

WORKMEN'S COMPENSATION CLAIM FORM / BORANG TUNTUTAN PAMPASAN PEKERJA

Policy No.

No. Polisi

Claim No.

No. Tuntutan

SECTION 1 - DETAILS OF INSURED / SEKSYEN 1 - BUTIR-BUTIR PEMILIK

Name / Nama

Address / Alamat

MyKad / Army / Police / Passport / Business Registration No. / No. Mykad / Tentera / Polis / Pasport / Pendaftaran Perniagaan

Nationality

Kewarganegaraan

Email Address

Alamat Emel

Mobile No.

No. Telefon

Telephone No. (House)

No. Telefon (Rumah)

Telephone No. (Business)

No. Telefon (Perniagaan)

SECTION 2 - DETAILS OF CLAIMANT / THIRD PARTY / SEKSYEN 2 - BUTIRAN PENUNTUT / PIHAK KETIGA

Name / Nama

Address / Alamat

MyKad / Army / Police / Passport / Business Registration No. / No. Mykad / Tentera / Polis / Pasport / Pendaftaran Perniagaan

Nationality

Kewarganegaraan

Email Address

Alamat Emel

Mobile No.

No. Telefon

Telephone No. (House)

No. Telefon (Rumah)

Telephone No. (Business)

No. Telefon (Perniagaan)

SECTION 3 - DETAILS OF LOSS / DAMAGE / ACCIDENT / SEKSYEN 3 - BUTIRAN KERUGIAN / KEROSAKAN / KEMALANGAN

Date and time of accident

Tarikh dan masa kemalangan

 DD
HH MM
BB YYYY
TTTT : AM/PM
AM/PM

Location of accident

Lokasi kemalangan

Cause accident

Punca kemalangan

Have you lodged a police report?

Adakah anda membuat laporan polis?

☐ Yes
Ya☐ No
Tidak

If yes, please provide a copy of police report.

Jika ya, sila kemukakan salinan laporan polis.

SECTION 4 - ADDITIONAL INFORMATION / SEKSYEN 4 - MAKLUMAT TAMBAHANOther insurance policy; if any / **Polisi insurans lain; jika ada :**

Item Item	Insurance Company Syarikat Insurans	Policy No. No. Polisi	Type of Policy Jenis Polisi	Period of Insurance Tempoh Insurans	Coverage Amount Jumlah Perlindungan

Note: The claims examiner will liaise with you should they need more information on your claims application.

Nota: Pegawai penilai tuntutan akan berhubung dengan anda sekiranya mereka memerlukan maklumat lanjut mengenai permohonan tuntutan anda.

SECTION 5 - CUSTOMER CONFIRMATION / SEKSYEN 5 - PENGESAHAN PELANGGAN

Do you require an e-Invoice?

Adakah anda memerlukan e-Invois?

☐ Yes

Ya

☐ No

Tidak

SECTION 6 - RHB PRIVACY NOTICE FOR INSURANCE CLAIM FORM/SEKSYEN 6 - NOTIS PRIVASI RHB UNTUK BORANG TUNTUTAN INSURANS**ACKNOWLEDGEMENT AND CONSENT / PENGIKTIRAFAN DAN KEBENARAN**

I have read and understood RHB Insurance Berhad ("RHB") Privacy Notice which has been provided to me at the point of application and which I acknowledge is also available at insurance.rhbgroup.com.

I explicitly consent to RHB processing my personal information (including my sensitive personal information) for the purpose of processing my insurance claim, including any necessary disclosures and overseas transfers of my personal information to relevant third parties, if applicable, subject at all times to any laws (including regulations, standards, guidelines and/or obligations) applicable to RHB.

I also represent and warrant that the consent of third party individuals (e.g. insured/claimant, witnesses, medical practitioner) whose personal information I disclose to RHB has been sufficiently obtained to allow RHB to process the same in relation to the purpose.

☐ Yes
Ya☐ No
Tidak

Saya telah membaca dan memahami Notis Privasi RHB Insurance Berhad ("RHB") yang telah diberikan kepada saya pada masa permohonan dan saya juga akui ia boleh didapati di insurance.rhbgroup.com.

Saya memberi persetujuan nyata kepada RHB memproses maklumat peribadi saya (termasuk maklumat peribadi sensitif saya) bagi tujuan memproses tuntutan insurans saya, termasuk apa-apa pendedahan yang diperlukan dan permindahan maklumat peribadi saya ke luar negara kepada pihak ketiga yang berkaitan, jika berkenaan, tertakluk pada setiap masa kepada mana-mana undang-undang (termasuk peraturan-peraturan, piawaian, garis panduan dan/atau obligasi) yang terpakai ke atas RHB.

