



24 Disember 2013  
24 December 2013  
P.U. (A) 370

# WARTA KERAJAAN PERSEKUTUAN

## *FEDERAL GOVERNMENT GAZETTE*

### PERATURAN-PERATURAN (AM) KESELAMATAN SOSIAL PEKERJA (PINDAAN) 2013

### *EMPLOYEES' SOCIAL SECURITY (GENERAL)(AMENDMENT) REGULATIONS 2013*



DISIARKAN OLEH/  
*PUBLISHED BY*  
JABATAN PEGUAM NEGARA/  
*ATTORNEY GENERAL'S CHAMBERS*

AKTA KESELAMATAN SOSIAL PEKERJA 1969

PERATURAN-PERATURAN (AM) KESELAMATAN SOSIAL PEKERJA (PINDAAN) 2013

PADA menjalankan kuasa yang diberikan oleh seksyen 105 Akta Keselamatan Sosial Pekerja 1969 [*Akta 4*], Menteri membuat peraturan-peraturan yang berikut:

**Nama dan permulaan kuat kuasa**

1. (1) Peraturan-peraturan ini bolehlah dinamakan **Peraturan-Peraturan (Am) Keselamatan Sosial Pekerja (Pindaan) 2013**.  
  
(2) Peraturan-Peraturan ini mula berkuat kuasa pada 1 Januari 2014.

**Pindaan am**

2. Peraturan-Peraturan (Am) Keselamatan Sosial Pekerja, 1971 [P.U. (A) 99/1971] yang disebut “Peraturan-Peraturan ibu” dalam Peraturan-Peraturan ini, dipinda dengan menggantikan perkataan “pejabat yang berkenaan” di mana-mana juga terdapat kecuali perenggan 2(1)(d), peraturan 4, 10, 11, 44D, 45, 46, 48, 48A, 56B, 56D, 66, 73, 74, 75, 76, 88, 90, 98, 106C dan 119 dengan perkataan “Pertubuhan”.

**Pindaan peraturan 2**

3. Peraturan 2 Peraturan-Peraturan ibu dipinda dengan memotong perenggan (1)(d).

**Pindaan peraturan 4**

4. Peraturan 4 Peraturan-Peraturan ibu dipinda dengan menggantikan perkataan “pejabat yang berkenaan” dengan perkataan “pejabat Pertubuhan”.

**Pindaan peraturan 10**

5. Peraturan 10 Peraturan-Peraturan ibu dipinda—
  - (a) dalam subperaturan (1), dengan menggantikan perkataan “pejabat yang berkenaan” dengan perkataan “Pertubuhan”;

(b) dengan menggantikan subperaturan (3) dengan subperaturan yang berikut:

“(3) Majikan bagi tiap-tiap perusahaan hendaklah memberi kepada Pertubuhan tidak lewat daripada tiga puluh hari dari tarikh Akta terpakai bagi perusahaan itu, Borang Pendaftaran Majikan dan Borang Pendaftaran Pekerja yang diisi dengan sempurnanya berkenaan dengan perusahaan itu dengan apa-apa cara sebagaimana yang ditentukan oleh Pertubuhan.”; dan

(c) dengan memasukkan selepas subperaturan (3) subperaturan yang berikut:

“(3A) Majikan boleh membenarkan secara bertulis mana-mana orang untuk mengisi dan memberikan Borang Pendaftaran Majikan dan Borang Pendaftaran Pekerja bagi pihaknya.

(3B) Jika Pertubuhan berpuas hati bahawa majikan tidak dapat mengisi dan memberikan Borang Pendaftaran Majikan dan Borang Pendaftaran Pekerja atas apa-apa sebab, Pertubuhan boleh mengisi borang itu bagi pihak majikan.

(3C) Borang Pendaftaran Majikan dan Borang Pendaftaran Pekerja yang diisi oleh Pertubuhan menurut subperaturan (3B) hendaklah disifatkan telah diisi dan diberikan dengan sempurna oleh majikan.”.

## **Pindaan peraturan 11**

6. Peraturan 11 Peraturan-Peraturan ibu dipinda—

- (a) dalam subperaturan (1), dengan menggantikan perkataan “Pejabat yang berkenaan” dengan perkataan “Pertubuhan”;
- (b) dengan memasukkan selepas subperaturan (1) subperaturan yang berikut:

“(1A) Jika majikan telah dikeluarkan terhadapnya suatu kompaun menurut Peraturan-Peraturan Keselamatan Sosial Pekerja (Pengkompaunan Kesalahan) 2006 [P.U. (A) 59/2006], Pertubuhan bolehlah menguntukkan Kod Nombor Majikan kepada perusahaan berkenaan dengan majikan itu dalam masa tiga puluh hari dari tarikh tamat pembayaran kompaun itu.

