



كوفراسي پوليس دراج مليسيا برحد
KOPERASI POLIS DIRAJA MALAYSIA BERHAD

No. 1, Jalan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur
Tel : 03 - 2600 8999/8888, Fax : 03 - 2273 1181

SKIM KOP PERUBATAN KPD
BORANG PENYERTAAN SKIM DAN AKUAN

No. Siri :
Tarikh Kuatkuasa :

Penyertaan Baru

Tukar Pelan

Penambahan Tanggungan

1. MAKLUMAT AHLI / PENCADANG

Nama Tarikh Lahir

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

Status Perkahwinan Jantina L P

Alamat Bertugas Tel

Alamat Tempat Tinggal Tel

Alamat Email H/P

2. BUTIR-BUTIR PESERTA YANG DILINDUNGI [TANGGUNGAN SAHAJA] (sila sertakan salinan kad pengenalan / sijil lahir)

	Nama	Hubungan			Jantina		Tarikh Lahir	No KP / Sijil Kelahiran	Tinggi (CM)	Berat (KG)
		S	I	A	L	P				
1										
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 : berumur 15 hari - 25 tahun, belum berkahwin, bukan Polis dan masih dalam tanggungan

: Sila (✓) pada kotak berkenaan

3. KADAR PREMIUM (mengikut umur ada 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	252.00	303.00
66 - 70 tahun	307.00	368.00

Kadar bagi anak (berumur 15 hari - 25 tahun)

lanjutan sehingga 27 tahun jika OKU

Anak 35.00

4. PENGAKUAN

- Pernakah permohonan anda atau tanggungan untuk takaful/insurans perubatan, ketidakupayaan atau hayat ditolak / ditangguh / diterima mengikut syarat yang lain daripada syarayat biasa? Ya Tidak
- Pernakah 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
- Pernakah anda atau tanggungan menerima rawatan berterusan, menjalani pembedahan atau dinasihatkan berbuat demikian atau mengalami kemalangan atau keracunan yang serius? Ya Tidak
- Pernakah anda atau tanggungan menerima rawatan atau dirawat untuk sebarang penyakit atau masalah berikut :
 - Penyakit paru-paru, jantung, organ-organ peredaran, sistem saraf, sistem penghadamandan / atau sistem genitourinari (cth : lelah, darah tinggi, kolestrol tinggi, sawan, ulser gastrik, buasir, kencing manis 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 organ yang diinsurankan? Ya Tidak
- Untuk wanita sahaja : Anggota Isteri
 - Adakah anda mengandung? Ya Tidak
 - Adakah anda mengalami atau pernah mengalami sebarang masalah organ dalaman wanita (payudara, rahim, ovari) atau penyakit ketika haid di mana memerlukan rawatan atau mengalami komplikasi semasa kehamilan terdahulu? Ya Tidak
- Bilakah kali terakhir anda atau tanggungan berjumpa doktor dan atas 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 bulana 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, 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 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 dicatat, dan saya memahami sebarang maklumat yang tidak benar samaada dengan sengaja atau tidak sengaja boleh menjadi asas untuk syarikat penanggung untuk mendapat sebarang laporan perubatan, daripada mana-mana doktor, hospital, institusi kerajaan, syarikat insurans, yang berkaitan dengan sejarah perubatan saya serta tanggungan yang dilindungi di bawah skim ini.

Tarikh

Tandatangan Ahli

6. WAKIL JUALAN

Nama : _____
No Kad Kuasa / PF : _____

Tandatangan : _____