

PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM / BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN PERIBADI

Note 1. Please give a definite answer to each question : Ticks or dashes are not sufficient.
Nota : Sila berikan jawapan yang jelas bagi setiap soalan : Tanda (✓) atau tanda sempang adalah tidak memadai.

2. No claim can be considered unless the Medical Examiner's Certificate is furnished at the expense of the claimant.
Tuntutan tidak akan dipertimbangkan melainkan Sijil Pemeriksaan Perubatan adalah dibekalkan dan dibiayai oleh pihak yang menuntut.

(A) DETAILS OF THE ASSURED / BUTIR-BUTIR ASURED

1. Employer's Name and Address
Nama dan Alamat Majikan _____
2. Policy No. _____ Certificate No. _____ Staff No. _____
No. Polisi _____ No. Sijil _____ No. Pekerja _____
3. Effective Date of Assurance _____ Expiry Date of Assurance _____
Tarikh Asurans Bermula _____ Tarikh Asurans Berakhir _____
4. Employee's Name _____
Name Pekerja _____
- Date of Birth _____ Sex Female / Perempuan
Tarikh Lahir _____ Jantina Male / Lelaki

(B) DETAILS OF ACCIDENT / BUTIR-BUTIR KEMALANGAN

1. Date of Accident _____ Time of Accident _____
Tarikh Kemalangan _____ Waktu Kemalangan _____
- Place of Accident _____
Tempat Kemalangan _____
2. State precisely how the accident occurred. / Nyatakan secara jelas bagaimana kemalangan itu berlaku.

3. Nature and Extend of Injuries. / Jenis dan Tahap Kemalangan yang Dialami.

4. Name and Address of Witness. / Nama dan Alamat Saksi.

(C) GENERAL INFORMATION / MAKLUMAT AM

1. Name and Address of the Medical Practitioner who is or has been attending to the Employee for his injury.
Nama dan alamat Pegawai Perubatan yang merawat atau pernah merawat pekerja ini untuk kecederaan ini. _____
2. Is he the usual Medical Practitioner of the Employee ?
Adakah pegawai tersebut merupakan Pegawai Perubatan yang lazim bagi pekerja ini? Yes / Ya No / Tidak
3. Has he or any other practitioner attended to the Employee previously for any illness of injuries? If so, please give particulars.
Pernahkah beliau atau mana-mana pegawai lain merawat kesakitan atau kecederaan pekerja ini sebelum ini? Jika ya, sila beri butiran.

4. Is your Company entitled to claim compensation for accidental injury from any other company or companies? If yes, please give details.
Adakan syarikat anda layak untuk menuntut pampasan bagi kecederaan akibat kemalangan dari mana-mana syarikat? Jika ya, sila beri butiran.

(D) DECLARATION / PENGISYTIHARAN

I hereby declare that I have received the above described injuries by external and visible means. I hereby warrant that the above statements and facts are true and that I have not withheld from my Company any material information in connection with this claim.

Saya, dengan ini mengisytiharkan bahawa saya telah mengalami kecederaan yang dinyatakan di atas secara luaran dan nyata. Saya, dengan ini membuktikan bahawa kenyataan-kenyataan dan fakta-fakta di atas adalah benar dan saya tidak menyembunyikan apa-apa maklumat yang berhubung dengan tuntutan ini daripada syarikat saya.

Date
Tarikh : _____

Signature of Employee
Tandatangan Pekerja : _____

We claim compensation under the above policy in respect of the above named Employee.
Kami menuntut pampasan di bawah polisi ini bagi pihak pekerja yang dinamakan di atas.

Date
Tarikh : _____

Signature & Company's Stamp
of Claimant (Employer)
Tandatangan & Cop Syarikat Pihak
yang menuntut (Majikan) : _____

Important Note / Nota Penting :

In the event that this document is translated into Bahasa Malaysia, the English Language version of this document shall be at all times and in all events prevail and be the infinite document.

Sekiranya wujud sebarang percanggahan dalam penggunaan definisi dan/atau taksiran istilah dan/atau terma-terma dan/atau syarat-syarat di dalam borang ini, versi Bahasa Inggeris akan digunakan.

MEDICAL EXAMINER'S CERTIFICATE – ACCIDENT CLAIM
SIJIL PEMERIKSAAN PERUBATAN - TUNTUTAN KEMALANGAN

TO BE FORWARDED TO THE COMPANY WITHIN SEVEN DAYS AFTER RECEIPT AND TO BE COMPLETED BY A DULY REGISTERED PRACTITIONER. THE FEES FOR THIS CERTIFICATE TO BE PAID BY CLAIMANT.

