



2. Details of death/total and permanent disability due to accident. / *Keterangan mengenai kematian/keilatan kekal menyeluruh yang diakibatkan oleh kemalangan.*

(a) Date and time of the accident? / *Tarikh dan waktu kemalangan berlaku?*

Date / *Tarikh:*

-   -

Time / *masa:*

a.m. / *pagi*  
p.m. / *petang*

(b) Place where the accident happened? / *Tempat dimana berlakunya kemalangan?*

(c) Please explain in detail how the accident occurred. / *Sila terangkan dengan jelas bagaimana kemalangan berlaku.*

(d) Please explain in detail the injuries sustained and parts of the body injured or dismembered.

*Sila terangkan dengan terperinci kecederaan yang dialami dan bahagian anggota yang cedera atau hilang.*

(e) Please give the name of attending doctor together with address of hospital/clinic. / *Sila berikan nama doktor yang merawat berserta alamat hospital/klinik.*

### C. CLAIMANT'S DETAILS / BUTIR-BUTIR PENUNTUT

(a) Name / *Nama:*

(b) I/C No. / *No. Kad Pengenalan:*

New / *Baru*

-  -

Old / *Lama*

(c) Age / *Umur:*

Year / *Tahun*

(d) Sex / *Jantina:*

Male / *Lelaki*

Female / *Perempuan*

(e) Telephone No. / *No. Telefon:*

House / *Rumah*

-

Office / *Pejabat*

-

Handphone / *Telefon Bimbit*

-

(f) Relationship with the deceased / *Hubungan dengan simati:*

(g) Address / *Alamat:*

Postcode / *Poskod*

(h) Name and Address of Bank / *Nama dan Alamat Bank:*

Postcode / *Poskod*

Claimant Bank Account No. / *No. Akaun Bank Penuntut:*

(To Expedite payment upon approval of claim / *Untuk memudahkan pembayaran setelah tuntutan diluluskan*)

