



Workmen's Compensation Claim Form

Borang Tuntutan Insurans Pampasan Pekerja

Important Note / Nota Penting:

- Unless stated otherwise, you are required to submit **ALL** the documents stated on the checklist below to the Company. If any details of information are not readily available, please forward this form with **NO DELAY**, and advise the missing details as soon as possible. / Kecuali dinyatakan sebaliknya, anda dikehendaki untuk menghantarkan **SEMUA** dokumen yang telah disenaraikan di bawah kepada Syarikat. Jika sebarang maklumat tidak dapat diperolehi dengan serta-merta, sila hantarkan borang ini **TANPA SEBARANG TANGGUHAN**, dan kemukakan butiran yang tertinggal secepat mungkin
- This form must be completed giving full particulars of any event in respect of which a claim is to be made and return to the Company at which the Policy is issued as soon as possible. / Borang ini mesti diisi dengan memberikan butiran penuh sebarang kejadian berkaitan dengan tuntutan yang akan dibuat dan dipulangkan kepada Syarikat di mana Polisi dikeluarkan secepat mungkin.

CHECKLIST / SENARAI

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Duly Completed and signed Claim Form by the <u>Employer</u> / Borang Tuntutan yang lengkap diisi dan ditandatangani oleh <u>Majikan</u> | <input type="checkbox"/> Photocopy of Worker's Work Permit and Passport (For Foreign Workers only) / Salinan Permit Bekerja dan Pasport Pekerja (Bagi Pekerja Asing sahaja) |
| <input type="checkbox"/> Original Medical Receipts or Bills / Resit atau Bil Rawatan yang Asal | For Motor Accidents only / Untuk Kemalangan Motor sahaja: |
| <input type="checkbox"/> Original Medical Certificate / Sijil Perubatan yang Asal | <input type="checkbox"/> Photocopy of Police Report / Salinan Laporan Polis |
| <input type="checkbox"/> Duly Completed and signed <u>Medical Report</u> by last attending doctor which is obtainable from www.zurich.com.my / <u>Laporan Perubatan</u> yang diperolehi dari www.zurich.com.my , wajib lengkap diisi dan ditandatangani oleh doktor yang memberi rawatan terakhir | For Fatal Cases only / Untuk Kes Kematian sahaja: |
| <input type="checkbox"/> 6 Months of Pay Slips Prior to Accident / Slip Gaji Selama 6 Bulan Sebelum Kemalangan | <input type="checkbox"/> Photocopy of Death Certificate or Burial Permit / Salinan Sijil Kematian atau Permit Mengubur |
| | <input type="checkbox"/> Post-Mortem Report / Laporan Bedah Siasat |
| | <input type="checkbox"/> Photocopy of Police Report / Salinan Laporan Polis |

Part / Bahagian I		Employer's Details / Butiran Majikan	
Participant's Name / Nama Peserta		Certificate No. / No. Sijil	
Participant's Address / Alamat Peserta		Business / Bisnes	
		Tel. No. / No. Tel.	

Part / Bahagian II		Injured Person's Details / Butiran Orang yang Tercedera									
Name / Nama		NRIC or Passport No. / No. KP atau Pasport									
Nationality / Warganegara		Marital Status / Status Perkahwinan									
Age / Umur		Residential Address in Malaysia / Alamat Tempat Tinggal di Malaysia									
Sex / Jantina	<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan										
Employment Details / Butiran Pekerjaan	Occupation / Perkerjaan		At Your Service From / Mula Berkhidmat Pada								
			d	d	/	m	m	/	y	y	y

