

Workmen Compensation *Pampasan Pekerja*

Claim Form / *Borang Tuntutan*



Policy No. / No. Polisi _____

Expiry Date / Tarikh Tamat

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Tel. No. / No. Tel. _____

1. i. Name / Nama _____

ii. Address / Alamat _____

Postcode / Poskod _____

iii. Nature of Business / Jenis Perniagaan _____

2. Please give details of injured person / Sila berikan butir-butir orang yang tercedera

Name / Nama _____

New I.C. No. (if applicable) /

No. K.P. Baru (mana yang berkaitan)

Age / Umur

Occupation / Pekerjaan

								-									
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

ii. Address / Alamat _____

Postcode / Poskod _____

Dependant, if any / Tanggungan, jika ada _____

3. Is the injured person in your direct employ?

Adakah orang yang tercedera di dalam penggajian anda?

☐

Yes / Ya

☐

No / Tidak

If not, give name and address of employer.

Jika tidak, berikan nama dan alamat majikan

Name of employer / Nama majikan _____

Address / Alamat _____

Postcode / Poskod _____

4. What was the general nature of the contract or work going on?

Secara umum apakah jenis kontrak atau pekerjaan yang dilakukan? _____

5. Location of accident / Lokasi kemalangan _____

6. When did the accident occur? / Bilakah kemalangan berlaku?

Date / Tarikh

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Time / Masa

		:		
--	--	---	--	--

AM/PM

7. How did the accident occur? / Bagaimana kemalangan berlaku? _____

8. Was the injured person engaged in this occupation when the accident occurred?
Adakah orang yang tercedera terlibat dalam pekerjaan ini sebelum kemalangan berlaku? ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak

9. Was the accident due to / *Kemalangan tersebut disebabkan*

i. any defect in the premises or plant? / *ada kecacatan di dalam premis atau kilang?* ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak

ii. any fault or neglect on the part of the employer, of any other employer, or of the employee or of the injured person? / *ada kesilapan atau kecuaiian pihak majikan, mana-mana majikan yang lain, atau pekerja atau orang yang cedera?* ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak

iii. any fault or neglect on the part of third party? / *ada kesilapan atau kecuaiian pihak ketiga?* ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak

iv. any lack of or non-use of guarding or safety equipment? / *ada kekurangan atau tiadanya penggunaan pengadang atau peralatan keselamatan?* ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak

10. When did the injured person / *Bilakah orang yang tercedera*

i. cease work? / *berhenti bekerja?* _____

ii. return to work? / *kembali bekerja?* _____

11. State / *Terangkan*

i. Nature of injury / *Kecederaan yang dialami* _____

ii. Region of injury / *Bahagian kecederaan* _____

12. What is the probable period of disablement? / *Tempoh jangkamasa ketidakupayaan?*

13. State names and addresses of the witness of the accident / *Nama dan alamat saksi kemalangan*

Name / *Nama*

Addresses / *Alamat*

Postcode / *Poskod* _____

Please complete the wage schedule / Sila lengkapkan jadual gaji

Statement of wages paid to _____
for 12 months prior to the date of the accident, or wages earned during such shorter period as he may have been in the Employer's service, stating the date on which he was engaged. Please give below the injured employee's (a) basic wage, (b) bonus and / or overtime, and (c) the value of his free quarters and any other free benefits.

Penyata Gaji yang dibayar kepada _____
selama 12 bulan sebelum tarikh kemalangan, atau gaji yang diperolehi sepanjang tempoh yang lebih singkat di dalam pengajian majikan, dengan menyata tarikh beliau digajikan. Sila nyatakan kenyataan pekerja yang tercedera seperti di bawah.

Note: The object 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 person has been absent from work at any time during the period of his employment, please state the period and the cause.

Note: Tujuan borang ini adalah untuk mendapatkan jumlah tepat pendapatan sebulan orang yang tercedera. Ini adalah penting untuk mengisinya dengan berhati-hati dan betul. Jika orang yang cedera telah ponteng kerja pada sebarang masa sepanjang tempoh pekerjaannya, sila nyatakan tempoh dan sebab.

Month Ending Bulan Terakhir	Basic Wage Gaji Asas	Bonus and Overtime Bonus dan kerja lebih masa	Value of Free Quarters and Any Other Free Benefits Bagi kuarters percuma dan apa-apa faedah bebas lain
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
Sub total / Jumlah Sub			
Total / Jumlah			

This form is issued without admission of liability. Any documentary evidence and/or other report required by the Company shall be furnished at the expenses of the Insured. / Borang ini dikeluarkan tanpa penerimaan kewajipan. Apa-apa keterangan dokumentari dan/atau laporan lain yang dikehendaki oleh syarikat ini hendaklah diberikan dan perbelanjaan ditanggung oleh pemegang insurans.

The undersigned Insured declare to have answered the above questions conscientiously and truthfully. / Pihak diinsuranskan bertandatangan di bawah mengistiharkan telah menjawab soalan-soalan di atas dengan teliti dan benar.

