) 6 Unit (RM66.00)

* Bagi tambahan maklumat anak yang ingin dilindungi bolehlah dinyatakan dengan mengisi borang yang sama akan di lampirkan bersama borang ini.

C. BUTIR-BUTIR KESIHATAN DIRI / SUAMI / ISTERI & ANAK-ANAK

Ahli-ahli yang memohon untuk memasuki Skim Berkelompok KPD adalah dikehendaki menyatakan dengan penuh dan benar segala butir-butir yang anda tahu atau harus tahu di dalam borang permohonan.

	Sila Tandakan (✓)					
	Ahli		Suami/Isteri		Anak-Anak	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
i. Adakah cadangan ataupun permohonan bagi Skim Kemalangan Diri anda pernah ditolak ditunda atau diubah dalam apa-apa cara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Pernahkah anda mengidap sebarang penyakit di dalam lima tahun yang lepas dan memerlukan rawatan untuk lebih dari satu minggu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii. Adakah anda pernah dirawat atau diberitahu bahawa anda mengidap sebarang penyakit seperti penyakit jantung, darah tinggi, kencing manis, penyakit paru-paru, kanser, ulser, penyakit hati, limpa, buah pinggang, pundi kencing, batuk kering, hepatitis B, AIDS atau lain-lain yang serius?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iv. Pernahkah anda menjalani sebarang pembedahan, terlibat dalam kemalangan atau dinasihatkan menjalani sebarang pembedahan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sekiranya jawapan kepada mana-mana soalan dari i hingga iv. 'Ya', sila beri keterangan lanjut dengan penuh mengenai setiap penyakit serta terangkan sifat, jangkamasa, rawatan yang dijalankan, keputusan serta nama-nama dan alamat doktor yang merawat anda dengan menyatakan nombor-nombor soalnya di bawah ruangan bawah atau di lampiran tambahan.

D. DEKLARASI

Bahawasanya saya dengan ini bersetuju untuk menyertai SKIM BERKELOMPOK KPD anjuran Koperasi Polis Diraja Malaysia Berhad. Saya juga mengakujaji untuk menjelaskan kos caruman bulanan saya sebanyak sebagaimana yang dipohon sebagai 'TABARRU' (derma).

Saya bersetuju dan membenarkan Koperasi Polis Diraja Malaysia Berhad membuat potongan gaji sebanyak sebagaimana yang dipohon setiap bulan dan membuat sebarang perubahan Skim, jadual faedah, peraturan polisi, kos bulanan dan sebagainya apabila timbul keperluan untuk kepentingan ahli. Saya juga berjanji untuk menjelaskan apa-apa tunggakan / hutang kos bulanan saya jika ada dan membenarkan Koperasi Polis Diraja

Malaysia Berhad membuat potongan daripada YURAN/SIMPANAN PERTARUHAN KHAS/GAJI dan LAIN-LAIN POTONGAN saya apabila dituntut.

Sekiranya saya meninggal dunia saya bersetuju manfaat skim saya dibayar kepada penama-penama yang dicatatkan di bawah ini sebagai 'WASI' (untuk orang Islam) untuk membahagikannya secara 'HUKUM FARAIID'. Bagi Bukan Islam pembahagian dibuat mengikut bahagian yang dinyatakan atau mengikut undang-undang. Sekiranya mana-mana di antara mereka itu meninggal dunia terdahulu daripada yang lebih bahagiannya hendaklah dibahagikan di antara mereka yang masih hidup sama rata mengikut bahagian yang dinyatakannya.

E. SYARAT-SYARAT PENTING

- Perlindungan Skim ini akan tamat secara automatik apabila ahli
 - Telah genap umur 70 tahun atau
 - Berhenti atau menamatkan atau ditamatkan daripada perkhidmatan Polis/Jabatan polis. Kecuali permohonan untuk meneruskan keahlian insurans dibuat 3 bulan sebelum bersara dan mendapat kelulusan Koperasi.
- Sebarang pertukaran alamat jawatan. No. polis, potongan gaji terhenti/tidak dilaksanakan dan sebagainya hendaklah dimaklumkan kepada Koperasi Polis Diraja Malaysia Berhad dengan segera.
- Setiap kemalangan yang berlaku dan membolehkan tuntutan dibuat, hendaklah dilaporkan dengan segera kepada Koperasi Polis Diraja Malaysia Berhad dalam

tempoh 30 hari daripada tarikh kemalangan. Jika gagal pihak Koperasi Polis Diraja Malaysia Berhad tidak akan bertanggungjawab di atas sebarang penolakan tuntutan oleh pihak penanggung takaful insurans bagi apa-apa tuntutan.

- Pihak Koperasi Polis Diraja Malaysia Berhad berhak menamatkan keahlian takaful seseorang ahli dengan memberi Notis tidak kurang daripada 14 hari daripada tarikh tamat secara surat menyurat.
- Sebarang pertikaian yang timbul hendaklah dirujuk kepada KONTRAK INDUK yang disimpan di Pejabat Koperasi Polis Diraja Malaysia Berhad.
- Penama yang dinamakan di bawah adalah terbatal secara automatik setelah saya menghantar penama untuk dikemaskini.

F. PEWARIS / WASI

i. Nama: _____
No. K/P: _____
Tarikh Lahir: _____
Perhubungan: _____
Bahagian (Untuk Bukan Islam Sahaja): _____ %
Alamat: _____
No. Tel yang boleh dihubungi: _____

i. Nama: _____
No. K/P: _____
Tarikh Lahir: _____
Perhubungan: _____
Bahagian (Untuk Bukan Islam Sahaja): _____ %
Alamat: _____
No. Tel yang boleh dihubungi: _____

G. DI HADAPAN 2 ORANG SAKSI (BUKAN AHLI KELUARGA)

i. Nama: _____
No. K/P: _____
Tarikh Lahir: _____
Pekerjaan: _____
Alamat: _____
Poskod: _____

Tandatangan Saksi: _____
Tarikh: _____

ii. Nama: _____
No. K/P: _____
Tarikh Lahir: _____
Pekerjaan: _____
Alamat: _____
Poskod: _____

Tandatangan Saksi: _____
Tarikh: _____

H. PENGAKUAN / TANDATANGAN PEMOHON

Saya mengaku bahawa kenyataan dan butir-butir di atas adalah benar dan tiada maklumat yang telah dirahsiakan yang mana akan menjejaskan penerimaan permohonan ini.

Tandatangan: _____

Tarikh:

--	--	--	--	--

Hari Bulan Tahun