BORANG 34
BORANG BUTIRAN NOTIS DAN TUNTUTAN FAEDAH
PERATURAN-PERATURAN (AM) KESELAMATAN SOSIAL PEKERJA 1971
(Peraturan 46, 53, 56(B), 58, 66(1), 68A(2), 71, 71(A), 83,88 dan 98)

PERKESO

BORANG 34 - BUTIRAN NOTIS DAN TUNTUTAN FAEDAH

JENIS NOTIS (Tandakan (√) pada Notis berkaitan) ☐ NOTIS KEMALANGAN ☐ NOTIS PENYAKIT KHIDMAT ☐ NOTIS KEILATAN ☐ NOTIS KEMATIAN

A. BUTIR-BUTIR ORANG BERINSURANS

A1. Nama

A2. No. Kad Pengenalan baru **A3.** No. Kad Pengenalan lama

A4. No. Pasport / No. Polis / No. Tentera / No. Keselamatan Sosial (SSN) **A5.** Tarikh lahir Hari Bulan Tahun

A6. Bangsa ☐ Melayu ☐ Cina ☐ India ☐ Bumiputera Sabah ☐ Bumiputera Sarawak ☐ Lain-lain_____

A7. Jantina ☐ Lelaki ☐ Perempuan

A8. Pekerjaan : _____

A9. Alamat surat menyurat

Poskod Negeri

A10. No. Tel. Rumah - **A11.** No.Tel. Bimbit -

A12. E-mel : _____

B. BUTIR-BUTIR MAJIKAN

B1. No. Kod Majikan

B2. Nama Perusahaan

B3. Alamat surat - menyurat

Poskod Negeri

B4. No. Telefon - **B5.** No. Faks -

B6. E-Mel : _____

C. BUTIR-BUTIR GAJI ORANG BERINSURANS

C1. Tarikh mula pengambilan kerja Hari Bulan Tahun

C2. Tarikh pemberhentian kerja (jika terpakai) Hari Bulan Tahun

C3. Adakah gaji dibayar pada hari kemalangan? ☐ Ya ☐ Tidak

C4. Butir-butir gaji bagi tempoh 6 bulan berturut-turut sebelum bulan kemalangan / kematian / notis keilatan / notis penyakit khidmat

Bil	Bulan	Tahun	Gaji (RM)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

D BUTIR-BUTIR NOTIS KEMALANGAN

D1. Tarikh kemalangan [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ] (Hari / Bulan / Tahun)

D2. Masa kemalangan [ ][ ] : [ ][ ] a.m / p.m

D3. Tempat kemalangan
- [ ] Dalam premis majikan
- [ ] Luar premis majikan

D4. Bila kemalangan berlaku?
- [ ] Semasa bekerja
- [ ] Semasa menjalankan aktiviti berkaitan penggajian
- [ ] Semasa kecemasan
- [ ] Semasa perjalanan antara tempat tinggal / kediaman dengan tempat kerja
- [ ] Semasa perjalanan berkaitan dengan pekerjaan
- [ ] Semasa perjalanan pada masa rehat yang dibenarkan
- [ ] Lain-lain Nyatakan: _____

D5. Tarikh kematian (jika terpakai) [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ] (Hari / Bulan / Tahun)

D6. Bagaimana kemalangan berlaku?

D7. Tujuan perjalanan pada hari kemalangan (*bagi kemalangan jalan raya sahaja)*

D8. Perihal kecederaan

D9. Adakah hari kemalangan hari orang berinsurans bekerja
- [ ] Ya
- [ ] Tidak

D10. Waktu kerja bermula pada hari kemalangan [ ][ ] : [ ][ ] a.m / p.m

D11. Waktu rehat yang dibenarkan pada hari kemalangan [ ][ ] : [ ][ ] a.m / p.m

D12. Waktu kerja tamat pada hari kemalangan [ ][ ] : [ ][ ] a.m / p.m

D13. Nama saksi (jika ada)

D14. No. telefon saksi (jika ada) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

D15. Tarikh cuti sakit bermula [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ] (Hari / Bulan / Tahun)

D16. Nama & alamat klinik yang memberikan rawatan awal

Dokumen diperlukan:
1) ***Perakuan Perubatan (Per. 57(1))***
2) ***Laporan Polis—bagi kemalangan jalanraya (Per. 71(1))***

E BUTIR-BUTIR NOTIS PENYAKIT KHIDMAT

E1. Nama & alamat majikan bagi tempoh 5 tahun terakhir pekerjaan

Bil	Nama & Alamat Majikan	Tempoh Bekerja	Pekerjaan

E2. Perihal penyakit khidmat

E3. Adakah penyakit berkaitan dengan pekerjaan? [ ] Ya [ ] Tidak

E5. Tarikh kematian (jika terpakai) [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ] (Hari / Bulan / Tahun)

E4. Sila nyatakan tugas & bagaimana orang berinsurans terdedah kepada bahaya

E6. Sila jelaskan simptom / tanda yang dihadapi

E7. Jumlah hari cuti sakit (jika ada) [ ][ ][ ][ ] hari

E8. Tempoh cuti sakit (jika ada) [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ] (Hari / Bulan / Tahun) hingga [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ] (Hari / Bulan / Tahun)