UNTUK DIKEMUKAKAN KEPADA SYARIKAT DALAM MASA TUJUH HARI SELEPAS DITERIMA DAN DILENGKAPKAN OLEH TERLATIH BERDAFTAR YANG SEBENAR. SEGALA BAYARAN BAGI SIJIL INI ADALAH DITANGGUNG OLEH PIHAK YANG MENUNTUT.

In respect of the Accident to
Bagi Pihak yang Mengalami
Kemalangan

(the Patient / Pesakit)

NRIC No.
No. KP

I do hereby certify that I personally examined the injuries sustained by the above named in the Accident described herein, and that the facts about the said injuries are as follows:

Saya, dengan ini mengesahkan bahawa saya secara peribadi telah memeriksa kecederaan yang dialami oleh penama di atas dalam kemalangan yang dinyatakan di sini, dan fakta-fakta yang berkaitan dengan kecederaan tersebut adalah seperti berikut:

1. Nature and Extent of Injuries. / Jenis dan Tahap Kecederaan yang Dialami.

2. a) State as fully as possible the cause of the accident.
Nyatakan dengan selengkap yang mungkin sebab-sebab kemalangan berlaku.

b) Is the appearance of the injury consistent therewith?
Adakah kemunculan kecederaan ini konsisten selepas itu?

3. (a) Are the injuries sustained of such nature that the Insured required hospitalisation? Yes / Ya
Adakah jenis kecederaan yang seperti ini memerlukan penghospitalan? No / Tidak

(b) If the Patient was hospitalised, please give / Jika Pesakit ini dimasukkan ke hospital, sila nyatakan

Date of Admission / /
Tarikh Masuk d d m m y y y y

Date of Discharged / /
Tarikh Keluar d d m m y y y y

4. Upon what date did you first see and examine the Patient after the Accident described herein?
Bilakah tarikh pertama anda berjumpa dan memeriksa pesakit ini selepas kemalangan yang dinyatakan di atas?
 / / (dd/mm/yyyy)

5. Are there any permanent bodily defects sustained by the Patient following the accident? If so, please provide details. Adakah terdapat sebarang kecacatan badan kekal yang dialami oleh pesakit akibat daripada kemalangan ini? Jika ya, sila beri butiran.

6. Do you think that the Patient was perfectly sober at the time of the Accident?
Adakah anda berpendapat bahawa pesakit tidak mabuk pada masa kemalangan?

7. Is there any connection between the present disablement and any disease or previous accident? If so, please give details.
Adakah terdapat sebarang pertalian antara kecacatan masa kini dengan sebarang penyakit atau kemalangan lalu? Jika ya, sila

beri butiran.

-
8. Is surgical interference necessary or likely to become so?
Adakah gangguan pembedahan diperlukan atau besar kemungkinan akan terjadi?
-
9. Is the Patient now, or was he at the time of the Accident, subject to or suffering from any illness or disease irrespective of the injury? If so, please state
Adakah pesakit ini sekarang, atau adakah dia pada masa kemalangan, akan atau di bawah penyeksaan daripada sebarang kesakitan atau penyakit tanpa mengira kecederaan ini? Jika ya, nyatakan
- (a) the nature of the disablement(s)
jenis kecacatan _____
- (b) the probable duration before the accident
tempoh berkemungkinan sebelum kemalangan _____
- (c) the extent which it has affected the Patient's recovery
tahap di mana ia memberi kesan kepada kesembuhan pesakit ini _____
10. (a) Has the Patient been confined to the house by your instructions? Yes / Ya
Pernahkah pesakit ini dikurungkan di dalam rumah seperti yang diarahkan oleh anda? No / Tidak
- (b) If so, state inclusive dates / / (dd/mm/yyyy)
Jika ya, nyatakan tarikh tempohnya
11. Please state the date when the Patient can resume
Sila nyatakan tarikh bila pesakit ini boleh memulakan
- (a) Light Work on / / (dd/mm/yyyy)
Kerja Ringan pada
- (b) His Usual Occupation on / / (dd/mm/yyyy)
Pekerjaan Biasanny pada

Name of Medical Examiner
Nama Pemeriksa Perubatan _____

Date / Tarikh _____

Signature and Stamp of Medical Examiner
Tandatangan dan Cop Pemeriksa Perubatan _____

Important Note / Nota Penting :

In the event that this document is translated into Bahasa Malaysia, the English Language version of this document shall be at all times and in all events prevail and be the infinite document.
Sekiranya wujud sebarang percanggahan dalam penggunaan definisi dan/atau taksiran istilah dan/atau terma-terma dan/atau syarat-syarat di dalam borang ini, versi Bahasa Inggeris akan digunakan.