

SYARAT-SYARAT PERMOHONAN SKIM PENYAKIT KRITIKAL

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. Setiap Anggota hanya layak mendapat manfaat bantuan ini sekali di sepanjang tempoh keanggotaannya.
3. Mana-mana anggota yang mempunyai tunggakan ansuran bulanan akaun pembiayaannya melebihi **3 bulan** adalah tidak layak menikmati kemudahan atau manfaat skim bantuan ini dan permohonan ini tidak akan dipertimbangkan.
4. 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.
5. 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).
6. Anggota telah dimasukkan ke hospital kerajaan atau mana-mana hospital yang diiktiraf disebabkan menjalani rawatan / pembedahan penyakit kritikal yang disenaraikan.
7. 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.
8. Kadar bayaran bantuan bagi pembedahan penyakit kronik adalah RM500.00 (Ringgit: Lima Ratus Sahaja).

Sila tandakan (/) dokumen yang disertakan :

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Salinan Kad Pengenalan Anggota | <input type="checkbox"/> |
| 2. Salinan Bil Pembedahan Hospital Yang Dalam Tempoh 14 Hari Dari Tarikh Anggota Keluar Dari Hospital | <input type="checkbox"/> |
| 3. Salinan Laporan Perubatan Yang Dikeluarkan Oleh Hospital (Sekiranya Pembedahan Di Hospital Melebihi 14 Hari Berturut-turut) | <input type="checkbox"/> |

BORANG SKIM PENYAKIT KRITIKAL

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 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 :