

**SYARAT-SYARAT PERMOHONAN SKIM ELAUN HOSPITAL**

1. Telah menjadi anggota tidak kurang daripada tempoh dua tahun (**24** bulan) secara berterusan semasa permohonan dibuat dan baki syer minima adalah **RM1,000.00** semasa permohonan diterima.
2. Mana-mana anggota yang mempunyai tunggakan ansuran akaun pembiayaannya melebihi **3 bulan** adalah tidak layak menikmati kemudahan atau manfaat skim bantuan ini dan permohonan ini tidak akan dipertimbangkan.
3. Bagi individu yang Hilang Kelayakan Sebagai Anggota (UUK 20 (1)), Menarik Diri (UUK 22 (1),(2),(3),(5) dan Penggantungan & Penamatan Anggota (UUK 23) adalah tidak layak memohon.
4. Dimasukkan ke hospital kerajaan atau mana-mana hospital yang diiktiraf **BUKAN** disebabkan atas rawatan perubatan berikut:-
  - i. Psikiatri; atau
  - ii. Kecederaan / keracunan yang disebabkan sendiri; atau
  - iii. Di bawah pengaruh alkohol atau dadah berbahaya; atau
  - iv. Penyakit kelamin seperti gonorea, sifilis dan sebagainya; atau
  - v. Sindrom Kurang Daya Tahan Penyakit (AIDS).
5. Kadar bayaran bantuan ialah RM20.00 (Ringgit: Dua puluh sahaja) bagi tiap-tiap satu hari penuh anggota itu menerima rawatan di hospital tertakluk kepada bayaran bantuan sehingga maksima RM600.00 (Ringgit: Enam Ratus Sahaja).
6. Anggota hendaklah membuat permohonan dalam tempoh 30 hari dari tarikh keluar dari hospital dengan menyertakan salinan bil rawatan hospital dan salinan sijil perubatan yang telah disahkan oleh pihak hospital.
7. Jika pemohon menerima rawatan di hospital melebihi 30 hari secara berturut-turut, ia hendaklah mengemukakan laporan perubatan yang dikeluarkan oleh hospital itu semasa ia membuat permohonan bantuan ini.

**Sila tandakan ( / ) dokumen yang disertakan :**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Salinan Kad Pengenalan Anggota   | <input type="checkbox"/> |
| 2. Salinan Laporan Perubatan Yang Dikeluarkan Oleh Hospital (Sekiranya Anggota Itu Menerima Rawatan Perubatan Di Hospital Melebihi <b>30</b> Hari Berturut-Turut)             | <input type="checkbox"/> |
| 3. Salinan Bil Rawatan Hospital Yang Mengandungi Tarikh Kemasukan/Keluar Hospital (Mestilah Dikemukakan Dalam Tempoh <b>30</b> Hari Selepas Anggota Itu Keluar Dari Hospital) | <input type="checkbox"/> |
| 4. Salinan Sijil Perubatan Yang Telah Disahkan Oleh Hospital  | <input type="checkbox"/> |

**BORANG SKIM ELAUN HOSPITAL**

**A. KETERANGAN ANGGOTA :**

NAMA			
NO. K/P (BARU)		NO. K/P (LAMA)	
NO. ANGGOTA		JUMLAH SYER	RM
TARIKH MENJADI ANGGOTA			
ALAMAT			
NO. TEL. RUMAH		NO. H/P	
PEKERJAAN/JAWATAN			
NAMA & ALAMAT MAJIKAN			
NAMA PASANGAN			

**B. KETERANGAN PENYAKIT :**

1. NYATAKAN NAMA PENYAKIT	
2. TARIKH MULA PENYAKIT DAPAT DIKESAN OLEH PEMOHON	
3. TEMPOH PENYAKIT DIHIDAPI OLEH PEMOHON HINGGA KINI	
4. TARIKH MULA PEMOHON MENDAPAT RAWATAN PENYAKIT DARIPADA PEGAWAI PERUBATAN (DOKTOR)	
5. PESAKIT ADAKAH MENGHIDAP APA-APA PENYAKIT LAIN (JIKA ADA NYATAKAN)	
6. NYATAKAN ADAKAH PENYAKIT DIHIDAPI DISEBABKAN OLEH KECEDERAAN / KEMALANGAN	
7. KEADAAN PENYAKIT ANGGOTA SEMASA MENDAPAT RAWATAN	<input type="checkbox"/> TELAH PULIH <input type="checkbox"/> BERANSUR SEMBUH <input type="checkbox"/> TIADA PERUBAHAN <input type="checkbox"/> SEMAKIN TERUK
Tandakan <input checked="" type="checkbox"/> yang berkaitan	

8. NYATAKAN TARIKH DAN TEMPAT SEMASA MENERIMA RAWATAN OLEH ANGGOTA

TARIKH	TEMPAT RAWATAN

9. KOS RAWATAN YANG DIKENAKAN (Lampiran Salinan Resit Bayaran)

TARIKH	NO. RESIT	JUMLAH (RM)

**C. AKUAN OLEH ANGGOTA**

Saya sebagai anggota Co-opbank Pertama mengaku bahawa segala keterangan yang saya berikan di atas adalah benar dan memohon bantuan di atas melalui Kumpulan Wang Kebajikan Anggota Co-opbank Pertama.

Saya mengaku memahami bahawa bantuan ini hanya diberikan sekali di sepanjang tempoh keanggotaan saya dan pertimbangan pihak Jawatankuasa adalah muktamad.

Yang benar,

.....

Tarikh : .....

**D. KEGUNAAN CAWANGAN**

Diterima dan disemak oleh :

Disahkan oleh :

.....  
Nama :

.....  
Nama :

Tarikh :

Tarikh :

**E. KEGUNAAN JABATAN KEANGGOTAAN**

Diterima dan disemak oleh :

Disahkan oleh :

.....  
Nama :

.....  
Nama :

Tarikh :

Tarikh :

Permohonan ini telah diisahkan oleh Mesyuarat Jawatankuasa Keanggotaan Dan Hal Ehwal Korporat pada \_\_\_\_\_

Jumlah diluluskan: RM.....

.....  
**Pengurus / Pegawai**

Tarikh :