

**QBE INSURANCE (MALAYSIA) BERHAD (161086-D)**

No. 638 Level 6, Block B1, Pusat Dagang Setia Jaya (Leisure Commerce Square) No. 9 Jalan PJS 8/9, 46150 Petaling Jaya, Selangor Darul Ehsan, P.O. Box 10637, 50720 Kuala Lumpur, Malaysia.
Tel: 03 7861 8400 Fax: 03 7873 7430 Email: info.mal@qbe.com www.qbe.com.my

**WORKMEN'S COMPENSATION CLAIM FORM / BORANG TUNTUTAN PAMPASAN PEKERJA
NOTICE OF ACCIDENT / PEMBERITAHUAN KEMALANGAN****Important Notice:**

1. The giving of the undermentioned information does not imply that the injured person is making, or will make a claim.
2. This form is sent without prejudice to the terms of the policy.
3. Full particulars of the accident are to be furnished by the employer. If any details or information are not readily available, please forward this form without delay, and advise the missing details as soon as possible.
4. All written communications received by the Employer concerning accidents to employee should be forwarded immediately to the Company.

Notis Penting:

1. Maklumat yang diberikan di bawah ini tidak bermakna bahawa orang yang mengalami kecederaan sedang atau akan membuat satu tuntutan.
2. Borang ini dihantar tanpa apa-apa prasangka terhadap terma polisi.
3. Keterangan penuh setiap kemalangan perlu dilengkapkan oleh Majikan. Sekiranya terdapat butir terperinci atau maklumat yang sedia untuk diberi, sila hantar borang ini tanpa membuang masa, dan berikan maklumat yang tertinggal secepat mungkin selepas itu.
4. Semua urusan surat-menyurat yang diterima oleh Majikan berkaitan dengan kemalangan yang dialami oleh pekerja perlu disampaikan ke pihak Syarikat secepat mungkin.

Form No. / No. Borang : _____

Agency / Agensi : _____

THE EMPLOYER / MAJIKAN		
Name of Policyholder / Nama Pemegang Polisi		
Business / Perniagaan		
Address / Address		
Telephone No. / No. Telefon		
Policy No. / No. Polisi		
THE INJURED WORKMEN / PEKERJA YANG CEDERA		
Name / Nama	Age / Umur	Sex / Jantina
Nationality / Warganegara	Marital Status / Taraf Perkahwinan	
Home Address / Alamat Rumah	I/C No. / No. K.P.	
State occupation in which the injured person is employed Nyatakan pekerjaan orang yang cedera		
Was the injured person engaged in this occupation when the accident occurred? / Adakah orang yang cedera sedang berkhidmat dalam pekerjaan ini semasa kemalangan berlaku? If not, please state nature of the work Jika ya, sila nyatakan jenis pekerjaan		
Is the workman a relative of yours? Adakah pekerja ini ahli keluarga majikan? If yes, please state relationship Jika ya, sila nyatakan pertalian keluarga		
Is the injured person in your direct employ? Adakah orang yang cedera diambil bertugas secara langsung oleh tuan? If not give name and address of Contractor Jika tidak, berikan nama dan alamat kontraktor		
When did the injured person enter your service? Bilakah orang yang cedera mula berkhidmat dengan tuan?		
Is the workman in receipt of compensation for a previous disability? Adakah pekerja ini sedang menerima pampasan untuk hilang upaya sebelum ini?		
Did the workman suffer from any physical defect to the accident? Adakah pekerja ini mengalami kecacatan fizikal dari kemalangan?		
Name of hospital taken to / Nyatakan hospital yang dibawa In or out-patient / sebagai pesakit luar atau dalam State whether still in hospital, or when discharged Nyatakan sama ada masih berada di hospital, atau sudah dibenarkan keluar		

Has the injured person been medically examined? If so, please send report. If not, was free examination offered? <i>Sudahkah orang yang cedera melalui pemeriksaan kesihatan? Jika sudah, sila hantar laporan. Jika belum, adakah pemeriksaan secara percuma ditawarkan?</i>	
State whether the injured person returned to work, and if so, when? <i>Nyatakan sama ada orang yang cedera telah mula bekerja, dan jika sudah, bila?</i>	
Are you satisfied the injured person has met with a bona fide accident arising out of his employment? <i>Adakah tuan berpuashati bahawa orang yang cedera telah benar-benar ditimpa kemalangan yang melibatkan pekerjaannya?</i>	
Is the injured person able to do partial work? <i>Adakah orang yang cedera berupaya melakukan sebahagian kerja?</i>	
What is the probable period of disablement (approximate)? <i>Apakah jangka waktu hilang upaya (anggaran)?</i>	
THE ACCIDENT PARTICULARS / BUTIRAN KEMALANGAN	
Date <i>Tarikh</i>	Time <i>Masa</i>
	Place <i>Tempat</i>
On what date did you receive notice of accident and from whom? If in writing, please attach to this form <i>Bilakah tuan menerima notis kemalangan dan dari siapa? Jika secara bertulis, sila lampirkan bersama borang ini</i>	
Was anyone superintending the work the injured person was engaged upon? If so, please state name <i>Adakah sesiapa yang mengawasi kerja orang yang cedera? Jika ada, sila nyatakan nama</i>	
On what date did the injured person actually cease work? <i>Bilakah orang yang cedera mula berhenti bekerja?</i>	
Please explain below, in detail, exactly how the accident occurred. <i>Sila jelaskan di ruang ini, secara terperinci, bagaimana kemalangan berlaku.</i>	
If accident was due to machinery or gearing please state <i>Jika kemalangan disebabkan mesin atau perkakas nyatakan</i> (a) Whether it was fenced or guarded <i>Sama ada ia dipagarkan atau dilindungi</i> (b) Was it being cleaned whilst in motion <i>Adakah ia dicuci semasa ia bergerak</i>	
What was the general nature of contract or work going on? <i>Apakah ciri-ciri am kontrak atau kerja yang dijalankan?</i>	
State nature and regions of injury <i>Nyatakan jenis dan bahagian kecederaan</i>	
State right or left side <i>Nyatakan bahagian kiri atau kanan</i>	
Was the injured person under the influence of drink or drugs at the time of the accident? <i>Adakah orang yang cedera di bawah pengaruh minuman keras atau dadah semasa kemalangan?</i>	

