

WORKMEN'S COMPENSATION CLAIM FORM

BORANG TUNTUTAN PAMPASAN PEKERJA

Claim Form / Notis Tuntutan



NOTICE OF ACCIDENT / PEMBERITAHUAN KEMALANGAN

(Licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia)

No. 638, Level 6, Block B1, Leisure Commerce Square, No. 9, Jalan PJS 8/9, 46150 Petaling Jaya,

Postal Address P.O. Box 10637, 50720 Kuala Lumpur, Malaysia.

telephone +603 7861 8400 • facsimile +603 7873 7430

SST Reg No: B16-1808-31042744

www.qbe.com/my

IMPORTANT NOTICE

NOTIS-NOTIS PENTING

- The giving of the undermentioned information does not imply that the injured person is making, or will make a claim.**
Maklumat yang diberikan di bawah ini tidak bermakna bahawa orang yang mengalami kecederaan sedang atau akan membuat satu tuntutan.
- This form is sent without prejudice to the terms of the policy.**
Borang ini dihantar tanpa apa-apa prasangka terhadap terma polisi.
- Full particulars of the accident are to be furnished by the employer. If any details or information are not readily available, please forward this form without delay, and advise the missing details as soon as possible.**
Keterangan penuh setiap kemalangan perlu dilengkapkan oleh Majikan. Sekiranya terdapat butir terperinci atau maklumat yang sedia untuk diberi, sila hantar borang ini tanpa membuang masa, dan berikan maklumat yang tertinggal secepat mungkin selepas itu.
- All written communications received by the Employer concerning accidents to employee should be forwarded immediately to the Company.**
Semua urusan surat-menyurat yang diterima oleh Majikan berkaitan dengan kemalangan yang dialami oleh pekerja perlu disampaikan ke pihak Syarikat secepat mungkin.

Form No.

No. Borang

Agency

Agensi

THE EMPLOYER / MAJIKAN

Name of Policyholder

Nama Pemegang Polisi

Business

Perniagaan

Address

Alamat

Telephone No.

No. Telefon

Policy No.

No. Polisi

THE INJURED WORKMEN / PEKERJA YANG CEDERA

Name

Nama

Age

Umur

Sex

Jantina

Nationality

Warganegara

Marital Status

Taraf Perkahwinan

Home Address

Alamat Rumah

I/C No.

No. K.P.

State occupation in which the injured person is employed

Nyatakan pekerjaan orang yang cedera

Was the injured person engaged in this occupation when the accident occurred?

Adakah orang yang cedera sedang berkhidmat dalam pekerjaan ini semasa kemalangan berlaku?

Yes/Ya

No/Tidak

If not, please state nature of the work / Jika ya, sila nyatakan jenis pekerjaan

Is the workman a relative of yours?

Adakah pekerja ini ahli keluarga majikan?

Yes/Ya

No/Tidak

If yes, please state relationship / Jika ya, sila nyatakan pertalian keluarga

THE INJURED WORKMEN (Continuation) / PEKERJA YANG CEDERA (Sambungan)**Is the injured person in your direct employ?**

Adakah orang yang cedera diambil bertugas secara langsung oleh tuan?

Yes/Ya

No/Tidak

If not give name and address of Contractor / Jika tidak, berikan nama dan alamat kontraktor
When did the injured person enter your service?

Bilakah orang yang cedera mula berkhidmat dengan tuan?

Is the workman in receipt of compensation for a previous disability?

Adakah pekerja ini sedang menerima pampasan untuk hilang upaya sebelum ini?

Yes/Ya

No/Tidak

Did the workman suffer from any physical defect to the accident?

Adakah pekerja ini mengalami kecacatan fizikal dari kemalangan?

Yes/Ya

No/Tidak

Name of hospital taken to

Nyatakan hospital yang dibawa

In or out-patient

Sebagai pesakit luar atau dalam

State whether still in hospital, or when discharged

Nyatakan sama ada masih berada di hospital, atau sudah dibenarkan keluar

Has the injured person been medically examined?

Sudahkah orang yang cedera melalui pemeriksaan kesihatan?

Yes/Ya

No/Tidak

If so, please send report. If not, was free examination offered?

