

TAKAFUL WORKMEN'S COMPENSATION CLAIM FORM BORANG TUNTUTAN PAMPASAN PEKERJA TAKAFUL

STATEMENT PURSUANT TO SECTION 28 OF THE TAKAFUL ACT 1984

The issuance and acceptance of this Claim Form is not an admission of liability by CIMB Aviva Takaful Berhad. You are to disclose on this Claim Form, fully and faithfully all the facts which you know or ought to know otherwise this claim shall be declared null and void.

KENYATAAN MENGIKUT SEKSYEN 28 AKTA TAKAFUL 1984

Pengeluaran dan penerimaan Borang Tuntutan ini bukan pengakuan bertanggungjawab oleh CIMB Aviva Takaful Berhad. Sekiranya kenyataan dan pengisytiharan palsu dibuat untuk menyokong tuntutan ini, maka tuntutan ini adalah batal dan tidak sah.

SECTION A : PARTICULARS / SEKSYEN A : BUTIRAN

Participant's Name (in block letters) / Nama Peserta (dalam huruf besar):

NRIC No. / No. Kad Pengenalan:

New / Baru - -

Old / Lama

Business Registration No / No. Pendaftaran Perniagaan:

Business/Occupation / Perniagaan/Pekerjaan:

Address (House/Office) / Alamat (Rumah/Pejabat):

Postcode
Poskod

Telephone No. / No. Telefon:

House / Rumah -

Office / Pejabat -

Handphone / Telefon Bimbit -

Certificate No. / No. Sijil:

Please state any other policy indemnifying you in respect of the accident / Sila nyatakan sebarang polisi lain yang menjamin ganti rugi anda berhubung dengan kemalangan:

SECTION B : PARTICULARS OF INJURED PERSON / SEKSYEN B : BUTIR-BUTIR ORANG YANG CEDERA

Name of Claimant (in block letters) / Nama Penuntut (dalam huruf besar):

Age / Umur: years / tahun

Marital Status / Taraf Perkahwinan: Single / Bujang Married / Berkahwin

Divorced / Bercerai Widow(er) / Balu/Duda

Sex / Jantina: Male / Lelaki Female / Perempuan

Nationality / Warganegara:

Address of Claimant / Deceased (in block letters) / Nama Penuntut / Si Mati (dalam huruf besar):

Postcode
Poskod

1. State the occupation in which the injured is employed / Nyatakan pekerjaan dimana orang yang cedera bekerja

2. Was the injured person engaged in this occupation when the accident occurred? If no, state the exact nature of work / Adakah orang yang cedera terlibat di dalam pekerjaan ini sebelum kemalangan berlaku? Jika tidak, nyatakan jenis pekerjaan

Yes / Ya No / Tidak

3. Is the workman a relative of yours? If so, please state relationship / Adakah pekerja itu saudara-mara anda? Jika ada, sila nyatakan perhubungan

Yes / Ya No / Tidak

4. Is the injured person in your direct employ? If not, give name and address of Contractor / Adakah orang yang cedera bekerja untuk anda secara terus? Jika tidak, berikan nama dan alamat Kontraktor

Yes / Ya No / Tidak

5. When did the injured person enter your services? / Bilakah orang yang cedera mula bekerja untuk anda?

Yes / Ya No / Tidak

6. Is the workman in receipt of compensation for a previous disability? / Adakah pekerja menerima pampasan untuk ketidakupayaan dahulu?

Yes / Ya No / Tidak

7. Did the workman suffer from any physical defect prior to the accident? / Pernahkah pekerja mengalami sebarang kecacatan fizikal sebelum kemalangan?

Yes / Ya No / Tidak

8. Name of Hospital to which injured person was taken and was treated at / *Nama Hospital di mana orang yang cedera diambil dan dirawat*

Hospital / *Hospital:* _____

In / *Masuk* Out Patient / *Pesakit Luar*

9. State when still in hospital or when discharged / *Nyatakan bila masuk ke hospital dan keluar*

10. Has the injured person been medically examined? / *Adakah orang yang cedera diperiksa rawatan?*

Yes / *Ya* No / *Tidak*

11. Has the injured person returned to work? If so, when / *Adakah orang yang cedera kembali bekerja? Jika ada, bila*

Yes / *Ya* No / *Tidak*

12. Are you satisfied the injured person has met with a bona-fide accident of employment / *Adakah anda berpuasan dengan orang yang cedera mengalami kemalangan ikhlas semasa pekerjaan*