Was he guilty of any misconduct or disobedience to orders or rules? If so, please give full particulars <i>Adakah dia bersalah dalam salah laku atau gagal mematuhi apa-apa arahan atau peraturan? Jika ya, sila beri butiran lengkap</i>	
State through whose neglect the accident occurred, if any <i>Nyatakan kecuaiannya siapa yang mengakibatkan kemalangan, jika ada</i>	
State the names of any persons who witnessed the accident <i>Nyatakan nama orang yang menyaksikan kemalangan</i>	
Has the accident been reported to the Commissioner of Police or Commissioner for Labour? State when and where <i>Adakah kemalangan telah dilaporkan kepada Pesuruhjaya Polis atau Pesuruhjaya Pekerja? Nyatakan bila dan di mana</i>	

Additional particulars for FATAL CASES only / BUTIRAN KEMALANGAN

Has the deceased any dependants? State names, addresses and relationship
Adakah simati mempunyai tanggungan? Nyatakan nama, alamat dan hubungan

Note:
In connection with Fatal accident please forward a copy of the Police Report together with a copy of the Death Certificate or Permit to Bury & post-mortem Report.
Nota:
Berhubung dengan kemalangan maut, sila serahkan salinan Laporan Polis berserta dengan Sijil Kematian atau Permit Pengkebumian & Laporan bedah siasat.

WAGES / GAJI

Statement of wages of the injured person earned **IN THE PRESENT EMPLOYMENT** for the six months immediately 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, stating the date on which he/she was engaged.
Penyata gaji yang diperolehi oleh orang yang cedera SEMASA BERTUGAS selama enam bulan sejeurus sebelum tarikh Kemalangan, atau gaji yang diperolehi semasa tempoh yang singkat dalam perkhidmatan Majikan, dengan menyatakan tarikh bila beliau mula bekerja.

Note:- The objective of this form is to ascertain the **exact Monthly earnings** of the injured person. It is imperative that it should be carefully and correctly filled. **If the injured person has been absent from work at any time** during the period of his/her employment, please state the period and cause.
Nota:- Tujuan borang ini ialah untuk menentukan upah Bulanan sebenar orang yang cedera. Adalah penting perkara ini diisi dengan teliti dan betul. Jika orang yang cedera telah tidak bekerja pada bila-bila masa, semasa jangka waktu perkhidmatannya, nyatakan waktu dan sebab.

YEAR TAHUN	MONTH BULAN	WAGE GAJI		Bonus, Value of Free Quarters & Other allowances Bonus, Nilai Perumahan percuma & Lain-lain Elaun	
		RM	cts	RM	cts
TOTAL / JUMLAH					
		TOTAL INCLUDING ALL ALLOWANCES / JUMLAH TERMASUK SEMUA ELAUN			

We/I hereby solemnly & sincerely declare that the above answers given herein are correct to the best of our/my knowledge and belief.
Saya/Kami dengan ini yakin dan mengaku bahawa butir yang diberikan adalah benar sepanjang pengetahuan saya/kami.

I/We understand, acknowledge, agree and consent that QBE Insurance (Malaysia) Berhad and all of its related companies ("QBE") is permitted to collect, use, disclose and/or process my personal data revealed hereto. QBE is at liberty to disclose and transfer (including outside Malaysia) such personal data to relevant third parties provided that the revelation of my personal data is strictly for the purpose(s) in relation to the insurance which I have applied hereto, including but not limited to, the purpose(s) of: (i) processing, handling and/or dealing with my claims including the settlement of the claims and any necessary investigations relating to the claims; (ii) exercising any rights that QBE may have to recover monies from third parties; (iii) making reinsurance recoveries; (iv) investigating the accident and/or my claims; (v) carrying out and/or dealing with my instructions or responding to any enquiries by me; (vi) administering my claims (including the mailing of correspondence, statements, invoices, reports or notices to me, which could involve disclosure of certain personal data about me to bring about delivery of the same as well as on the

external cover of envelopes/mail packages); (vii) the development of databases on claims, claims statistics and/or claims development; and/or (viii) complying with applicable law in administering, processing, handling and/or dealing with my claims; (collectively the "Purposes"). My consent given hereto covers any repeated collection of my personal data in the same circumstances and is in line with the requirement set forth in the Personal Data Protection Act 2010.