Jika sudah, sila hantar laporan. Jika belum, adakah pemeriksaan secara percuma ditawarkan?

Yes/Ya

No/Tidak

State whether the injured person returned to work, and if so, when? / Nyatakan sama ada orang yang cedera telah mula bekerja, dan jika sudah, bila?**Are you satisfied the injured person has met with a bona fide accident arising out of his employment?**

Adakah tuan berpuashati bahawa orang yang cedera telah benar-benar ditimpa kemalangan yang melibatkan pekerjaannya?

Yes/Ya

No/Tidak

Is the injured person able to do partial work?

Adakah orang yang cedera berupaya melakukan sebahagian kerja?

Yes/Ya

No/Tidak

What is the probable period of disablement (approximate)?

Apakah jangka waktu hilang upaya (anggaran)?

THE ACCIDENT PARTICULARS / BUTIRAN KEMALANGAN**Date**

Tarikh

Time

Masa

Place

Tempat

On what date did you receive notice of accident and from whom? If in writing, please attach to this form

Bilakah tuan menerima notis kemalangan dan dari siapa? Jika secara bertulis, sila lampirkan bersama borang ini

Was anyone superintending the work the injured person was engaged upon?

Adakah sesiapa yang mengawasi kerja orang yang cedera?

Yes/Ya

No/Tidak

If so, please state name / Jika ada, sila nyatakan nama**On what date did the injured person actually cease work?**

Bilakah orang yang cedera mula berhenti bekerja?

Please explain below, in detail, exactly how the accident occurred.

Sila jelaskan di ruang ini, secara terperinci, bagaimana kemalangan berlaku.

THE ACCIDENT PARTICULARS (Continuation) / BUTIRAN KEMALANGAN (Sambungan)

If accident was due to machinery or gearing please state
Jika kemalangan disebabkan mesin atau perkakas nyatakan

- (a) **Whether it was fenced or guarded**
Sama ada ia dipagarkan atau dilindungi
- (b) **Was it being cleaned whilst in motion**
Adakah ia dicuci semasa ia bergerak

What was the general nature of contract or work going on?
Apakah ciri-ciri am kontrak atau kerja yang dijalankan?

State nature and regions of injury
Nyatakan jenis dan bahagian kecederaan

State right or left side
Nyatakan bahagian kiri atau kanan

Was the injured person under the influence of drink or drugs at the time of the accident? **Yes/Ya** **No/Tidak**
Adakah orang yang cedera di bawah pengaruh minuman keras atau dadah semasa kemalangan?

Was he guilty of any misconduct or disobedience to orders or rules? **Yes/Ya** **No/Tidak**
Adakah dia bersalah dalam salah laku atau gagal mematuhi apa-apa arahan atau peraturan?

If so, please give full particulars / Jika ya, sila beri butiran lengkap

State through whose neglect the accident occurred, if any
Nyatakan kecuaiian siapa yang mengakibatkan kemalangan, jika ada

State the names of any persons who witnessed the accident
Nyatakan nama orang yang menyaksikan kemalangan

Has the accident been reported to the Commissioner of Police or Commissioner for Labour? **Yes/Ya** **No/Tidak**
Adakah kemalangan telah dilaporkan kepada Pesuruhjaya Polis atau Pesuruhjaya Pekerja?

State when and where / Nyatakan bila dan di mana

ADDITIONAL PARTICULARS FOR FATAL CASES ONLY / BUTIRAN KEMALANGAN

Has the deceased any dependants? **Yes/Ya** **No/Tidak**
Adakah simati mempunyai tanggungan?

State names, addresses and relationship / Nyatakan nama, alamat dan hubungan

Note: In connection with Fatal accident please forward a copy of the Police Report together with a copy of the Death Certificate or Permit to Bury & post-mortem Report.

Nota: Berhubung dengan kemalangan maut, sila serahkan salinan Laporan Polis berserta dengan Sijil Kematian atau Permit Pengkebumian & Laporan bedah siasat.

WAGES / GAJI

Statement of wages of the injured person earned **IN THE PRESENT EMPLOYMENT** for the six months immediately prior to the date of this Accident, or wages earned during such shorter period as he/she may have been in the Employer's service, stating the date on which he/she was engaged.