(1B) Jika Borang Pendaftaran Majikan tidak diisi dengan sempurnanya dan diberikan oleh majikan kepada Pertubuhan, Pertubuhan masih boleh menguntukkan Kod Nombor Majikan kepada perusahaan.

(1C) Penguntukan Kod Nombor Majikan di bawah subperaturan (1A) dan (1B) oleh Pertubuhan tidaklah mengecualikan majikan daripada mengisi dan memberikan Borang Pendaftaran Majikan dan Borang Pendaftaran Pekerja sebagaimana yang dikehendaki di bawah peraturan 10.”; dan

- (c) dalam subperaturan (2), dengan menggantikan perkataan “pejabat yang berkenaan” dengan perkataan “Pertubuhan”.

## **Penggantian peraturan 12**

7. Peraturan-Peraturan ibu dipinda dengan menggantikan peraturan 12 dengan peraturan yang berikut:

**“Menghantar Borang 12.** Tiap-tiap majikan hendaklah mengisi Borang **Pendaftaran Pekerja** Pendaftaran Pekerja yang mengandungi suatu senarai pekerja

**Tambahan** baru dan hendaklah mengemukakan borang itu kepada Pertubuhan dalam tempoh satu bulan dari bulan pengambilan kerja pekerja itu.”.

**Pindaan peraturan 41**

8. Peraturan 41 Peraturan-Peraturan ibu dipinda—
- (a) dengan menomborkan semula perenggan sedia ada sebagai subperaturan (1);
  - (b) dalam subperaturan (1), dengan menggantikan perkataan “Jika” dengan perkataan “Tertakluk kepada subperaturan (2) dan (3), jika”; dan
  - (c) dengan memasukkan selepas subperaturan (1) subperaturan yang berikut:
- “(2) Pertubuhan hendaklah membayar balik caruman yang silap dibayar di bawah subperaturan (1), jika bayaran balik itu dituntut dalam tempoh tujuh tahun dari tarikh caruman itu silap dibayar.
- (3) Jika seseorang pekerja diambil kerja oleh lebih daripada seorang majikan dan jumlah caruman daripada majikan bagi pekerja itu telah melebihi gaji bulanan anggapan maksimum pekerja itu bagi mana-mana bulan tertentu, lebihan caruman itu hendaklah dibayar balik masing-masing kepada majikan dan pekerja secara pro-rata berdasarkan tiap-tiap bahagian caruman majikan dan pekerja itu.”.

**Pindaan peraturan 44D**

9. Peraturan 44D Peraturan-Peraturan ibu dipinda—

- (a) dengan memasukkan selepas perkataan “mengemukakan” perkataan “kepada Pertubuhan”; dan
- (b) dengan memotong perkataan “kepada pejabat yang berkenaan”.

### **Penggantian peraturan 45**

10. Peraturan-Peraturan ibu dipinda dengan menggantikan peraturan 45 dengan peraturan yang berikut:

- “Tuntutan faedah**      45. (1) Tiap-tiap pihak menuntut hendaklah mengemukakan tuntutannya bagi suatu faedah yang kena dibayar di bawah Akta secara bertulis, mengikut Peraturan-Peraturan ini, kepada Pertubuhan dalam Borang 34 bagi maksud faedah itu yang tuntutan itu dibuat atau dengan apa-apa cara sebagaimana Pertubuhan boleh, tertakluk kepada tuntutan itu yang mestilah secara bertulis, menerima sebagai memadai dalam hal keadaan mana-mana kes atau kelas kes tertentu.
- (2) Pertubuhan hendaklah menyediakan bantuan bagi mengisi borang tuntutan jika orang berinsurans tidak boleh berbuat sedemikian sendiri.”.

### **Penggantian peraturan 46**

11. Peraturan-Peraturan ibu dipinda dengan menggantikan peraturan 46 dengan peraturan yang berikut:

- “Pemberitahu keilatan**      46. (1) Orang berinsurans yang berhasrat untuk menuntut pence n ilat atau bantuan ilat hendaklah memberikan notis keilatan kepada Pertubuhan dengan apa-apa cara yang ditentukan oleh Pertubuhan.
- (2) Orang berinsurans hendaklah, selepas

memberikan notis keilatan di bawah subperaturan (1), mengisi dan memberikan Borang 34 kepada Pertubuhan.

(3) Borang 34 yang disebut dalam subperaturan (2) hendaklah disertai dengan laporan perubatan daripada mana-mana Pengamal Perubatan Berdaftar yang menunjukkan dengan tepat tempat, jenis, takat dan diagnosis keadaan uzur yang menyebabkan keilatan itu.

(4) Laporan perubatan yang disebut dalam subperaturan (2) hendaklah dalam suatu bentuk yang diluluskan oleh Pertubuhan.