E9. Nama & alamat klinik yang memberikan rawatan awal

Dokumen diperlukan:
Laporan Perubatan (Per. 68A(1))

F. BUTIR-BUTIR NOTIS KEILATAN

F1. Perihal keuzuran

F2. Tahun mula menghidap keuzuran

F3. Adakah orang berinsurans masih bekerja? ☐ Ya ☐ Tidak

F4. Tarikh berhenti kerja (jika terpakai) Hari Bulan Tahun

F5. Maklumat pengambilan kerja :

Bil	Nama & Alamat Majikan	Tempoh Bekerja	Pekerjaan	Gaji Bulanan (RM)

***Dokumen diperlukan*: Laporan Perubatan (Per. 46(ii))**

G. BUTIR-BUTIR NOTIS KEMATIAN

G1. Tarikh kematian Hari Bulan Tahun

G2. Sebab kematian

G3. Adakah kematian berkait dengan kemalangan? ☐ Ya ☐ Tidak
(Jika 'Ya', lengkapkan Seksyen D : Butir-butir Notis Kemalangan)

G4. Status orang berinsurans (pada masa kematian) ☐ Bujang ☐ Berkahwin ☐ Bercerai

H. PILIHAN PEJABAT PERKESO UNTUK BERURUSAN

Bandar

Negeri

PERAKUAN MAJIKAN / WAKIL MAJIKAN

Saya memperakui bahawa sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya bahawa semua butiran yang dinyatakan adalah benar.

Tandatangan majikan / wakil majikan yang diberi kuasa : _____

Nama:

Jawatan:

Tarikh Hari Bulan Tahun

Tandatangan tidak diperlukan sekiranya borang ini dihantar melalui medium elektronik tertakluk kepada pengesahan oleh PERKESO.

J. PENGESAHAN ORANG BERINSURANS / ORANG TANGGUNGAN / PIHAK YANG MENUNTUT

Saya *NAMA PIHAK MENUNTUT*

Alamat surat menyurat

Poskod Negeri

No. Kad Pengenalan baru - -

No. Kad Pengenalan lama

No.Pasport/No.Polis /No.Tentera /No.Keselamatan Sosial (SSN)

No. Tel. Rumah - No. Tel. Bimbit -

E-Mel : _____

SAYA DENGAN INI MENGESAHKAN BAHAWA: **Potong yang mana tidak berkenaan*

1. * Saya, orang berinsurans dan akan memaklumkan PERKESO sekiranya saya hadir bekerja dan mendapat gaji untuk mana-mana hari dalam tempoh hilang upaya bagi tuntutan Faedah Hilang Upaya Sementara dan menuntut apa-apa jua faedah yang layak.

2.* Saya telah menanggung perbelanjaan berjumlah RM - untuk pengurusan mayat orang berinsurans yang meninggal dunia dan ingin menuntut pembayaran amaun Faedah Pengurusan Mayat.

Dokumen diperlukan:
Resit perbelanjaan pengurusan mayat - bagi pihak yang menuntut selain daripada balu/duda atau ibu/bapa (Per. 98 (1))

3.* Saya adalah *anak lelaki atau *anak perempuan yang tertua sekali yang masih hidup kepada orang berinsurans yang meninggal dunia dan ingin menuntut Faedah Pengurusan Mayat.

4.* Saya adalah *orang tanggungan atau *penjaga orang tanggungan, kepada orang berinsurans yang telah meninggal dunia menuntut apa-apa jua faedah yang layak untuk *saya atau / dan *orang tanggungan di bawah jagaan saya.

5.* Jumlah orang tanggungan MAKLUMAT ORANG TANGGUNGAN ADALAH SEPERTI BERIKUT:

Bil.	Nama Orang Tanggungan	No. Kad Pengenalan / Sijil Lahir	Tarikh Lahir	Hubungan dengan Orang Berinsurans	Status (Bagi anak :belajar/ cacat/ berkahwin) (Bagi adik : berkahwin)
1.					

Gunakan helaian tambahan jika tidak mencukupi

Dokumen diperlukan: (Per. 56B & Per. 88(1))
1)Sijil Kematian 2)Pengenalan diri / Sijil kelahiran 3)Sijil Nikah / Daftar Perkahwinan

6. Maklumat Bank adalah seperti berikut:

Nama Bank: _____ No. Akaun

7. Saya mengaku maklumat dan butir-butir yang diberikan adalah betul sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya.

_____
Tandatangan / cap ibu jari kanan pihak menuntut

Tarikh Hari Bulan Tahun

Tandatangan atau cap jari tidak diperlukan sekiranya borang ini dihantar melalui medium elektronik tertakluk kepada pengesahan oleh PERKESO

UNTUK KEGUNAAN PERKESO

TARIKH NOTIS : Hari Bulan Tahun

Tandatangan penerima: _____
Nama:
Jawatan:

COP
TARIKH TERIMA