Penyata gaji yang diperolehi oleh orang yang cedera **SEMASA BERTUGAS** selama enam bulan sejurus sebelum tarikh Kemalangan, atau gaji yang diperolehi semasa tempoh yang singkat dalam perkhidmatan Majikan, dengan menyatakan tarikh bila beliau mula bekerja.

Note:- The objective of this form is to ascertain the exact **Monthly earnings** of the injured person. It is imperative that it should be carefully and correctly filled. **If the injured person has been absent from work at any time during the period of his/her employment, please state the period and cause.**

Nota:- Tujuan borang ini ialah untuk menentukan **upah Bulanan sebenar** orang yang cedera. Adalah penting perkara ini diisi dengan teliti dan betul. **Jika orang yang cedera telah tidak bekerja pada bila-bila masa, semasa jangka waktu perkhidmatannya, nyatakan waktu dan sebab.**

YEAR TAHUN	MONTH BULAN	WAGE GAJI		Bonus, Value of Free Quarters & Other allowances Bonus, Nilai Perumahan percuma & Lain-lain Elaun	
		RM	cts	RM	cts
		TOTAL / JUMLAH			
		TOTAL INCLUDING ALL ALLOWANCES / JUMLAH TERMASUK SEMUA ELAUN			

DECLARATION & CONSENT / PENGAKUAN DAN KEBENARAN

I/we hereby declare that I/we have fully and accurately answered the questions in this proposal form.

Saya/Kami dengan ini mengisytiharkan bahawa Saya/Kami telah menjawab soalan-soalan di dalam Borang Cadangan ini dengan penuh dan tepat.

Privacy Statement - I understand that the personal data provided to purchase the above insurance will be used by QBE Insurance (Malaysia) Berhad to facilitate the performance of the function as an insurance company. I allow QBE Insurance (Malaysia) Berhad to collect, use and disclose my personal data to selected third parties in or outside Malaysia, in accordance with Privacy Policy Statement which is posted at our website www.qbe.com/my.

Kenyataan Privasi - Saya memahami Maklumat peribadi yang Anda bekalkan sebagai seorang individu untuk membeli insuran tersebut diatas akan digunakan oleh QBE Insurance (insuranMalaysia) Berhad untuk memudahkan pelaksanaan fungsi sebagai syarikat insurans. Saya membenarkan QBE Insurance (Malaysia) Berhad untuk mengumpul, mengguna dan memberi data peribadi saya kepada pihak ketiga terpilih yang terletak di dalam atau di luar Malaysia, selaras dengan Kenyataan Polisi Privasi kami yang dipaparkan dalam laman sesawang www.qbe.com/my.

Signature / Tandatangan

I.C. No. / No. K.P.

Company Chop / Cop Syarikat

Date: (dd/mm/yy)

Tarikh (hh/bb/tt)

/ /

IMPORTANT NOTICE / NOTIS PENTING

1. According to the standing Workmen's Compensation Ordinance 1952 and Workmen's Compensation (Amendment) Act 1996 each and every accident occurred to your employees must be reported in writing to the Labour Office within 10 days of the occurrence of the accident, otherwise you may be punished with a fine not exceeding RM2,000.00.

Mengikut Ordinan Pampasan Pekerja 1952 dan Akta Pampasan Pekerja (Pindaan) 1996 setiap kemalangan yang berlaku kepada pekerja anda mesti dilaporkan secara bertulis kepada Pejabat Buruh dalam masa 10 hari dari tarikh kejadian, jika tidak anda boleh didenda tidak melebihi RM2,000.00.

2. When the injured person returns to work, please send to the Company the following documents:-

Apabila orang yang cedera kembali bekerja, sila hantar kepada Syarikat dokumen-dokumen berikut:-

(a) Notice of Return to Work / Notis kembali bekerja

(b) Medical Certificate & Assessment of Compensation issued by the Labour Office / Sijil Perubatan & Penilaian Pampasan yang dikeluarkan oleh Pejabat Buruh

(c) All correspondence between you and the Labour Office / Semua surat-menyurat antara anda dan Pejabat Buruh

3. No claim for compensation will be considered, unless the aforesaid documents 2(b) can be produced.

Tuntutan pampasan tidak akan dipertimbangkan kecuali jika dokumen 2(b) diserahkan.