

BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN (ACCIDENT CLAIM FORM)

1. Pengeluaran dan penerimaan kembali borang yang telah dilengkapkan bukanlah bererti dengan sendirinya diakui oleh Syarikat.
(Issuance and acceptance of duly completed Form does not constitute any admission of liability by the company)
2. Peserta diwajibkan mengisi borang dengan lengkap dan sepenuhnya.
(Participant is required to fill this form completely)
3. Semua pernyataan-pernyataan maklumat-maklumat dan butiran yang diberi oleh Peserta di dalam borang ini mestilah benar dan sepenuhnya.
(All statements, information and particulars given by the Participant must be true and complete)
4. Borang yang lengkap diisi mestilah dikembalikan kepada Syarikat dalam tempoh 7 hari dari tarikh penerimaannya oleh Peserta.
(The duly completed Form must be submitted to the Company within 7 days from the date of its receipt by the participant)

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT (FOR OFFICE USE)

No Sijil Cert. No : _____ No Tuntutan Claim No : _____
 Tempoh Perlindungan : _____ shg / to _____ Diurus oleh Dealt by : _____
Period of Coverage
 Tarikh Pemberitahuan : _____
Notification Date

Tandakan (X) di mana yang berkenaan *(Marked (X) where applicable)*

Kelas Tuntutan <i>Claim Class</i>	<input type="checkbox"/>	Kemalangan Diri <i>Personal Accident</i>	<input type="checkbox"/>	Kemalangan Diri Berkelompok <i>Group Personal Accident</i>	<input type="checkbox"/>	Lain-lain <i>Others</i>
Jenis Tuntutan <i>Claim type</i>	<input type="checkbox"/>	Kematian <i>Death</i>	<input type="checkbox"/>	Keilatan Kekal <i>Permanent Disablement</i>	<input type="checkbox"/>	Keilatan Sementara <i>Temporary Disablement</i>
	<input type="checkbox"/>	Belanja Perubatan <i>Medical Expenses</i>	<input type="checkbox"/>	Belanja Pengkebumian <i>Funeral Expenses</i>	<input type="checkbox"/>	Lain-lain <i>Others</i>

BUTIRAN PESERTA (PARTICULARS OF PARTICIPANT)

Nama Name : _____
 Alamat Address : _____
 Pegawai Dihubungi
Person contact : _____
 Telefon Telephone No : Pejabat Office: _____ Bimbit Mobile No _____

**BUTIRAN ORANG YANG CEDERA – UNTUK PESERTA BEKELOMPOK SAHAJA
 (DETAIL OF INJURED PERSON OR GROUP PARTICIPATION ONLY)**

Nama Name : _____
 No K/P Lama Old IC No : _____ No KP Baru New IC No : _____
 Alamat Address : _____
 Pekerjaan Occupation : _____

BUTIRAN KEMALANGAN (DETAILS OF ACCIDENT/INCIDENT)

Tarikh Kemalangan
Date of Accident : _____ Waktu Kemalangan
Time of Accident Pagi am
 Petang pm
 Tempat Kemalangan *Place of Accident* : _____
 Adakah kemalangan tersebut dilaporkan kepada pihak Polis
Was the accident reported to the Police Ya/ Yes Tidak/ No
 Penerangan ringkas kemalangan *(Brief Description of the Accident)*

Adakah sesiapa menyaksikan kemalangan tersebut
Was there any person who witnessed the accident Ya/ Yes Tidak/ No

Jika ada sila nyatakan *if yes, please state*

Nama *Name* : _____

Alamat *Address* : _____

No Telefon *Tel. No* : _____

MAKLUMAT TAMBAHAN (ADDITIONAL INFORMATION)

Sila nyatakan dengan tepat kecederaan yang dialami oleh anda/pihak yang cedera

Please state precisely in injuries sustained by you / the injured person

Butiran Doktor yang memberi rawatan selepas kemalangan *Particulars of the attending physician after the accident*

Nama *Name* : _____

Nama Hospital / Klinik : _____

Name of Hospital / Clinic : _____

Alamat *Address* : _____

No Tel. *Tel No.* : _____

Sila nyatakan tarikh anda / pihak yang cedera mula kembali bekerja selepas kemalangan _____

Please state the date when you/ the injured person returned to work after the accident

Adakah terdapat sebarang kecatatan pada diri anda / pihak yang cedera sebelum kemalangan ini Ya/ Yes Tidak/ No

Are you / the injured person suffering from any physical disability prior to the accident

Jika "Ya" nyatakan butiran kecatatan tersebut

If "Yes" state the details of the disability

Adakah anggota yang cedera sekarang pernah tercedera sebelum kemalangan ini Ya/ Yes Tidak/ No

Have the same limb (part of body) ever been injured prior to this accident

Adakah Sijil (jika peserta berkelompok) ini melindungi kesemua kakitangan anda Ya/ Yes Tidak/ No

Are all your staffs under this certificate (if participant is a group)

Berikutan dengan kemalangan ini adakah anda / pihak yang cedera berhak menerima pampasan/ manfaat dari mana-mana penanggung insuran / pengendali takaful Ya/ Yes Tidak/ No

In respect of this accident are you / the injured person entitled to receive compensation /

Benefits from any Insurers / takaful operator

Jika "Ya" sila nyatakan *If "Yes" please state :*

Nama Syarikat Insuran _____

Name of Insurer

No Polisi / *Policy No* _____

Adakah anda / pihak yang cedera pernah membuat sebarang tuntutan pampasan berkaitan dengan kecederaan akibat kemalangan dari mana-mana penanggung insuran / pengendali takaful Ya/ Yes Tidak/ No

Have you / the injured person made any claim for compensation in respect of accident injury

from any Insurer / Takaful Operator

Jika "Ya" sila nyatakan *If "Yes" please state*

Nama *Name* _____

No Polisi *Policy No* _____

PENGISTIHARAN (DECLARATION)

Bahawasanya saya / kami dengan ini mengistiharkan sepanjang pengetahuan saya / kami bahawa segala pernyataan-pernyataan yang terkandung di atas adalah benar dan betul dan saya / kami mengaku tidak memalsukan atau memberi pernyataan-pernyataan yang tidak benar bersabit dengan tuntutan tersebut . Saya / kami juga mengaku tidak menyembunyikan sebarang fakta dan maklumat yang boleh memberi kesan ke atas tuntutan ini.

// We hereby declare to the best of my / our knowledge that all the above statements and particulars are true and correct and acknowledge that I / We have not concealed any material facts and information that have effect on this claim

Tandatangan Peserta dan Cop Rasmi Syarikat
Participant's Signature and Company Official Stamp

Tandatangan Penuntut (Jika selain dari Peserta)
Claimant's Signature (if other than Participant)

Tarikh *Date*

Sila sertakan dokumen-dokumen sokongan yang tersenarai di bawah

Please enclose all relevant documents listed below.