



PEJABAT TENAGA KERJA KUALA LUMPUR
UNIT PAMPASAN PEKERJA

DOKUMEN YANG DIPERLUKAN UNTUK KES KEMALANGAN (HUK/HUS)

- Borang PP2 (Disertakan / Diserahkan pada wakil tuan pada)
- Lab 90 (Disertakan / Diserahkan pada wakil tuan pada)
- Salinan-salinan asal surat cuti sakit / MC.
- Salinan passport / permit kerja.
- Salinan polisi insurance di bawah Akta Pampasan Pekerja 1952.
- Salinan Sijil Kematian.
- Salinan Permit Penguburan (jika ada).
- Salinan Surat Kebenaran Penghantaran Jenazah dari Dewan Bandaraya (jika ada)
- Surat dari Kedutaan Berhubung Penghantaran Balik Jenazah.
- Salinan laporan polis berhubung kemalangan.
- Laporan Bedah Siasat (Post Mortem) Hospital (Jika ada)
- Salinan Slip Gaji Untuk 6 Bulan.
(previously 6 months salary slip until
the date of accident happen)

APPENDIX 5B

Company Chop
(LETTER HEAD)

Tarikh:
Ruj kami:

TENAGA KERJA NEGERI

Tuan,

PER: Kematian kepada pekerja bernama :
Nombor passport :
Tarikh Kematian :
Nombor polisi :

Dengan hormatnya saya/kami merujuk kepada perkara di atas.

Saya/Kami ingin memaklumkan tuan bahawa pekerja asing warganegara(butir-butir seperti di atas) telah meninggal dunia dalam tidur./semasa bekerja.

Kami telah melindungi pekerja ini di bawah "Skim Pampasan Pekerja Asing" (FWCS) dengan syarikat insurans

Kami ingin memproses tuntutan FCWS bagi pihak pekerja yang meninggal dunia. Sila hantarkan borang-borang yang diperlukan agar kami dapat memproses tuntutan FCWS kami.

Kerjasama pihak tuan adalah amat dihargai.
Yang benar,

c.c.- Insurer

Laporan ini hendaklah diisi dalam tiga salinan. Dua salinan hendaklah dikemukakan kepada Pejabat Buruh dan satu salinan kepada Syarikat Insurans.

PG 1/4

BAGI KEGUNAAN RASMI

NO. RUJUKAN FAIL

LAPORAN KEMALANGAN

(DI BAWAH SEKSYEN 13, AKTA PAMPASAN PEKERJA 1952)

BAHAGIAN I

- (a) Nama Majikan
- (b) Alamat
- (c) No. Telefon (d) Jenis Perusahaan
- (e) Nama dan Alamat Syarikat Insurans
- (f) No. Polisi

BAHAGIAN II

- (a) Nama pekerja yang ditimpa kemalangan
- (b) (i) Alamat di Malaysia
- (ii) Alamat di negara asal
- (c) No. Pasport/dokumen perjalanan lain (d) Kewarganegaraan:
- (e) No. Permit Kerja (Pas Lawatan Kerja Sementara) (f) Tarikh luput:
- (g) Tarikh Lahir (h) Jantina L P (i) Pekerjaan:
- (j) No. Siri Kad Insurans:

BAHAGIAN III

- (a) Tarikh kemalangan
 - (b) Masa kemalangan
 - (c) Lokasi tempat kemalangan
 - (d) Waktu kerja biasa pada hari kemalangan
 - Dari
 - Hingga
 - (e) Bila kemalangan berlaku (tandakan [/])
 - # (i) Semasa Bekerja (ii) Diluar waktu kerja
 - (Sila nyatakan)
 - (f) Jika kemalangan berlaku semasa dalam perjalanan pergi atau balik di antara tempat kerja dan rumah, sila nyatakan sama ada kenderaan disediakan olen majikan atau tidak.
 - (g) Dalam keadaan-keadaan lain, sila nyatakan bagaimana kemalangan berlaku
 - (h) Jenis kemalangan*
 - (i) Jenis kecederaan*
- #(Termasuk dalam masa rehat yang dibenarkan atau dalam perjalanan ke atau dari tempat kerja)
*(Bagi (h) & (i) sila isi ruangan berkenaan di muka surat 4)

Maklumat ini hanya perlu diisi bagi kes kemalangan maut

BAHAGIAN VI

A. Maklumat Perbelanjaan Pengkebumian/Penghantaran Pulang
(tandakan [/])

(i) Dikebumikan di Malaysia:

(ii) Dihantar balik ke negara asal:

(iii) Siapakah yang mengeluarkan perbelanjaan:
.....
.....