1. Was the Injured Person engaged in this occupation when the accident occurred? If <u>not</u> , kindly state his or her exact nature of work. / Adakah Orang yang Tercedera terlibat dalam pekerjaannya apabila kemalangan berlaku? Jika <u>tidak</u> , sila nyatakan ciri dan jenis pekerjaan yang dilakukan dengan tepat.	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak
2. Is the Injured Person a relative of yours? If yes, kindly state his or her relationship to you. / Adakah Orang yang Tercedera saudara anda? Jika ya, sila nyatakan perhubungan antaranya dengan anda.	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak
3. Is the Injured Person directly employed by you? If <u>not</u> , kindly state the name and the address of the Contractor. / Adakah Orang yang Tercedera diberi gaji secara langsung oleh pihak anda? Jika <u>tidak</u> , sila berikan nama dan alamat Kontraktor.	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak

Part / Bahagian III		Admission Details / Butiran Kemasukan											
1. Did the Injured Person suffer from any physical defect due to the accident? If yes, kindly give the particulars. / Adakah Orang yang Tercedera mengalami kecacatan fizikal akibat kemalangan? Jika ya, sila berikan butiran.		<input type="checkbox"/> Yes / Ya										<input type="checkbox"/> No / Tidak	
2. Hospital's Name / Nama Hospital		<input type="checkbox"/> Inpatient / Pesakit Dalam										<input type="checkbox"/> Outpatient / Pesakit Luar	
3. Is the Injured Person still in the hospital? If <u>not</u> , state the date when he or she was discharged. / Masihkah Orang yang Tercedera berada di dalam hospital? Jika <u>tidak</u> , sila nyatakan Tarikh Pelepasannya.		<input type="checkbox"/> Yes / Ya										<input type="checkbox"/> No / Tidak	
		d	d	/	m	m	/	y	y	y	y		
4. Did the Injured Person return to work? If yes, state the date when he or she starts working and send the following documents to the Company / Sudahkah Orang yang Tercedera kembali bekerja? Jika ya, sila nyatakan tarikh dia mula bekerja dan hantar dokumen-dokumen yang berikut kepada Syarikat:-		<input type="checkbox"/> Yes / Ya										<input type="checkbox"/> No / Tidak	
		d	d	/	m	m	/	y	y	y	y		
a) Notice of Return to Work / Notis Kembali Kerja		* No claim for compensation will be considered unless the documents indicated can be produced. / Tuntutan bagi Pampasan tidak akan dilayan melainkan dokumen-dokumen yang ditunjukkan dapat dikemukakan.											
b) Medical Certificate and Assessment of Compensation issued by the Labour Office / Sijil Perubatan dan Penilaian Pampasan yang dikeluarkan oleh Pejabat Buruh *													
c) All correspondence between you and the Labour Office / Semua Surat-Menyurat dengan anda dan Pejabat Buruh													
5. Had the Injured Person been medically examined? If yes, kindly send the report to the Company. If <u>not</u> , kindly state whether a free examination was being offered to the Injured Person. / Telahkah pemeriksaan perubatan dijalankan untuk Orang yang Tercedera? Jika ya, sila hantar laporan kepada Syarikat. Jika <u>tidak</u> , sila nyatakan adakah pemeriksaan percuma ditawarkan kepadanya.		<input type="checkbox"/> Yes / Ya										<input type="checkbox"/> No / Tidak	
6. Is the Injured Person able to do partial work? If yes, kindly give the particulars below. / Adakah Orang yang Tercedera dapat melakukan sebahagian daripada kerjanya? Jika ya, sila berikan butiran di bawah.		<input type="checkbox"/> Yes / Ya										<input type="checkbox"/> No / Tidak	
7. Are you satisfied that the Injured Person has met with a bona fide accident arising out of his or her employment? / Adakah anda yakin bahawa Orang yang Tercedera telah mengalami kemalangan sebenar yang berlaku akibat pekerjaannya?		<input type="checkbox"/> Yes / Ya										<input type="checkbox"/> No / Tidak	