(5) Seseorang yang telah mencapai umur enam puluh tahun boleh memberikan notis keilatan jika dia boleh membuktikan bahawa—

(a) dia menghidap keadaan uzur tertentu yang berkekalan;

(b) dia tidak berupaya untuk mengambil bahagian dalam apa-apa kegiatan yang mendatangkan keuntungan yang bermakna yang keadaan keuzuran tersebut telah terjadi sebelum dia mencapai umur enam puluh tahun; dan

(c) dia tidak lagi bekerja secara berkeuntungan sejak itu.

(6) Bagi maksud peraturan ini, “Pengamal Perubatan Berdaftar” ertiannya seorang pengamal perubatan yang berdaftar di bawah Akta Perubatan 1971 [*Akta 50*].”.

**Pindaan peraturan 48**

12. Peraturan 48 Peraturan-Peraturan ibu dipinda—
- (a) dengan menggantikan perkataan “pencen (atau bantuan) ilat” di mana-mana juga terdapat dengan perkataan “pencen ilat atau bantuan ilat”;
  - (b) dengan memasukkan selepas perkataan “keputusannya” perkataan “kepada Pertubuhan”;
  - (c) dengan memotong perkataan “kepada pejabat yang berkenaan itu”; dan
  - (d) dengan menggantikan perkataan “oleh pejabat yang berkenaan itu” dengan perkataan “oleh Pertubuhan”.

**Pindaan peraturan 48A**

13. Subperaturan 48A(3) Peraturan-Peraturan ibu dipinda—
- (a) dengan menggantikan perkataan “pejabat yang berkenaan” dengan perkataan “Pertubuhan”; dan
  - (b) dengan menggantikan perkataan “genap umur lima puluh lima tahun” dengan perkataan “mencapai umur enam puluh tahun”.

**Pindaan peraturan 53**

14. Subperaturan 53(1) Peraturan-Peraturan ibu dipinda dengan menggantikan perkataan “Borang 10” dengan perkataan “Borang 34”.

**Pindaan peraturan 56A**

15. Peraturan 56A Peraturan-Peraturan ibu dipinda—
- (a) dengan menggantikan perkataan “orang berpencen ilat” dengan perkataan “orang berinsurans yang sedang menerima pencen ilat”; dan

- (b) dengan menggantikan perkataan “genap umurnya 55 tahun” dengan perkataan “mencapai umur enam puluh tahun”.

**Pindaan peraturan 56B**

16. Peraturan 56B Peraturan-Peraturan ibu dipinda—

- (a) dalam subperaturan (1), dengan menggantikan perkataan “pejabat yang berkaitan, melalui pos atau cara-cara lain dalam Borang 24” dengan perkataan “Pertubuhan dalam Borang 34”;
- (b) dalam perenggan (2)(a)—
- (i) dengan menggantikan perkataan “orang berpencen ilat” dengan perkataan “orang berinsurans yang sedang menerima pencen ilat”; dan
- (ii) dengan menggantikan perkataan “55” dengan perkataan “enam puluh”;
- (c) dalam perenggan (3)(d), dengan menggantikan perkataan “pejabat yang berkaitan” dengan perkataan “Pertubuhan”;
- (d) dalam subperaturan (4), dengan menggantikan perkataan “pejabat yang berkaitan” dengan perkataan “Pertubuhan”; dan
- (e) dalam subperaturan (5), dengan menggantikan perkataan “pejabat yang berkenaan” dengan perkataan “Pertubuhan”.

**Pindaan peraturan 56D**

17. Peraturan 56D Peraturan-Peraturan ibu dipinda dengan menggantikan perkataan “pejabat yang berkenaan hendaklah, mengikut cara yang ditentukan oleh

Pertubuhan” dengan perkataan “Pertubuhan hendaklah, mengikut cara yang ditentukannya”.

**Pindaan peraturan 58**

18. Subperaturan 58(3) Peraturan-Peraturan ibu dipinda—

- (a) dengan menggantikan perkataan “Kad Pengenalan Pendaftaran Negaranya” dengan perkataan “dokumen pengenalannya”; dan
- (b) dengan menggantikan perkataan “Borang 21” dengan perkataan “Borang 34”.

**Pindaan peraturan 59**

19. Peraturan 59 Peraturan-Peraturan ibu dipinda—

- (a) dengan menggantikan subperaturan (1) dengan subperaturan yang berikut:

“(1) Perakuan perubatan hendaklah dalam Borang 13 dan diisi dengan sempurna oleh Doktor Insurans.”; dan

- (b) dengan memasukkan selepas subperaturan (1) subperaturan yang berikut:

“(1A) Jika menjadi tidak pratik bagi Doktor Insurans untuk mengisi perakuan perubatan dalam Borang 13 sebagaimana yang dikehendaki di bawah subperaturan (1), Doktor Insurans boleh mengisi perakuan perubatan itu dalam apa-apa bentuk lain sebagaimana yang ditentukan oleh Pertubuhan.