Authorised Signature & Company
Tandatangan yang sah & Name Syarikat
Name / Nama:
Designation / Jawatan:
I.C. No. / No K.P.:

Stamp / Cop

Date / Tarikh

Saya faham bahawa Chubb Insurance Malaysia Berhad (Chubb) perlu berurusan dengan data peribadi saya termasuklah data peribadi sensitif saya seperti butir-butir mengenai kesihatan dan keadaan saya, sekiranya ada, untuk mentadbir dan menilai tuntutan yang dinyatakan dalam borang ini dan lain-lain perkara yang berkaitan dengan tuntutan tersebut. Untuk mencapai tujuan-tujuan ini, saya membenarkan Chubb untuk mengumpulkan, mengguna dan memberi data peribadi saya kepada pihak ketiga terpilih yang terletak di dalam atau di luar Malaysia, selaras dengan Notis Perlindungan Data Peribadi Chubb, yang terdapat dalam laman web Chubb di <http://www.chubb.com/my-privacy>. Saya boleh menghubungi Chubb untuk mendapatkan atau membetulkan data peribadi saya, atau untuk sebarang pertanyaan atau aduan.

I have read and understood the terms of in this Privacy Declaration and consent to the processing of my Personal Data as described above.
 Saya telah membaca dan memahami terma dan syarat Deklarasi Privasi ini dan bersetuju membenarkan pemprosesan maklumat Data Peribadi saya seperti yang dinyatakan di atas.

Full Name / Nama Penuh

						-			-				
--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Borang Kebenaran Pendaftaran Bayaran Secara Terus ke Akaun Bank

1. I/We hereby declare that the information given below is true and accurate to the best of my/our knowledge and records. / Saya/Kami dengan ini mengaku bahawa maklumat yang telah dinyatakan di bawah adalah benar dan tepat mengikut pengetahuan dan rekod saya/kami.
2. I/We understand that Chubb will rely and act based on the given information contained herein. / Saya/Kami faham bahawa Chubb akan bergantung dan bertindak berdasarkan maklumat yang terkandung di sini.
3. I/We shall indemnify Chubb 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 Chubb and/or its banker(s). / Saya/Kami akan menanggung rugi Chubb dan bank-banknya terhadap sebarang kerugian dan/atau pampasan ganti rugi yang diakibatkan daripada sebarang perkara berhubung dengan Pemindahan Dana yang diminta oleh saya / kami termasuk tetapi tidak terhad kepada kesilapan/ketidaktepatan/ketidaktepatan maklumat yang telah dinyatakan, bayaran-bayaran tertanggung dan sebarang keadaan di luar kawalan Chubb dan/atau bank-banknya.
4. I/We understand and acknowledge that Chubb has the right to collect the/my/our information. By signing the authorization form, I/We consent to Chubb 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 Chubb. / Saya/Kami memahami dan mengakui bahawa Chubb mempunyai hak untuk mengumpul maklumat saya/kami. Dengan menandatangani borang kebenaran, saya/kami memberi kebenaran kepada Chubb untuk menggunakan dan mendedahkan maklumat peribadi saya/kami bagi tujuan yang dinyatakan di sini. Saya/Kami juga bersetuju untuk memberikan sebarang maklumat yang diperlukan untuk menentusahkan sebarang pernyataan yang diberikan pada borang kebenaran ini dan untuk mengemas kini maklumat dengan segera kepada Chubb.
5. I/We understand and acknowledge that my/we providing the bank details does not tantamount to Chubb having admitted liability towards my/our claim under the relevant insurance policies but is only to facilitate the safe receipt of any monies that is due to me/us. Saya/Kami memahami dan mengakui bahawa saya/kami dengan memberikan butiran bank tidaklah bermaksud Chubb mengakui liabiliti terhadap tuntutan saya/kami di bawah dasar-dasar insurans yang berkaitan sebaliknya ianya hanyalah untuk memudahkan penerimaan selamat sebarang wang yang harus diterima oleh saya/kami.

Banking Details (Please Ensure Accuracy of Details) / Butiran Perbankan (Sila Pastikan Butiran yang Tepat Dinyatakan)

Account Name (Beneficiary Name) / Nama Account (Nama Benefisiari)			
Business Registration No./NRIC No. Pendaftaran Perniagaan / No. KP			
Bank Name / Nama Bank			
Bank Address / Alamat Bank			
Bank Account Number / Nombor Akaun Bank			
Swift Code / Kod Swift			
Telephone No. / No. Telefon		Extension No. / No. Sambungan	
Mobile No. / No. Telefon Bimbit			
Email Address / Alamat Emel	1. 2. 3.		

Authorised Signatory
Tandatangan yang Diberikuasa
Name / Nama :
Position / Jawatan :
Date / Tarikh :

Company Chop / Cop Syarikat

Notice / Notis

1. 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.
Untuk tujuan pengesahan, sila lampirkan salinan kulit buku cek/bahagian atas penyata bank/halaman yang berkaitan akaun bank dan dokumen sokongan lain yang mengesahkan dan menentusahkan bahawa akaun tersebut adalah kepunyaan anda/syarikat anda.
2. For all intents and purpose where there is a conflict or ambiguity as to be the meaning in the Bahasa Malaysia provisions, it is hereby agreed that the English version shall prevail. / *Bagi setiap tujuan dan maksud sekiranya terdapat konflik atau kekaburan berkenaan makna di dalam peruntukan Bahasa Malaysia, adalah dipersetujui bahawa versi Bahasa Inggeris akan digunakan.*

Contact Us / Hubungi Kami

Chubb Insurance Malaysia Berhad (9827-A)
(Licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia)
Wisma Chubb
38 Jalan Sultan Ismail
50250 Kuala Lumpur
Malaysia
O +6 03 2058 3186
F +6 03 2058 3088
TF 1 800 88 3226
www.chubb.com/my

Chubb. Insured.SM