Part / Bahagian IV		The Accident / Butiran Kemalangan															
1. Date and Time of Accident / Tarikh dan Masa Kemalangan		d	d	/	m	m	/	y	y	y	y	h	h	:	m	m	a.m. / p.m.
2. Location of Accident / Tempat Kemalangan																	
3. Cause of the Accident / Punca Kemalangan.																	
4. General Nature of the Contract or Work Going On / Ciri Umum Kontrak atau Kerja yang Dilakukan																	
5. Notice of Accident / Notis Kemalangan*	Notice Sent by / Nama Penghantar Notis																
	Notice Received On / Notis Diterima Pada	d	d	/	m	m	/	y	y	y	y						
		* If the notice is in writing, kindly send the notice to the Company. / Jika notis yang diterima adalah secara bertulis, sila hantar notis tersebut kepada Syarikat.															
6. Details of the Injury / Butiran Kecederaan	Nature and Region of Injury / Ciri dan Bahagian Kecederaan																
	Injured Person Ceased Working On / Tarikh Orang yang Tercedera Berhenti Kerja *	d	d	/	m	m	/	y	y	y	y						
	Injury is Located on the / Kecederaan Terletak Di	<input type="checkbox"/> Left-Hand Side / Sebelah Kiri <input type="checkbox"/> Right-Hand Side / Sebelah Kanan															
7. Was the Accident due to the machinery? If yes, kindly state whether / Adakah kemalangan disebabkan oleh mesin atau gear? Jika ya, sila nyatakan sama ada:- a) it was fenced or guarded, or / ia berpagar atau dikawal, atau b) it was being cleaned whilst in motion. / ia sedang dibersihkan semasa digunakan.		<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak															
8. Was the Injured Person under the influence of alcohol or drugs at the time of the accident? Kindly give the particulars below, if necessary. / Adakah Orang yang Tercedera dalam pengaruh alkohol atau dadah ketika kemalangan tersebut berlaku? Sila berikan butiran di bawah, jika perlu.		<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak															
9. Was the Injured Person dead <u>and</u> still having dependents? If yes, kindly give the details of his or her dependents below. / Adakah Orang yang Tercedera meninggal dunia akibat kemalangan ini <u>dan</u> masih mempunyai tanggungan? Jika ya, sila berikan butiran tanggungannya di bawah. *		<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak															
Name / Nama		Home Address / Alamat Rumah						Relationship / Hubungan									

* Use additional pages if necessary / Jika perlu, sila gunakan muka surat tambahan.

Part / Bahagian V		Statement of Wages / Penyata Gaji				
<p>1. Kindly provide the statement of wages of the Injured Person earned <u>IN THE PRESENT EMPLOYMENT</u> in the <u>LAST 6 (SIX) MONTHS</u> immediately prior to the date of this accident, or wages earned during such shorter period as he or she may have been in the Employer's service, stating the date on which the Injured Person is engaged. / Sila berikan penyata gaji Orang yang Tercedera dalam <u>PEKERJAAN SEMASA SELAMA TEMPOH 6 (ENAM) BULAN</u> sebelum tarikh kemalangan ini berlaku, atau gaji yang diperolehi dalam tempoh yang lebih singkat sejak dia mula berkhidmat dengan anda, dengan menyatakan tarikh dia mula berkhidmat dengan anda. *</p>						
No. / Bil.	Year / Tahun	Month / Bulan	Wages in MYR / Gaji dalam RM		Bonus, Lodging Expenses and Other Allowances in MYR / Bonus, Kos Penginapan dan Elaun-Elaun Lain dalam RM	
			Ringgit	Sen	Ringgit	Sen
1						
2						
3						
4						
5						
6						
SUBTOTAL / JUMLAH KECIL						
GRAND TOTAL INCLUDING ALL ALLOWANCES / JUMLAH BESAR <u>TERMASUK SEMUA ELAUAN</u>						
<p>* The object to this section is to ascertain the <u>exact monthly earnings</u> of the Injured Person. It is essential that it should be carefully and correctly filled. If the Injured Person has been <u>absent from work at any time</u> during the period of his or her employment, kindly state the period and the reason of the absence. / Bahagian ini adalah bertujuan untuk menentukan <u>pendapatan bulanan sebenar</u> Orang yang Tercedera. Oleh itu, bahagian ini harus diisi dengan betul dan teliti. Jika Orang yang Tercedera <u>tidak hadir kerja pada bila-bila masa</u> dalam tempoh pekerjaannya, sila nyatakan tempoh dan sebabnya.</p>						