(iv) Jumlah perbelanjaan sebenar: RM

(v) Adakah perbelanjaan tersebut ingin dituntut balik.
(tandakan [/])

Ya

Tidak

B. Butir-butir orang tanggungan si mati

<u>Nama</u>	<u>Alamat</u>	<u>Hubungan</u>
.....
.....
.....
.....

C. Nama orang yang boleh dihubungi di Malaysia/negara asal

(a) Di Malaysia
Nama:

Alamat:

(b) Di negara asal
Nama:

Alamat:

Saya memperakui bahawa, sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya, butir-butir dalam laporan ini adalah benar.

MAJIKAN CHOP R SIGNS *XX*

Tarikh:

Tandatangan :

Jawatan :

Cop Majikan :

Sila lampirkan sijil perakuan doktor dalam Borang Buruh 90, sijil cuti sakit, laporan polis dan laporan bedah siasat (jika ada) dan sijil kematian (yang mana berkenaan)

Tandakan (/) dipetak berkenaan (Sila lihat butiran BAHAGIAN III (h) di muka surat 1)

A JENIS KEMALANGAN

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Orang terjatuh | <input type="checkbox"/> | 6. Terdedah kepada/tersentuh suhu yang panas | <input type="checkbox"/> |
| 2. Dihempap oleh benda-benda jatuh | <input type="checkbox"/> | 7. Terdedah kepada/tersentuh karan elektrik merbahaya | <input type="checkbox"/> |
| 3. Terpijak di atas, terkena/ terhempap oleh benda-benda (tidak termasuk benda jatuh) | <input type="checkbox"/> | 8. Terdedah kepada/tersentuh bahan yang merbahaya | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tersepit di dalam atau diantara benda-benda | <input type="checkbox"/> | 9. Sakit jantung | <input type="checkbox"/> |
| 5. Pergerakan yang berat | <input type="checkbox"/> | 10. Lain-lain jenis kemalangan yang tidak dijeniskan | <input type="checkbox"/> |

B JENIS KECEDERAAN (Sila lihat butiran Bahagian III (i) di muka surat 1)

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. Keretakan | <input type="checkbox"/> | 10. Terdedah kepada racun | <input type="checkbox"/> |
| 2. Dislokasi | <input type="checkbox"/> | 11. Kesan cuaca | <input type="checkbox"/> |
| 3. Tergeliat dan terseliuh | <input type="checkbox"/> | 12. Mati lemas | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hentaman kuat dan cedera dalaman | <input type="checkbox"/> | 13. Kesan radiasi | <input type="checkbox"/> |
| 5. Amputasi dan E nukleasi | <input type="checkbox"/> | 14. Sakit jantung | <input type="checkbox"/> |
| 6. Lain-lain kecederaan | <input type="checkbox"/> | 15. Kecederaan berganda | <input type="checkbox"/> |
| 7. Luka luaran | <input type="checkbox"/> | 16. Pneumokoniosis | <input type="checkbox"/> |
| 8. Kontusi dan kehancuran | <input type="checkbox"/> | 17. Lain-lain kecederaan tak khusus | <input type="checkbox"/> |
| 9. Terbakar | <input type="checkbox"/> | | |

PERAKUAN PERUBATAN
Medical Certificate

(Buruh 90/Lab. 90)
(Pin.1/97)

(DR. REPORT - 1 PAGE ONLY)

AKTA PAMPASAN PEKERJA, 1952
Workmen's Compensation Act, 1952

Nama Pekerja: Jantina:
Name of Employee: Sex:
Pekerjaan: K/P No./No. Pasport:
Occupation: I/C No./Passport No:
No. Permit Kerja: Kewarganegaraan:
Work Permit No: Nationality:
Nama Majikan:
Name of Employer:

Saya, Pegawai/Pengamal Perubatan yang bertandatangan di bawah ini mendapat tahu bahawa pihak menuntut di atas ada membuat suatu tuntutan pampasan di bawah Akta Pampasan Pekerja dan setelah memeriksa pihak menuntut tersebut, saya dengan ini memperakui bahawa:
I, the undersigned Medical Officer/Practitioner, understand that the above claimant is making a claim for compensation under the Workmen's Compensation Act, and having examined the said claimant, I hereby certify that:

1. sepanjang yang saya percayai pihak menuntut itu berumur _____ tahun.
to the best of my belief the claimant is _____ years of age.
2. pihak menuntut itu mengidap penyakit atau hilangupaya seperti berikut:-
the claimant is suffering from the following disease or disability:-
.....
3. pada pendapat saya pihak menuntut itu telah menanggung had hilangupaya yang berikut yang disebabkan oleh kemalangan dalam pekerjaan itu:-
in my opinion the claimant has sustained the following degree of disablement as a result of an occupational accident:-
 - *(i) Hilangupaya kekal sementara yang dianggar akan ditanggung dari hingga
Temporary total disablement which is estimated to last from to
 - *(ii) Hilangupaya separa bagi sementara yang dianggar akan ditanggung dari hingga
dan dalam tempoh itu kerja ringan adalah disyorkan, jika ada.
Temporary partial disablement which is estimated to last from to
and during which period light duty if available, is recommended.
 - *(iii) Tiada apa-apa hilangupaya kekal.
No permanent disablement.
 - *(iv) Hilangupaya langsung yang kekal disebabkan oleh
Permanent total disablement caused by
.....
.....
.....
 - *(v) Hilangupaya separa yang kekal sebagaimana yang disenaraikan dalam Jadual Pertama Akta itu.
Permanent partial disablement as listed in the First Schedule of the Act.
.....
 - *(vi) Hilangupaya separa yang kekal berjenis kelemahan anggota yang diperihalkan di bawah ini:
Permanent partial disablement in the form of physical impairment described hereunder:
.....
.....

Tarikh (Date): Tandatangan (Signature): X

Nama dan Kelayakan (Name and Qualification):

DR. CHOP R SIGN



ace jerneh

ACE Jerneh Insurance Berhad 03 2058 3000 tel / 03 2058 3333 fax
Wisma ACE Jerneh
38 Jalan Sultan Ismail
50250 Kuala Lumpur
Malaysia
www.acejerneh.com.my

AUTHORIZATION FORM TO REGISTER FOR PAYMENT BY DIRECT CREDIT TO BANK ACCOUNT

I/We hereby authorize ACE Jerneh Insurance Berhad to credit all my / our payments to my / our bank account indicated below.

- I/We hereby declare that the information given below is true and accurate to the best of my / our knowledge and records.
- I/We understand that ACE Jerneh Insurance Berhad will rely and act based on the given information contained herein.
- I/We shall indemnify ACE Jerneh Insurance Berhad and its banker(s) against any loss and/or damage howsoever arising from any matters in relation to Fund Transfer requested by me/us herein including but not limited to error/incorrectness/inaccuracies of the information provided, delayed payment(s) and any other circumstances beyond the control of ACE Jerneh Insurance Berhad and/or its banker(s).
- For verification purposes, kindly attach a photocopy of the cheque book cover / top portion of the bank statement / relevant page of the bank account and any other supporting document(s) that confirms and verifies that the said account belongs to you / your company.
- I/We understand and acknowledge that ACE Jerneh Insurance Berhad has the right to collect the my/our information. By signing the authorization form, I/We consent to ACE Jerneh Insurance Berhad using and disclosing my/our personal information for the purpose stated here. I/We also agree to provide information necessary to verify any statement given on this authorization form and to update information promptly to ACE Jerneh Insurance Berhad.

Please tick your option		<input type="checkbox"/> Insured / Claimant	
<input type="checkbox"/> Agent	<input type="checkbox"/> Broker	<input type="checkbox"/> Reinsurer	<input type="checkbox"/> Coinsurer
<input type="checkbox"/> Adjuster	<input type="checkbox"/> Repairer	<input type="checkbox"/> Service Provider	<input type="checkbox"/> Financial Institution
Banking details [Please ensure accuracy of details]			
Account Name (Beneficiary Name)			
Business Reg No/NRIC			
Bank Name			
Bank Address			
Bank Account Number			
Swift Code			
Phone No			Extension No
Mobile No			
Email Address (1)			
Email Address (2)			
Email Address (3)			

Authorized Signatory
Name
Position
Date

(Company Stamp)

For ACE Jerneh Office Use Only			
Producer Code :		Client Code :	
Verified by :		Signature / Date :	
Processed by :		Signature / Date :	