



**BORANG NOTIS KEMALANGAN DAN PENYAKIT KHIDMAT PEKERJA ASING**

**BUTIRAN NOTIS DAN TUNTUTAN FAEDAH (PEKERJA ASING)**

JENIS NOTIS (Tandakan (✓) pada Notis berkaitan)  NOTIS KEMALANGAN/ HILANGUPAYA  NOTIS KEMALANGAN/ KEMATIAN  NOTIS PENYAKIT KHIDMAT

**A. BUTIR-BUTIR ORANG BERINSURANS**

A1. Nama :

A2. No. Keselamatan Sosial : 



  
Pekerja Asing (KSPA)

A3. Warganegara : \_\_\_\_\_

A4. No. Pasport : \_\_\_\_\_

A5. Tempoh Sah Laku Pasport : 

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

 (pada hari kemalangan) Hari Bulan Tahun Hingga 

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

Hari Bulan Tahun

A6 No. Permit Kerja / Pas Masuk : \_\_\_\_\_

A7. Tempoh Sah Laku Permit Kerja / Pas Masuk : 

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

 (pada hari kemalangan) Hari Bulan Tahun Hingga 

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

Hari Bulan Tahun

A8. Jantina :  Lelaki  Perempuan

A9. Tarikh lahir : 

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

Hari Bulan Tahun

A10. Jenis Pekerjaan : \_\_\_\_\_

A11. Alamat surat menyurat :

Poskod	Negeri
--------	--------

A12. No. Tel. Rumah 



 - 



 A13. No. Tel. Bimbit

A14. 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 (dalam liputan SBKPA) berturut-turut sebelum bulan kemalangan / notis penyakit khidmat

Bil	Bulan	Tahun	Gaji (RM)

### 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 perjalanan antara tempat tinggal / kediaman dengan tempat kerja  Semasa perjalanan pada masa rehat yang dibenarkan

Semasa menjalankan aktiviti berkaitan penggajian  Semasa perjalanan berkaitan dengan pekerjaan  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 

--	--

 : 

--	--

**D11.** Waktu rehat yang dibenarkan pada hari 

--	--

 : 

--	--

**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))