Saya juga menyatakan dan menjamin bahawa saya telah cukup memperolehi persetujuan individu pihak ketiga (contohnya pihak yang diinsuranskan / yang menuntut, saksi, pengamal perubatan) di mana maklumat peribadi mereka telah saya dedahkan kepada RHB untuk membenarkan RHB membuat pemprosesan yang sama berhubung dengan tujuan tersebut.

SECTION 7 - DECLARATION / SEKSYEN 7 - PENGISYTIHARAAN

I / We understand that RHB issuance and acceptance of this form should not be construed as an admission of their liability of my / our claim.

If I / We have given any false or fraudulent statement / information, or suppressed or concealed or in any manner failed to disclose material information, the policy shall be null and void and that I / We shall not be entitled to all/any rights to recover thereunder in respect of any or all claims, past, present or future and my / our claim shall be absolutely forfeited.

I / We agree that if such statements and particulars are written by any other person, such person shall be deemed to have been my / our Agent for the purpose of filing in this form and his statement shall be binding upon me / us.

I / We hereby agree to give my / our fullest cooperation to RHB or its authorized representative in relation to this claim.

I / We understand that the above questions shall not prejudice RHB general rights to raise any other questions related to the claim.

Saya / Kami memahami bahawa pengeluaran dan penerimaan borang ini oleh RHB tidak boleh ditafsirkan sebagai pengakuan tanggungjawab mereka terhadap tuntutan saya / kami.

Sekiranya Saya / Kami telah memberikan kenyataan / maklumat salah atau palsu, atau menyekat atau menyembunyikan atau dengan cara apa pun gagal mendedahkan maklumat penting, polisi ini akan terbatal dan tidak sah dan saya / kami tidak berhak atas semua / mana-mana hak untuk menuntut mana-mana atau semua tuntutan, masa lalu, sekarang atau masa depan dan tuntutan saya / kami akan dilucutkan sepenuhnya.

Saya / Kami bersetuju bahawa jika kenyataan dan butir-butir tersebut ditulis oleh individu lain, individu tersebut akan dianggap sebagai Ejen saya / kami untuk tujuan pengisian borang ini dan pernyataannya akan mengikat saya / kami.

Saya / Kami dengan ini bersetuju untuk memberikan kerjasama sepenuhnya kepada RHB atau wakil yang diberi kuasa oleh RHB berkaitan dengan tuntutan ini.

Saya / Kami faham bahawa soalan-soalan di atas tidak akan menjejaskan hak am RHB untuk mengemukakan sebarang soalan lain yang berkaitan dengan tuntutan ini.

☐ Yes
Ya

☐ No
Tidak

[This paragraph is only applicable to parent/legal guardian/next-of-kin/authorized representative of junior claimant(s)/insured(s), if any]

[Perenggan ini hanya terpakai kepada ibubapa/penjaga undang-undang/waris/wakil bagi kanak-kanak yang menuntut/diinsuranskan, jika ada]

If you are providing consent as parent / legal guardian / next-of-kin / authorized representative of the junior claimant/insured whose personal information will be processed as described above, please complete the following information:

Jika anda memberikan persetujuan sebagai ibubapa/penjaga undang-undang/waris/wakil bagi kanak-kanak menuntut/diinsuranskan yang di mana maklumat peribadinya akan diproses seperti yang dinyatakan di atas, sila lengkapkan maklumat berikut:

Signature
Tandatangan

Name
Nama

MyKad No.
No. MyKad

Relationship with the junior claimant(s)/insured(s)
Hubungan dengan kanak-kanak yang menuntut/diinsuranskan:

Name
Nama

MyKad No.
No. MyKad

Date
Tarikh

Signature of Insured / claimant and company stamp (if applicable)
Tandatangan Pemilik / penuntut dan cop syarikat (jika berkenaan)

WORKMEN'S COMPENSATION CLAIM FORM / BORANG TUNTUTAN PAMPASAN PEKERJA**MEDICAL CERTIFICATE / SIJIL PERUBATAN**

(For completion of form see notes on page 5) / (Untuk melengkapkan borang, sila rujuk nota di halaman 5)

This form to be completed and certified by the attending Medical Officer/Practitioner

Borang ini hendaklah diisi dan disahkan oleh Pegawai Perubatan / Pengamal Perubatan yang merawat.

