



كوفراسي فوليس دراج مليسيا برحد
KOPERASI POLIS DIRAJA MALAYSIA BERHAD

kpd/ci/kperubatan/2019

No. 1 , Jalan Sulaiman 50000 Kuala Lumpur
Tel : 03 - 22608999/8888 , Fax : 03 - 22731181

**SKIM KOP PERUBATAN KPD
BORANG PENYERTAAN SKIM DAN AKUAN**

No. Siri :
Tarikh Kuatkuasa :
Penyertaan Baru Kemaskini Peserta Yang Dilindungi

1. MAKLUMAT AHLI / PENCADANG

Nama Tarikh Lahir / /

No. Ahli No. Kad Kuasa /FP/IMG No. Kad Pengenalan - -

Status Perkhawinan Jantina L P

Alamat Bertugas Tel

Alamat Tempat Tinggal Tel

Alamat email H/P

2. BUTIR-BUTIR PESERTA YANG DILINDUNGI (sila sertakan salinan kad kuasa / pengenalan / sijil lahir)

Nama	Hubungan			Jantina		Tarikh Lahir	No. KP / Sijil Kelahiran	Tinggi (SM)	Berat (KG)
	S	I	A	L	P				
1 (Ahli)									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									

Nota : Sila tandakan (√) untuk ruang Hubungan : S(suami), I(isteri), A(anak) dan ruang Jantina L(lelaki), P(perempuan)
: Syarat penyertaan anak : 1. Berumur 15 hari - 25 tahun, belum berkahwin dan masih dalam tanggungan

3. KADAR PREMIUM - Termasuk GST (mengikut umur pada tarikh lahir akan datang)

Kadar bagi ahli dan pasangan	Ahli	Pasangan
25 tahun dan kurang	45.00	54.00
26 -30 tahun	50.00	59.00
31-35 tahun	55.00	66.00
36 - 40 tahun	74.00	89.00
41 - 45 tahun	93.00	112.00
46 -50 tahun	110.00	132.00
51 - 55 tahun	147.00	177.00
56 - 60 tahun	180.00	216.00
61 - 65 tahun (pembaharuan sahaja)	252.00	303.00
66 - 70 tahun (pembaharuan sahaja)	307.00	368.00
Kadar bagi anak (berumur 15 hari - 25 tahun)		
Lanjutan sehingga 27 tahun jika <u>OKU</u>		
Anak		35.00

4. PENGAKUAN

- Pernahkah permohonan anda atau tanggungan untuk takaful/insurans perubatan, ketidakupayaan atau hayat ditolak / ditangguh / diterima mengikut syarat yang lain daripada syarat biasa? Ya Tidak
- Pernahkah anda atau tanggungan membuat tuntutan ke atas polisi takaful / insurans perubatan atau ketidakupayaan? Ya Tidak
- Adakah anda atau tanggungan pernah atau berkemungkinan akan terlibat dalam sukan, aktiviti atau pekerjaan lasak? (Contoh:berlumba, menyelam dan sebagainya) Ya Tidak
- Pernahkah anda atau tanggungan menerima rawatan berterusan, menjalani pembedahan atau dinasihatkan berbuat demikian atau mengalami kemalangan atau keracunan yang serius? Ya Tidak
- Pernahkah anda atau pasangan menerima rawatan atau dirawat untuk sebarang penyakit atau masalah berikut :
 - Penyakit paru-paru, jantung, organ-organ peredaran, sistem saraf, sistem penghadaman dan / atau sistem genitourinari (cth:lelah, darah tinggi, kolestrol tinggi, sawan, ulser gastrik, buasir, kencing manis, pendarahan air kencing dll)? Ya Tidak
 - Penyakit telinga, mata, hidung, sendi atau tulang belakang? Ya Tidak
 - 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 di insuranskan? Ya Tidak
- Untuk wanita sahaja : Anggota Isteri
 - Adakah anda mengandung? Ya Tidak
 - Adakah anda mengalami atau pernah mengalami sebarang masalah masalah organ wanita (payudara, rahim, ovari) atau kesakitan ketika haid di mana memerlukan rawatan atau mengalami komplikasi semasa kehamilan terdahulu? Ya Tidak
- Bilakah kali terakhir anda atau tanggungan berjumpa doktor dan atau tujuan apa? Sila nyatakan nama dan alamat doktor.
(Jika jawapan bagi soalan 1 - 7 ialah "Ya", sila berikan perincian / maklumat berkaitan)

5. DEKLARASI

Bahawasanya saya dengan ini bersetuju untuk menyertai Skim KOP Perubatan anjuran Koperasi Polis Diraja Malaysia Berhad ("KPDRM") dan berakujanji untuk menjelaskan sumbangan bulanan saya sebanyak caruman yang sepatutnya mengikut pelan perlindungan secara potongan gaji bulanan sebagai "Tabarruq" (derma) dan bayaran perkhidmatan kepada KPDRM. Saya juga bersetuju dan membenarkan KPDRM untuk membuat potongan gaji setiap bulan dan membuat sebarang perubahan skim, jadual faedah, peraturan polisi, premium bulanan dan sebagainya apabila timbul keperluan untuk kepentingan anggota. Saya turut berjanji untuk menjelaskan apa-apa tunggakan premium saya jika ada dengan membenarkan KPDRM membuat potongan daripada yuran / simpanan pertaruhan khas / gaji atau lain-lain 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 samada dengan sengaja atau tidak sengaja boleh menjadi asas untuk syarikat penanggung dengan pertimbangan mutlaknyanya untuk tidak membayar sebarang manfaat. Saya memberi hak sepenuhnya kepada syarikat penanggung untuk mendapat sebarang laporan perubatan, daripada mana-mana doktor, hospital, institusi kerajaan atau syarikat insurans, yang berkaitan dengan sejarah perubatan saya serta tanggungan yang dilindungi di bawah skim ini.

Tarikh

Tandatangan Ahli