(1B) Perakuan perubatan di bawah subperaturan (1) hendaklah mengandungi suatu kenyataan ringkas mengenai

hilang upaya yang, pada pendapat Doktor Insurans itu, menyebabkan seseorang itu tidak berupaya secara sementara untuk bekerja.

(1C) Kenyataan hilang upaya di bawah subperaturan (1B) hendaklah menyatakan jenis hilang upaya itu dengan seberapa tepat yang boleh mengikut pengetahuan Doktor Insurans tentang keadaan orang berinsurans itu pada masa pemeriksaan mengikut mana-mana undang-undang bertulis mengenainya.”.

### **Pindaan peraturan 66**

20. Subperaturan 66(1) Peraturan-Peraturan ibu dipinda dengan menggantikan perkataan “pejabat yang berkenaan dengan pos atau dengan cara lain, suatu tuntutan faedah dalam Borang 10” dengan perkataan “Pertubuhan, suatu tuntutan faedah dalam Borang 34”.

### **Pindaan peraturan 68**

21. Peraturan 68 Peraturan-Peraturan ibu dipinda—

- (a) dalam subperaturan (1), dengan memasukkan selepas perkataan “dengan bertulis atau dengan cara lisan” perkataan “kepada majikan atau Pertubuhan dengan apa-apa cara sebagaimana yang ditentukan oleh Pertubuhan,”; dan
- (b) dalam subperaturan (2), dengan memasukkan selepas perkataan “oleh majikan” perkataan “atau Pertubuhan”.

### **Pindaan peraturan 68A**

22. Peraturan 68A Peraturan-Peraturan ibu dipinda—

- (a) dalam subperaturan (1), dengan memasukkan selepas perkataan “secara bertulis atau lisan” perkataan “kepada majikan atau Pertubuhan dengan apa-apa cara sebagaimana yang ditentukan oleh Pertubuhan;”; dan
- (b) dalam subperaturan (2), dengan menggantikan perkataan “dalam borang sebagaimana yang disediakan oleh Pertubuhan” dengan perkataan “dalam Borang 34”.

### **Penggantian peraturan 71**

23. Peraturan-Peraturan ibu dipinda dengan menggantikan peraturan 71 dengan peraturan yang berikut:

- “Notis kemalangan oleh majikan**
- 71. (1) Jika notis kemalangan dihantar kepada majikan di bawah peraturan 68, majikan hendaklah, sebaik selepas menerima notis itu, mengisi notis kemalangan oleh majikan dalam Borang 34 dan memberikan notis kemalangan oleh majikan itu kepada Pertubuhan dan satu salinan notis itu kepada Doktor Insurans.
  - (2) Jika tiada notis kemalangan oleh majikan dalam Borang 34 diberikan oleh majikan, Pertubuhan boleh, menurut budi bicaranya, menerima apa-apa keterangan lain yang berhubungan dengan kemalangan itu.
  - (3) Dalam hal orang berinsurans yang mendapat bencana diri selain bencana diri yang bersifat ringan yang disebabkan oleh kemalangan yang disebut di bawah seksyen 24 Akta, majikan hendaklah mengisi notis kemalangan oleh majikan dalam Borang 34 dan memberikan notis itu bersama-sama dengan laporan polis mengenai kemalangan itu dan apa-apa dokumen lain yang ditentukan oleh Pertubuhan.
  - (4) Notis kemalangan oleh majikan dalam Borang 34

hendaklah diberikan—

- (a) dengan segera atau, jika tidak, dengan seberapa segera yang dapat dilaksanakan mengikut hal keadaan, jika bencana itu mengakibatkan kematian atau jika bencana itu berat, bahawa, bencana itu mungkin menyebabkan kematian atau hilang upaya kekal atau kehilangan anggota badan; atau
  - (b) dalam apa-apa hal lain, dalam masa empat puluh lapan jam selepas penerimaan notis kemalangan di bawah peraturan 68 atau pada masa kemalangan itu sampai kepada pengetahuan majikan atau mana-mana pegawai lain yang di bawah pengawasannya orang berinsurans itu bekerja pada masa kemalangan itu berlaku atau mana-mana orang lain yang dilantik bagi maksud itu oleh majikan, mengikut mana-mana yang berkenaan.
- (5) Satu salinan notis kemalangan oleh majikan dalam Borang 34 hendaklah secara biasanya dihantar oleh majikan kepada Doktor Insurans melalui orang berinsurans pada masa pemeriksaan atau rawatan perubatan pertama orang berinsurans itu.

- (6) Jika, atas apa-apa sebab, menjadi tidak praktik bagi majikan untuk menghantar salinan notis kemalangan oleh majikan itu kepada Doktor Insurans melalui orang berinsurans sebagaimana yang dikehendaki di bawah subperaturan (5),

majikan hendaklah, sebagai langkah interim, memberi suatu surat pengenalan dalam apa-apa borang yang ditentukan oleh Pertubuhan.