Saya/Kami faham, mengakui, bersetuju dan mengizinkan QBE Insurance (Malaysia) Berhad dan semua syarikat-syarikat yang berkaitan ("QBE") adalah dibenarkan untuk mengumpul, menggunakan, mendedahkan dan / atau memproses data peribadi saya yang didedahkan bersama ini. QBE adalah bebas untuk mendedahkan dan memindahkan (termasuk di luar Malaysia) data peribadi tersebut seperti mendedahkan kepada pihak ketiga yang berkenaan dengan syarat bahawa pendedahan data peribadi saya adalah hanya untuk tujuan (tujuan-tujuan) berkaitan dengan insurans yang saya telah memohon bersama ini, termasuk tetapi tidak terhad bagi tujuan (tujuan-tujuan):(i) pemrosesan, pengendalian dan / atau urusan tuntutan saya termasuk penyelesaian tuntutan dan sebarang penyiasatan yang perlu berkaitan dengantuntutan; (ii)menjalankan sebarang hak yang ada pada QBE untuk mendapatkan kembali wang daripada pihak ketiga;(iii) mendapatkan pampasan insurans semula;(iv) menyiasat kemalangan dan / atau tuntutan saya;(v) menjalankan dan / atau berurusan dengan arahan saya atau bertindak balas kepada mana-mana pertanyaan daripada saya; (vi) menguruskan tuntutan saya (termasuk mengepos surat-menyurat, penyata, invois, laporan atau notis kepada saya, yang mungkin melibatkan pendedahan data peribadi tertentu tentang saya, untuk membawa penghantaran yang sama dan juga di kulit luar sampul surat/mel pakej;(vii) pembangunan pangkalan data mengenai tuntutan, statistik tuntutan dan / atau perkembangan tuntutan dan / atau;(viii) mematuhi undang-undang yang berkaitan dalam pengurusan, pemrosesan, pengendalian dan / atau urusan tuntutan saya;"(secara kolektif" "Tujuan"). Peretujuan saya yang diberikan bersama ini meliputi sebarang koleksi data peribadi saya yang berulang dalam keadaan yang sama dan selaras dengan syarat-syarat yang ditetapkan dalam Akta Perlindungan Data Peribadi 2010."

QBE Insurance (Malaysia) Berhad is committed to ensuring the safety and security of your personal data. You may refer to our Privacy Policy Statement which is posted at our website www.qbe.com.my. If you wish to seek further enquiries, please contact the Personal Data Privacy Officer at telepohe number 03-78618400.

QBE Insurance (Malaysia) Berhad komited untuk menjamin data peribadi anda adalah selamat dan terjamin. Anda boleh merujuk Kenyataan Polisi Privasi kami yang dipaparkan dalam laman sesawang www.qbe.com.my. Sekiranya anda mempunyai sebarang pertanyaan, sila hubungi Pegawai Data Peribadi di nombor talian 03-78618400.

Date / Tarikh: _____

Signature of Employer / *Tandatangan Majikan*
(Company's chop if insured is in the name of a Company)
(*Cop Syarikat jika diinsuranskan atas nama Syarikat*)

IMPORTANT NOTICE / NOTIS PENTING

1. According to the standing Workmen's Compensation Ordinance 1952 and Workmen's Compensation (Amendment) Act 1996 each and every accident occurred to your employees must be reported in writing to the Labour Office within 10 days of the occurrence of the accident, otherwise you may be punished with a fine not exceeding RM2,000.00.
Mengikut Ordinan Pampasan Pekerja 1952 dan Akta Pampasan Pekerja (Pindaan) 1996 setiap kemalangan yang berlaku kepada pekerja anda mesti dilaporkan secara bertulis kepada Pejabat Buruh dalam masa 10 hari dari tarikh kejadian, jika tidak anda boleh didenda tidak melebihi RM2,000.00.
2. When the injured person returns to work, please send to the Company the following documents:-
Apabila orang yang cedera kembali bekerja, sila hantar kepada Syarikat dokumen-dokumen berikut:-
 - (a) Notice of Return to Work / *Notis kembali bekerja*
 - (b) Medical Certificate & Assessment of Compensation issued by the Labour Office
Sijil Perubatan & Penilaian Pampasan yang dikeluarkan oleh Pejabat Buruh
 - (c) All correspondence between you and the Labour Office / *Semua surat-menyurat antara anda dan Pejabat Buruh*
3. No claim for compensation will be considered, unless the aforesaid documents 2(b) can be produced.
Tuntutan pampasan tidak akan dipertimbangkan kecuali jika dokumen 2(b) diserahkan.