



BH Insurance (M) Bhd. 29962-V

(Formerly known as Royal & Sun Alliance Insurance (M) Bhd.)

(A member of Boustead Group)

Wisma Boustead, 71 Jalan Raja Chulan, 50200 Kuala Lumpur. P.O. Box 12192, 50770 Kuala Lumpur.

Telephone: 03-2141 0233 Facsimile: 03-2142 9219 Website: www.bhinsurance.com.my

BORANG TUNTUTAN SKIM PAMPASAN PEKERJA ASING FOREIGN WORKER COMPENSATION SCHEME - FWCS CLAIM FORM

Nota / Notes :

1. Butir-butir terperinci kemalangan mesti dimaklumkan oleh majikan.
Full particulars of every accident are to be furnished by the Employer.
2. Semua kemalangan pekerjaan mesti dilaporkan kepada Jabatan Buruh dengan serta merta.
All employment accidents must be reported to the Labour Department immediately.
3. Borang ini dihantar tanpa prasangka terhadap terma-terma Polisi ini.
This form is sent without prejudice to the terms of the policy.
4. Sila kembalikan borang ini dengan segera walaupun maklumat masih belum diperolehi dan maklumkan maklumat yang tertinggal kemudian secepat mungkin.
Please return this form immediately even if any detail or information is not readily available and advise the missing details as soon as possible.

PIHAK MAJIKAN / THE EMPLOYER

<p>Nama Pemegang Polisi / <i>Name of Policyholder</i></p> <p>Alamat / <i>Address</i></p> <p>No. Telefon / <i>Telephone No.</i></p> <p>No. Faks / <i>Fax No.</i></p> <p>Jenis Perniagaan / <i>Type of Business</i></p> <p>No. Polisi / <i>Policy No.</i></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Poskod / <i>Postcode</i> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

PIHAK PEKERJA YANG TERCEDERA / THE INJURED WORKER

<p>1. Name / <i>Name</i></p> <p>2. Kewarganegaraan / <i>Nationality</i></p> <p>3. No. Pasport / <i>Passport No.</i></p> <p>4. No. siri KP SPPA / <i>FWCS ID Card Serial No</i></p> <p>5. Status Perkahwinan / <i>Marital status</i></p> <p>6. Pekerjaan apakah yang sedang dilakukan pekerja pada waktu kejadian? <i>On what work was the injured worker engaged at the material time of accident?</i></p> <p>7. Jika dihantar ke hospital, sila nyatakan : <i>If taken to hospital, please state):</i></p> <p>(a) Nama hospital / <i>Name of hospital</i></p> <p>(b) Adakah pesakit luar atau wad? <i>Whether in or out-patient</i></p> <p>(c) Adakah beliau masih berada di hospital atau telah didiscaj? <i>Whether still in hospital or discharged?</i> Jika telah didiscaj, tarikh didiscaj. <i>If discharged, date of discharged</i></p>	<p>_____</p> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Bangladesh / <i>Bangladeshi</i></td><td><input type="checkbox"/> Indonesia / <i>Indonesian</i></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Filipina / <i>Filipino</i></td><td><input type="checkbox"/> Pakistan / <i>Pakistani</i></td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/> Lain-lain / <i>Others</i> _____</td></tr></table> <p>_____</p> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Berkahwin / <i>Married</i></td><td><input type="checkbox"/> Bujang / <i>Single</i></td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/> Bercerai / <i>Divorced</i></td></tr></table> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> Bangladesh / <i>Bangladeshi</i>	<input type="checkbox"/> Indonesia / <i>Indonesian</i>	<input type="checkbox"/> Filipina / <i>Filipino</i>	<input type="checkbox"/> Pakistan / <i>Pakistani</i>	<input type="checkbox"/> Lain-lain / <i>Others</i> _____		<input type="checkbox"/> Berkahwin / <i>Married</i>	<input type="checkbox"/> Bujang / <i>Single</i>	<input type="checkbox"/> Bercerai / <i>Divorced</i>	
<input type="checkbox"/> Bangladesh / <i>Bangladeshi</i>	<input type="checkbox"/> Indonesia / <i>Indonesian</i>										
<input type="checkbox"/> Filipina / <i>Filipino</i>	<input type="checkbox"/> Pakistan / <i>Pakistani</i>										
<input type="checkbox"/> Lain-lain / <i>Others</i> _____											
<input type="checkbox"/> Berkahwin / <i>Married</i>	<input type="checkbox"/> Bujang / <i>Single</i>										
<input type="checkbox"/> Bercerai / <i>Divorced</i>											

<p>8. Jika tidak dihantar ke hospital, nyatakan samada beliau menerima rawatan perubatan. Jika ya, oleh siapa? <i>If not taken to hospital, please state whether being medically attended. If so, by whom?</i></p> <p>9. Adakah yang tercedera boleh menjalankan separa kerja? <i>Is the injured person able to do partial work?</i></p> <p>10. Apakah tempoh hilang upaya bekerja yang mungkin (anggaran)? <i>What is the probable period of disablement (approximate)?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No</p> <hr/>
--	---

BUTIR KEMALANGAN / THE ACCIDENT

<p>1. Nyatakan butiran mengenai kemalangan : <i>As regards the accident, please state :</i></p> <p>2. Bilakah tarikh sebenar yang tercedera tidak bekerja? <i>On what date did the injured person actually cease work?</i></p> <p>3. Bagaimana kemalangan terjadi? <i>How exactly did the accident occur?</i></p> <p>4. Apakah sifat umum kontrak atau kerja yang sedang dijalankan? <i>What was the general nature of the contract or work going on?</i></p> <p>5. Nyatakan jenis kecederaan / <i>State nature of injury</i></p> <p>6. Adakah yang tercedera berada di bawah pengaruh alkohol atau dadah pada masa kemalangan? <i>Was the injured person under the influence of alcohol or drugs at the time of accident?)</i></p> <p>7. Adakah kemalangan ini telah dilaporkan kepada Jabatan Buruh? <i>Has the accident been reported to the Labour Department?</i> Jika ya, nyatakan nama pegawai yang menerima laporan dan nombor rujukan mereka. <i>If so, state the name of the officer to whom the report was made and their reference number</i></p> <p>8. Nyatakan nama orang-orang yang menyaksikan kemalangan itu. <i>State the name(s) of person(s) who witnessed the accident.</i></p>	<p>Tarikh / Date : _____</p> <p>Masa / Time : _____</p> <p>Tempat / Place : _____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No</p> <p><input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No</p> <hr/> <hr/> <hr/>
--	---

Saya/Kami mengaku keterangan dan fakta-fakta di atas adalah benar dan saya/kami tidak menyembunyikan daripada Syarikat sebarang maklumat di dalam pengetahuan saya/kami mengenai kemalangan tersebut.
I/We hereby declare that the above statements and facts are true and that I/We have not withheld from the Company any information within my/our knowledge connected with the accident.

Tarikh / Date

Tandatangan Majikan / Signature of Employer

Notis / Notice :

Bagi setiap tujuan dan maksud sekiranya terdapat konflik atau kekaburan berkenaan makna di dalam versi Bahasa Malaysia, adalah dipersetujui bahawa versi Bahasa Inggeris akan digunakan.
For all intents and purposes where there is a conflict or ambiguity as to the meaning in the Bahasa Malaysia version, it is hereby agreed that the English version shall prevail.