(7) Doktor Insurans hendaklah menerima secara sementara surat pengenalan yang disebut dalam subperaturan (6), sebagai ganti salinan notis kemalangan oleh majikan.

(8) Majikan hendaklah, dengan seberapa segera yang dapat dilaksanakan, selepas memberikan surat pengenalan yang disebut dalam subperaturan (6) kepada Doktor Insurans, menghantar secara terus salinan notis kemalangan oleh majikan itu kepada Doktor Insurans.”.

### **Penggantian peraturan 71A**

24. Peraturan-Peraturan ibu dipinda dengan menggantikan peraturan 71A dengan peraturan yang berikut:

**“Notis penyakit 71A.** (1) Jika notis penyakit khidmat dihantar kepada **khidmat oleh majikan** di bawah peraturan 68A, majikan hendaklah, sebaik selepas menerima notis itu, mengisi notis penyakit khidmat oleh majikan dalam Borang 34 dan memberikan notis penyakit khidmat oleh majikan itu kepada Pertubuhan dan satu salinan notis itu kepada Doktor Insurans.

(2) Jika tiada notis penyakit khidmat oleh majikan dalam Borang 34 diberikan oleh majikan, Pertubuhan boleh, menurut budi bicaranya, menerima apa-apa keterangan lain yang berhubungan dengan bencana kerja yang disebabkan oleh sesuatu penyakit khidmat.

(3) Notis penyakit khidmat oleh majikan di bawah subperaturan (1) hendaklah diberikan oleh majikan kepada Pertubuhan dalam masa empat puluh lapan jam selepas penerimaan notis penyakit khidmat di bawah peraturan 68A.

(4) Satu salinan notis penyakit khidmat oleh majikan dalam Borang 34 hendaklah secara biasanya dihantar oleh majikan kepada Doktor Insurans melalui orang berinsurans pada masa pemeriksaan atau rawatan perubatan pertama orang berinsurans itu.

(5) Jika, atas apa-apa sebab, menjadi tidak praktik bagi majikan untuk menghantar sesalinan notis penyakit khidmat oleh majikan itu melalui orang berinsurans sebagaimana yang dikehendaki di bawah subperaturan (4), majikan hendaklah, sebagai langkah interim, memberikan suatu surat pengenalan dalam apa-apa borang sebagaimana yang ditentukan oleh Pertubuhan.

(6) Doktor Insurans hendaklah menerima secara sementara surat pengenalan yang disebut dalam subperaturan (5), sebagai ganti salinan notis penyakit khidmat oleh majikan.

(7) Majikan hendaklah, dengan seberapa segera yang dapat dilaksanakan, selepas memberikan surat pengenalan yang disebut dalam subperaturan (5) kepada Doktor Insurans, menghantar secara terus salinan notis penyakit khidmat oleh majikan itu kepada Doktor Insurans.

(8) Jika majikan tidak diberikan notis penyakit khidmat di bawah peraturan 68A tetapi mengetahui bahawa orang berinsurans sedang menghidap suatu penyakit khidmat

yang dinyatakan dalam Jadual Kelima Akta, majikan itu hendaklah mengisi notis penyakit khidmat oleh majikan dalam Borang 34 seolah-olah majikan itu telah diberitahu sewajarnya di bawah peraturan 68A.”.

### **Pindaan peraturan 73**

25. Peraturan 73 Peraturan-Peraturan ibu dipinda—
- (a) dengan menggantikan perkataan “pejabat yang berkenaan” dengan perkataan “Pertubuhan”; dan
  - (b) dengan menggantikan perkataan “pejabat tersebut” dengan perkataan “Pertubuhan”.

### **Pindaan peraturan 74**

26. Peraturan 74 Peraturan-Peraturan ibu dipinda—
- (a) dengan menggantikan perkataan “pejabat yang berkenaan” dengan perkataan “Pertubuhan”; dan
  - (b) dalam perenggan (i), dengan menggantikan perkataan “pejabat itu” dengan perkataan “Pertubuhan”.

### **Penggantian peraturan 75**

27. Peraturan-Peraturan ibu dipinda dengan menggantikan peraturan 75 dengan peraturan yang berikut:

**“Rujukan kepada 75.** (1) Tertakluk kepada subperaturan (2), rujukan **Jemaah Doktor** kepada Jemaah Doktor bagi menentukan soal hilang upaya orang berinsurans boleh dibuat oleh—

- (a) orang yang hilang upaya itu, majikannya atau kesatuan sekerja yang diiktiraf;

(b) Pertubuhan; atau

(c) pegawai yang berkenaan.

