

**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 : FILL IN BY CLAIMANT/STUDENT  
 No K/P Lama Old IC No : FILL IN BY CLAIMANT/STUDENT No KP Baru New IC No : FILL IN BY CLAIMANT/STUDENT  
 Alamat Address : FILL IN BY CLAIMANT/STUDENT  
 Pekerjaan Occupation : STUDENT

**BUTIRAN KEMALANGAN (DETAILS OF ACCIDENT/INCIDENT)**

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

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

DI ISI OLEH PENUNTUT/STUDENT

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*

FILL IN BY CLAIMANT/STUDENT

FILL IN BY CLAIMANT/STUDENT

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.*