Name Nama	_____	Sex Jantina	_____
Occupation Pekerjaan	_____	MyKad/Passport No. No. MyKad/No. Pasport	_____

I, the undersigned Medical Officer / Practitioner, understand that the above claimant is making a claim for compensation under Workman Compensation Claim and having examined the said claimant, I hereby certify that :

Saya, Pegawai/Pengamal Perubatan yang bertandatangan di bawah ini, memahami bahawa penuntut di atas sedang membuat tuntutan pampasan di bawah Workman Compensation Claim dan setelah memeriksa penuntut tersebut, saya dengan ini mengesahkan bahawa :

1. To the best of my belief, the claimant is / Setakat pengetahuan saya, penuntut tersebut berumur _____ years of age/ tahun.

2. The claimant is suffering from the following disease of disability.

Penuntut sedang mengalami penderitaan daripada penyakit ketidakupayaan berikut _____

3. In my opinion, the claimant has sustained the following degree of disablement as a result of the accident or occupation :

Pada pendapat saya, penuntut telah mengalami tahap ketidakupayaan berikut akibat daripada kemalangan atau pekerjaan :i. Total Temporary Disablement which is estimated to last / Ketidakupayaan Sementara Menyeluruh yang dianggarkan akan bermulafrom / dari _____ to / hingga _____ii. Partial Temporary Disablement which is estimated to last / Ketidakupayaan Sementara Separa yang dianggarkan akan bermulafrom / dari _____ to / hingga _____iii. No Permanent Disablement from / Tiada Ketidakupayaan Kekal dari _____iv. Total Permanent Disablement from / Ketidakupayaan Kekal Menyeluruh dari _____v. Partial Permanent Disablement as listed in the First Ordinance (See Note 1) / Hilang Upaya Kekal Sebahagian seperti yang disenaraikan dalam Ordinan Pertama (Lihat Nota 1).as a result of which the claimant will not be able to accept employment in occupation which (See Note 2) / yang mengakibatkan penuntut tidak akan dapat menerima pekerjaan dalam bidang yang (Rujuk Nota 2)vi. Partial Permanent Disablement in the form of physical impairment described hereunder / Ketidakupayaan Kekal Separa dalam bentuk kecacatan fizikal seperti yang diterangkan di bawahSignature & Rubber Stamp /
Tandatangan & Cop Rasmi : _____Name / Nama : _____Qualification / Kelayakan : _____Date / Tarikh:

		DD			MM			YYYY
		HH			BB			TTTT

NOTES / NOTA :

Note 1. If Section 3(v) is completed, the following are the injuries deemed to result in permanent partial disablement under the First Schedule.

Nota 1. Jika Seksyen 3(v) diisi, berikut adalah kecederaan yang dianggap mengakibatkan ketidakupayaan kekal separa di bawah Jadual Pertama.

INJURY KECEDERAAN	MINIMUM PERCENTAGE OF LOSS OF EARNING CAPACITY PERATUSAN MINIMUM KEHILANGAN KEUPAYAAN MENJANAKAN PENDAPATAN
a. Loss of arm above or at the elbow Kehilangan lengan di atas atau pada paras siku	70%
b. Loss of arm below the elbow Kehilangan lengan di bawah siku	60%
c. Loss of leg above or at the knee Kehilangan kaki di atas atau pada paras lutut	60%
d. Loss of leg below the knee Kehilangan kaki di bawah lutut	50%
e. Permanent total loss of hearing Kehilangan pendengaran sepenuhnya	50%
f. Loss of thumb Kehilangan ibu jari tangan	25%
g. Permanent total loss of hearing in one ear Kehilangan pendengaran sebelah telinga	20%
h. Loss of sight of one eye Kehilangan penglihatan sebelah mata	30%
i. Loss of one phalanx thumb Kehilangan satu falanks ibu jari	10%
j. Loss of index finger Kehilangan jari telunjuk	10%
k. Loss of any finger other than index finger Kehilangan mana-mana jari selain jari telunjuk	5%
l. Loss of great toe Kehilangan ibu jari kaki	10%
m. Loss of all toes on one foot Kehilangan semua jari kaki pada sebelah kaki	20%

Note 2. The following are examples of broad type of occupation for which in your opinion, the claimant is deemed to be unfit

Nota 2. Berikut adalah contoh jenis pekerjaan secara umum yang pada pendapat anda, penuntut dianggap tidak layak untuk menjalankan:

- a. Involve long period of standing
Melibatkan tempoh berdiri yang lama
- b. Involve lifting of heavy weights
Melibatkan pengangkatan beban berat
- c. Require acute unimpaired perspective vision
Memerlukan penglihatan yang tajam dan tidak terjejas
- d. Involve working below ground
Melibatkan kerja bawah permukaan tanah
- e. Involve working on ladders or scaffolding
Melibatkan kerja di atas tangga atau perancah