(2) Rujukan bagi menentukan soal hilang upaya di bawah subperaturan (1) boleh dibuat—

(a) oleh orang yang hilang upaya itu, majikannya atau kesatuan sekerja yang diiktiraf, jika permintaan bagi rujukan itu dibuat oleh orang yang hilang upaya itu, majikannya atau kesatuan sekerja yang diiktiraf, kepada Jemaah Doktor;

(b) oleh Pertubuhan, jika tempoh hilang upaya yang dinyatakan dalam perakuan perubatan orang berinsurans itu melebihi seratus lapan puluh hari secara keseluruhannya; dan

(c) oleh pegawai yang berkenaan—

(i) pada bila-bila masa, tetapi tidak lebih daripada sekali dalam masa enam bulan berturut-turut; dan

(ii) jika pada pendapat Ketua Pengarah atau mana-mana pegawai lain yang diberi kuasa olehnya, hal keadaan sesuatu kes tertentu itu adalah wajar.”.

### **Penggantian peraturan 76**

28. Peraturan-Peraturan ibu dipinda dengan menggantikan peraturan 76 dengan peraturan yang berikut:

**“Laporan Jemaah Doktor 76.** (1) Jemaah Doktor hendaklah, selepas memeriksa orang yang hilang upaya itu, memberi keputusannya kepada Pertubuhan dalam borang dan dengan apa-apa cara, sebagaimana yang ditentukan oleh Pertubuhan.

(2) Pertubuhan hendaklah memaklumkan orang yang hilang upaya itu keputusan Jemaah Doktor dan faedah, jika ada, yang orang yang hilang upaya itu berhak, secara bertulis atau dengan apa-apa cara lain sebagaimana yang ditentukan oleh Pertubuhan.”.

### **Penggantian peraturan 83**

29. Peraturan-Peraturan ibu dipinda dengan menggantikan peraturan 83 dengan peraturan yang berikut:

**“Tuntutan untuk faedah hilang upaya kekal 83.** (1) Orang berinsurans berhak untuk menuntut faedah bantuan hilang upaya kekal jika dia diperakui hilang upaya secara kekal oleh—

(a) Jemaah Doktor;

(b) Jemaah Doktor Khas; atau

(c) Jemaah Doktor Rayuan,

mengikut mana-mana yang berkenaan.

(2) Pertubuhan boleh memproses tuntutan di bawah

subperaturan (1) berdasarkan maklumat yang didapati dalam Borang 34 yang telah diisi dan diberikan oleh orang berinsurans menurut peraturan 66.

(3) Jika orang berinsurans tidak berupaya untuk membuat tuntutan di bawah subperaturan (1) disebabkan oleh kematian, koma atau gila, Pertubuhan boleh memutuskan bahawa tuntutan itu telah pun dibuat dengan sempurnanya.”.

### **Pindaan peraturan 88**

30. Peraturan 88 Peraturan-Peraturan ibu dipinda—

- (a) dengan menggantikan perkataan “pejabat yang berkenaan” dengan perkataan “Pertubuhan” di mana-mana juga terdapat; dan
- (b) dalam subperaturan (1), dengan menggantikan perkataan “dengan pos atau dengan cara lain dalam Borang 24” dengan perkataan “dalam Borang 34”.

### **Pindaan peraturan 90**

31. Peraturan 90 Peraturan-Peraturan ibu dipinda dengan menggantikan perkataan “pejabat yang berkenaan hendaklah, mengikut cara yang ditentukan oleh Pertubuhan” dengan perkataan “Pertubuhan hendaklah, mengikut cara yang ditentukannya”.

### **Pindaan peraturan 98**

32. Peraturan 98 Peraturan-Peraturan ibu dipinda—

- (a) dalam subperaturan (1), dengan menggantikan perkataan “pejabat yang berkaitan dengan pos atau dengan cara lain dalam Borang 26” dengan perkataan “Pertubuhan dalam Borang 34”; dan
- (b) dalam subperaturan (1A), dengan menggantikan perkataan “pejabat yang berkaitan” dengan perkataan “Pertubuhan”.

**Pindaan peraturan 106C**

33. Peraturan 106C Peraturan-Peraturan ibu dipinda—

- (a) dengan menggantikan perkataan “pejabat yang berkenaan” dengan perkataan “Pertubuhan”; dan
- (b) dengan menggantikan perkataan “pejabat tersebut” dengan perkataan “Pertubuhan”.

**Pindaan peraturan 119**

34. Peraturan 119 Peraturan-Peraturan ibu dipinda—

- (a) dengan menggantikan perkataan “pejabat yang berkenaan” yang terdapat selepas perkataan “elaun layanan-sentiasa,” dengan perkataan “Pertubuhan”; dan
- (b) dengan menggantikan perkataan “di pejabat yang berkenaan itu atau di mana-mana pejabat Pertubuhan yang lain” dengan perkataan “di mana-mana pejabat Pertubuhan”.