Yes / *Ya* No / *Tidak*

13. Is the injured person able to do partial work? / *Adakah orang yang cedera boleh menjalankan kerja separa?*

Yes / *Ya* No / *Tidak*

14. What is the possible period of disablement (approximate) / *Apakah tempoh kemungkinan ketidakupayaan (anggaran)*

SECTION C : PARTICULARS OF ACCIDENT / SEKSYEN : BUTIR-BUTIR KEMALANGAN

1. Date and Time of Accident / *Tarikh dan Masa Kemalangan*

Date / *Tarikh*

- -

Time / *Masa* _____

a.m / p.m / *Pagi / Malam*

2. Date and place of death (if applicable) / *Tarikh dan tempat kematian (jika bersesuaian)*

Date / *Tarikh*

- -

Place / *Tempat*

3. How exactly did the accident occur? / *Bagaimanakah kemalangan berlaku?*

4. a) Give the name of police station where the accident was reported

Berikan nama balai polis di mana kemalangan dilaporkan

b) Police Report / *Laporan Polis*

5. On what did you received notice of accident and from whom? In writing, please attach to this form

Dengan apa anda menerima notis kemalangan dan daripada siapa? Dalam tulisan, sila lampirkan dengan borang ini

6. Please give the names and contact no. of any person who supervising the injured person was engaged upon

Sila berikan nama-nama dan no. hubungan sesiapa yang menyelia orang yang cedera yang ditugaskan

7. Has a report been made to the Labour Department? / *Adakah laporan dibuat kepada Jabatan Tenaga Kerja*

Yes / *Ya* No / *Tidak* When? / *Bila?* _____

8. If the injury was caused by machinery or gearing / *Adakah kecederaan akibat daripada mesin atau peralatan:*

a) Whether it was fenced or guarded / *Adakahnya dipagar atau dijaga*

Yes / *Ya* No / *Tidak*

b) Was it being cleaned whilst in motion? If no, please give details / *Adakahnya pembersihan dijalankan semasa bergerak? Jika tidak, sila beri butiran*

Yes / *Ya* No / *Tidak*

9. What was the general nature of the contract or work in progress? / *Apakah jenis umum kontrak atau tugas yang dijalankan*

10. Please state the nature and extent of injury / *Sila nyatakan jenis dan tahap kecederaan*

11. Was the injured person under the influence of alcohol or drugs at the time of accident? / *Adakah orang yang cedera dibawah pengaruh alkohol atau dadah pada masa kemalangan?*

12. Was he guilty of any misconduct or disobedience to orders or rules? If so, please give full details / *Adakah ianya bersalah kerana berkelakuan buruk atau membantah arahan atau peraturan? Jika ya, sila berikan butiran penuh*

13. State through whose neglect the accident occurred? / *Nyatakan kesalahan siapa kemalangan itu berlaku?*

14. State the names of any person who witnessed the accident / *Nyatakan nama-nama siapa yang menyaksikan kemalangan*

SECTION D : EARNINGS / SEKSYEN D : PENDAPATAN

1. Statement of wages which have fallen due for payment to the injured person in the employment for 6 months 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. / *Pernyataan gaji yang patut dibayar untuk pembayaran kepada orang yang cedera dalam pekerjaan untuk 6 bulan sebelum tarikh kemalangan ini, atau gaji pendapatan sewaktu tempoh pendek sebegini yang dia mungkin dibawah perkhidmatan Majikan.*
2. The objective of this form is to ascertain the exact Monthly Earnings of the injured person. It is essential that it should be carefully and correctly filled in. If the injured has been absent from work at any time during the period of employment, please state the period and the cause. / *Objektif untuk borang ini adalah untuk mendapatkan Pendapatan Bulanan yang tepat bagi orang yang cedera. Ia adalah mustahak untuk borang ini diisi dengan teliti dan betul. Jika orang yang cedera tidak hadir untuk kerja pada bila-bila masa dalam tempoh pekerjaan, sila nyatakan tempoh dan sebab.*
3. Is the workman has been employed for more than a period of one year, the Employer MUST SHOW the whole of the previous years wages paid to the employee. *Adakah pekerja bekerja lebih daripada tempoh masa satu tahun, Majikan MESTI TUNJUK semua gaji tahunan pekerja yang lalu.*