Part / Bahagian VI		Payment Details / Butiran Pembayaran	
Beneficiary Name / Nama Benefisiari		NRIC, Passport or Company Reg. No. / No. KP, Pasport atau Pendaftaran Syarikat	
Email Address / Alamat Emel		Tel. No. / No. Tel.	
Account Holder's Name / Nama Pemegang Akaun		NRIC, Passport or Company Reg. No. / No. KP, Pasport atau Pendaftaran Syarikat	
Bank Account No. / No. Akaun Bank			
Type of Bank Account / Jenis Akaun Bank	<input type="checkbox"/> Savings Account / Akaun Simpanan <input type="checkbox"/> Current Account / Akaun Semasa <input type="checkbox"/> Joint Account / Akaun Bersama	Name of the Bank / Nama Bank	

Part / Bahagian VII	Declaration / Pengisytiharan										
<p>a) I / We hereby declare that the answers given above are true and complete to the best of my / our knowledge and belief. <i>Saya / Kami mengisytiharkan bahawa jawapan yang diberikan di atas adalah benar dan lengkap setakat pengetahuan dan kepercayaan saya / kami.</i></p> <p>b) I / We hereby give my / our unconditional and unequivocal consent to you and all your related companies to process my / our personal data revealed hereto. You are at liberty to process the data and share the information thereto with any of your service providers and your other related companies provided that the revelation of my / our personal data strictly for the purposes in relation to the Takaful which I / we have applied hereto. The consent given hereto is in line with the requirement set forth in the Personal Data Protection Act 2010. <i>Saya / Kami dengan ini memberi kebenaran tanpa syarat dan tanpa keraguan kepada pihak syarikat dan syarikat-syarikat bersekutunya untuk memproses data peribadi saya / kami yang didedahkan di sini. Pihak syarikat adalah bebas untuk memproses data berkenaan dan berkongsi maklumat yang didedahkan di sini kepada mana-mana penyedia perkhidmatan dan mana-mana syarikat bersekutunya dengan syarat bahawa pendedahan maklumat peribadi berkenaan adalah bertujuan dan berkaitan dengan Takaful yang saya / kami pohon di sini. Kebenaran yang diberikan adalah selaras dengan peruntukan di bawah Akta Perlindungan Data Peribadi 2010.</i></p> <p>NOTE: The processing of your personal data is subject to Zurich General Takaful Malaysia Berhad's Personal Data Protection Notice, as published on https://www.zurich.com.my/en/customer-hub/show-me-more-info/personal-data-protection-notice NOTA: Pemprosesan data peribadi anda adalah tertakluk kepada Notis Perlindungan Data Peribadi Zurich General Takaful Malaysia Berhad seperti yang disiarkan dalam https://www.zurich.com.my/en/customer-hub/show-me-more-info/personal-data-protection-notice</p>											
Employer's Signature and Date / <i>Tandatangan Majikan dan Tarikh:</i>	Stamp of the Employer's Company (If the Proposer is in the Name of the Company) / <i>Cop Syarikat Majikan (Jika Cadangan adalah dibuat atas Nama Syarikat Majikan):</i>										
<table border="1"> <tr> <td>d</td><td>d</td><td>/</td><td>m</td><td>m</td><td>/</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td> </tr> </table>	d	d	/	m	m	/	y	y	y	y	
d	d	/	m	m	/	y	y	y	y		