**Pindaan Jadual 1**

35. Jadual 1 Peraturan-Peraturan ibu dipinda—

- (a) dengan menggantikan Borang 1, 1A dan 2 dengan Borang 1, 1A dan 2 yang berikut:

**BORANG 1**  
**BORANG PENDAFTARAN MAJIKAN**  
**PERATURAN-PERATURAN (AM) KESELAMATAN SOSIAL PEKERJA 1971**  
(Peraturan 10)

**PERKESO**

**BORANG 1 - PENDAFTARAN MAJIKAN**

Nombor Pendaftaran (No. SSM / MyCoID, Badan Profesional, Pertubuhan, Persatuan, Koperasi), atau \_\_\_\_\_

Nombor Pengenalan Diri Majikan (yang tidak berdaftar dengan SSM dan agensi lain), atau Nombor PTJ Kerajaan Persekutuan atau Kerajaan Negeri \_\_\_\_\_

**A. MAKLUMAT PERUSAHAAN**

A1. Nama Perusahaan \_\_\_\_\_

A2. Alamat surat-menyerat  
 \_\_\_\_\_  
 Poskod \_\_\_\_\_ Negeri \_\_\_\_\_  
 Peti Surat \_\_\_\_\_ No. Beg Berkunci \_\_\_\_\_ WDT \_\_\_\_\_ (Bagi Sabah/ Sarawak)

A3. Alamat Perusahaan (Tidak perlu diisi jika alamat adalah sama seperti di No. A2)  
 \_\_\_\_\_  
 Poskod \_\_\_\_\_ Negeri \_\_\_\_\_  
 Peti Surat \_\_\_\_\_ No. Beg Berkunci \_\_\_\_\_ WDT \_\_\_\_\_ (Bagi Sabah/ Sarawak)

A4. No. Telefon \_\_\_\_\_ A5. No. Tel. Bimbit \_\_\_\_\_

A6. No. Faks \_\_\_\_\_ A7. E-mel \_\_\_\_\_

A8. Jenis Perusahaan \_\_\_\_\_

A8.1. Entiti Perniagaan  
 Sendirian Berhad     Berhad     Ketuanpunyaan Tunggal     Perkongsian  
 Perkongsian Liabiliti Terhad     Berdaftar dengan SSM     Berdaftar dengan SSM  
 Berdaftar dengan agensi lain     Berdaftar dengan agensi lain  
 Tidak berdaftar     Tidak berdaftar

A8.2. Lain-lain \_\_\_\_\_  
(Kerajaan Persekutuan atau Negeri, Badan Berkanun, Pihak Berkuasa Tempatan, Pewakilan/Kedutaan, Pertubuhan/Persatuan, Koperasi)

A9. Kaedah Bayaran Caruman     Portal PERKESO     Perbankan Internet     CD     Borang Caruman Bulanan (8A)

**B. PENGESAHAN MAJIKAN/ WAKIL MAJIKAN**

Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat di atas adalah benar sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya.

Tandatangan \_\_\_\_\_  
 Nama Majikan/ Nama Wakil Majikan: \_\_\_\_\_ Tarikh \_\_\_\_\_