Month & No. of Working Days <i>Bulan & Jumlah Hari Bekerja</i>	Wages <i>Gaji</i>	Allowances <i>Elaun</i>	Total <i>Jumlah</i>
1			
2			
3			
4			
5			
6			

IMPORTANT NOTICES / NOTA PENTING

1. According to the standing Workmen's Compensation Ordinance, each and every accident involving your employees must be reported in writing to the Labour Office within 10 days of its occurrence, otherwise, you may be punished with a fine not exceeding RM1,000.00. / *Selaras dengan taraf Ordinan Pampasan Pekerja, setiap satu atau semua kemalangan yang membabitkan pekerja-pekerja anda mesti dilaporkan secara bertulis kepada Pejabat Tenaga Kerja dalam 10 hari selepas kejadian, kalau tidak, anda mungkin dihukum dengan denda tidak melebihi RM1,000.00.*
2. No claim for compensation will be considered, unless the requested documents can be produced. / *Tiada tuntutan untuk pampasan akan dipertimbangkan, kecuali hanya dokumen-dokumen yang diminta boleh dikeluarkan.*
3. In the event of a Common Law claim arises, without admitting liability, please submit the writ of summon to Takaful Company. / *Jikalau tuntutan Common Law timbul, dengan tidak mengaku liabiliti, sila serahkan saman perintah rasmi kepada Syarikat Takaful.*

I/We hereby declare that the above statement are true to the best of My/Our knowledge and agree that if I/We made or if I/We shall make any false or untrue statement, suppression or concealment, My/Our right to compensation shall be absolutely forfeited. / *Saya/Kami mengaku bahawa pernyataan di atas adalah benar kepada sepanjang pengetahuan Saya/Kami dan bersetuju jika Saya/Kami telah membuat atau akan membuat sebarang pernyataan palsu atau tidak benar, penahanan atau penyembunyian, hak Saya/Kami kepada pampasan akan dilucutkan secara langsung.*

I/We further declare that I/We have no other Insurance/Takaful indemnifying Me/Us in respect of this accident. / *Saya/Kami dengan selanjutnya mengaku bahawa Saya/Kami tiada Insurans/Takaful lain yang menjamin ganti rugi kepada Saya/Kami berkenaan dengan kemalangan ini.*

Date / Tarikh - -

Signature & Stamp of Participant / *Tandatangan & Cop Peserta*

Name / *Nama:*

Designation / *Pangkat:*

Signature of Injured Person / *Tandatangan Orang yang Cedera*

Name / *Nama:*

Designation / *Pangkat:*

BASIC DOCUMENTS REQUIRED FOR CLAIMS / DOKUMEN-DOKUMEN ASAS YANG DIPERLUKAN UNTUK TUNTUTAN**Non Fatal / Kemalangan Bukan Maut**

- Completed Claim Form / *Borang Tuntutan yang Lengkap*
- Letter of Appointment / *Surat Perlantikan*
- Identity Card Letter of Administration / *Surat Pentadbiran Kad Pengenalan*
- Passport (for foreign workers) / *Pasport (untuk pekerja asing)*
- Medical Leave / *Cuti Perubatan*
- Medical Report / *Laporan Perubatan*
- Original Medical Bills / *Bil-bil Perubatan Asal*
- Labor Office Assessment / *Penilaian Pejabat Tenaga Kerja*
- Salary Vouchers (6 months prior to accident) / *Baucar-baucar Gaji (6 bulan sebelum kemalangan)*
- Police Report / *Laporan Polis*

Fatal / Kemalangan Maut

- Completed Claim Form / *Borang Tuntutan yang Lengkap*
- Police Report / *Laporan Polis*
- Letter of Appointment / *Surat Perlantikan*
- Identity Card / *Kad Pengenalan*
- Passport (for foreign workers) / *Pasport (untuk pekerja asing)*
- Post Mortem Report / *Laporan Bedah Siasat*
- Death Certificate / *Sijil Kematian*
- Burial Certificate / *Sijil Pengkebumian*
- Labor Office Assessment / *Penilaian Pejabat Tenaga Kerja*
- Salary Vouchers (6 months prior to accident) / *Baucar-baucar Gaji (6 bulan sebelum kemalangan)*