

D. BUTIRAN NOTIS KEMALANGAN

D1. Tarikh Kemalangan Hari Bulan Tahun

D2. Masa Kemalangan : am / pm

D3. Tempat Kemalangan Dalam Premis Majikan Luar Premis Majikan (*Nyatakan*) :

D4. Kemalangan Berlaku Berkaitan Pekerjaan? Ya Tidak

D5. Jika Ya, Bagaimana Kemalangan Berlaku? Semasa Bekerja Semasa Perjalanan Antara Tempat Tinggal / Kediaman Dengan Tempat Kerja Semasa Perjalanan Pada Masa Rehat Yang Dibenarkan Semasa Menjalankan Aktiviti Berkaitan Kerja Semasa Perjalanan Berkaitan Dengan Pekerjaan Lain-lain (*Nyatakan*):

D6. Tarikh Kematian (*Jika Kemalangan Maut*) Hari Bulan Tahun

D7. Perihal Kemalangan

D8. Anggota Badan Yang Cedera Kanan Kiri

D9. Orang Berinsurans Bekerja Pada Tarikh Kemalangan? Ya Tidak

D10. Waktu Kerja Bermula Pada Tarikh Kemalangan am / pm

D11. Waktu Rehat Yang Dibenarkan Pada Tarikh Kemalangan am / pm

D12. Waktu Kerja Tamat Pada Tarikh Kemalangan am / pm

D13. Nama Saksi (*Jika Ada*)

D14. Telefon Saksi (*Jika Ada*)

D15. Tarikh Cuti Sakit Bermula Hari Bulan Tahun

D16. Nama Doktor Yang Merawat

D17. Nama & Alamat Klinik/ Hospital Yang Berikan Rawatan Awal

Sila sertakan:

- Perakuan Perubatan / Sijil Cuti Sakit [Per. 57(1)]
- Laporan Polis Bagi Kemalangan Jalanraya Berkaitan Pekerjaan [Per. 71(1)]

E. BUTIRAN NOTIS PENYAKIT KHIDMAT

E1. Nama & Alamat Majikan Bagi Tempoh 5 Tahun Terakhir Pekerjaan (*Sila sediakan lampiran jika ruang tidak mencukupi*)

| Bil. | Nama & Alamat Majikan | Tempoh Bekerja | Jawatan / Pekerjaan |
|------|-----------------------|----------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |

E2. Perihal Penyakit

E3. Adakah Penyakit Berkaitan Pekerjaan? Ya Tidak

E4. Tarikh Kematian (*Jika berkaitan*) Hari Bulan Tahun

E5. Nyatakan Tugas & Bagaimana Terdedah Kepada Bahaya

E6. Jelaskan Simptom (*Tanda*) Yang Dihidapi

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/ Hospital Memberikan Rawatan Awal

E10. Nama Doktor Yang Merawat

Sila sertakan Laporan Perubatan menggunakan format PERKESO [Per. 68A(1)]

F. BUTIRAN NOTIS KEILATAN

F1. Perihal Keuzuran

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

F2. Tahun Mula Menghidap Keuzuran

F3. Adakah Orang Berinsurans Masih Bekerja? Ya Tidak

F4. Tarikh Berhenti Kerja (Jika Berkaitan)

Hari Bulan Tahun

F5. Maklumat Pekerjaan

| Bil. | Nama & Alamat Majikan | Tempoh Bekerja | Jawatan / Pekerjaan |
|------|-----------------------|----------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Sila sertakan Laporan Perubatan Menggunakan Format PERKESO (Per. 46(ii))

G. BUTIRAN NOTIS KEMATIAN

G1. Tarikh Kematian

Hari Bulan Tahun

G2. Waktu Kematian Semasa Bekerja Bukan Semasa Bekerja

G3. Adakah Kematian Berkait Dengan Kemalangan? Ya Tidak
(Jika 'Ya', lengkapkan **D : BUTIRAN NOTIS KEMALANGAN**)

G4. Status Orang Berinsurans Tidak Berkahwin Berkahwin Bercerai
(Semasa Kematian)

H. PILIHAN PEJABAT PERKESO UNTUK BERURUSAN

| | |
|--------|----------------------|
| Bandar | <input type="text"/> |
| Negeri | <input type="text"/> |

I. PERAKUAN MAJIKAN

Saya memperakui bahawa sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya, semua butiran yang dinyatakan adalah benar; dan
(Sila tandakan pada kotak berkenaan)

- Mengesahkan bahawa orang berinsurans adalah pekerja di perusahaan ini.
- Mengesahkan bahawa orang berinsurans adalah pekerja di perusahaan ini dan dalam tempoh cuti tanpa gaji ketika kemalangan terjadi.
- Mengesahkan bahawa orang berinsurans adalah pekerja di perusahaan ini dan mengalami keuzuran yang serius.

Tandatangan Majikan :

Nama Penuh :

Jawatan :

| |
|----------------------|
| Cop Rasmi Perusahaan |
|----------------------|

Tarikh

Hari Bulan Tahun