No. KPPN: \_\_\_\_\_  
 Jawatan: \_\_\_\_\_

**KEGUNAAN PERKESO**

Kod Majikan	Kod Perusahaan	Tarikh Liabiliti
_____	_____	_____

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

 <b>PERKESO</b>	<p style="text-align: center;"><b>BORANG 1A</b>  <b>PEMBERHENTIAN SEBAGAI MAJIKAN</b>          PERATURAN-PERATURAN (AM) KESELAMATAN SOSIAL PEKERJA 1971          (Peraturan 11A)</p> <p style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px 0;"><b>BORANG 1A - PEMBERHENTIAN SEBAGAI MAJIKAN</b></p>		
<p>Nombor Pendaftran (No. SSM/ MyColD, Badan Professional, Pertubuhan, Persatuan, Koperasi); atau</p> <p>Nombor Pengenalan Diri Majikan (yang tidak berdaftar dengan SSM dan agensi lain); atau</p> <p>Nombor PTJ Kerajaan Persekutuan atau Kerajaan Negeri</p>			
<input style="width: 100%; height: 1em; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em; background-color: #f0f0f0;"></div>			
<b>NOMBOR KOD MAJIKAN</b>			
<input style="width: 100%; height: 1.2em; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>			
<b>A. MAKLUMAT PERUSAHAAN</b>			
<p><b>A1.</b> Nama Perusahaan</p>	<input style="width: 100%; height: 1.2em; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>		
<p><b>A2.</b> Alamat surat-menyerat</p>	<input style="width: 100%; height: 1.2em; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>		
<p>Poskod</p>	<p>Negeri</p>		
<p>Peti Surat</p>	<p>No. Beg Berkunci</p>	<p>WDT</p>	<input style="width: 100%; height: 1.2em; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>
<i>(Bagi Sabah/ Sarawak)</i>			
<p><b>A3.</b> Alamat Perusahaan (<i>Tidak perlu diisi jika alamat adalah sama seperti di No. A2</i>)</p>			
<p>Poskod</p>	<p>Negeri</p>		
<p>Peti Surat</p>	<p>No. Beg Berkunci</p>	<p>WDT</p>	<input style="width: 100%; height: 1.2em; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>
<i>(Bagi Sabah/ Sarawak)</i>			
<p><b>A4.</b> Perusahaan ini <i>*akan/ telah</i> (<i>*potong mana yang tidak berkenaan</i>) berhenti daripada menjadi majikan di bawah Akta Keselamatan Sosial Pekerja 1969. Sila lengkapkan maklumat yang berkenaan:</p>			
<p><input type="checkbox"/> Tutup Sementara/ Tiada pekerja mulai dari ..... hingga .....</p>			
<p><input type="checkbox"/> Tamat perusahaan mulai dari.....</p>			
<b>B. PENGESAHAN MAJIKAN/ WAKIL MAJIKAN</b>			
<p>Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat di atas adalah benar sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya.</p>			
<p>Tandatangan : _____</p>			
<p>Nama:</p>		<p>Tarikh:</p>	
<p>*(Pengarah Syarikat/ Setiausaha Syarikat/ Tuan Punya Tunggal/ Rakan Kongsi/ Pengerusi/ Wakil Yang Diberi Kuasa Secara Bertulis)</p>			
<p><i>*Potong mana yang tidak berkenaan</i></p>			
<p>No. KPPN:</p>			
<p>Jawatan:</p>			
<p>No. Telefon Pejabat/ No. Telefon Bimbit:</p>			
<p>No. Faks:</p>			
<p>E-mel:</p>			
<p><i>Tandatangan tidak diperlukan sekiranya borang ini dihantar melalui medium elektronik tertakluk kepada pengesahan oleh PERKESO</i></p>			



- (b) dengan memotong Borang 10;
- (c) dengan menggantikan Borang 13 dengan borang yang berikut:

 <b>BORANG 13</b> PERAKUAN PERUBATAN PERATURAN-PERATURAN (AM) KESELAMATAN SOSIAL PEKERJA 1971 (Peraturan 59)			
<b>BORANG 13 - PERAKUAN PERUBATAN</b>			
<b>PERINGATAN:</b> i) Borang ini hendaklah dilengkapkan dan dikemukakan pada masa pemeriksaan, jika tidak, borang ini hendaklah dihantar kepada pekerja berkenaan dalam masa 24 jam selepas pemeriksaan dibuat. ii) Tempoh hilang upaya sementara dalam satu perakuan doktor tidak boleh melebihi 14 hari iii) Sila tandakan (✓) pada kotak yang berkaitan	<b>KOD KLINIK PANEL</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>A. BUTIR-BUTIR ORANG BERINSURANS</b>			
A1. Nama	<input type="text"/>		
A2. No. Kad Pengenalan baru	<input type="text"/>	A3. No. Kad Pengenalan lama	<input type="text"/>
A4. No. Pasport/ No.Polis/ No.Tentera/ No. Keselamatan Sosial (SSN)	<input type="text"/>		
A5. Nama Majikan	<input type="text"/>		
<b>B. BUTIR-BUTIR KEMALANGAN</b>			
B1. Tarikh kemalangan	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hari Bulan Tahun	B2. Masa kemalangan	<input type="text"/> : <input type="text"/> a.m / p.m
B3. Tempat kemalangan	<input type="checkbox"/> Dalam premis majikan <input type="checkbox"/> Luar premis majikan		
B4. Bagaimana kemalangan berlaku? (sebagaimana dilaporkan oleh orang berinsurans)	<input type="text"/>		
<b>C. BUTIR-BUTIR KECEDERAAN</b>			
C1. Jenis kecederaan	<input type="text"/>	C3. Kod ICD	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
C2. Anggota badan yang cedera	<input type="text"/>		
C4. Diagnosis	<input type="text"/>		
C5. Sama ada kecederaan berkait dengan kemalangan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	C6. Justifikasi (jawapan bagi C5)	<input type="text"/>
C7. Adakah orang berinsurans pernah mengalami kecederaan yang sama sebelum ini	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="text"/>	
<b>D. BUTIR-BUTIR PEMERIKSAAN DAN RAWATAN</b>			
D1. Tarikh pemeriksaan	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hari Bulan Tahun	D2. Masa pemeriksaan	<input type="text"/> : <input type="text"/> a.m / p.m
D3. <input type="checkbox"/> X-ray <input type="checkbox"/> Ujian makmal <input type="checkbox"/> Ujian makmal <input type="checkbox"/> Prosedur	D4. Rawatan susulan (sila nyatakan)	<input type="text"/>	
<b>E. BUTIR-BUTIR HILANG UPAYA SEMENTARA/ TIDAK LAYAK BEKERJA AKIBAT KEMALANGAN</b>			
E1. Tempoh tidak layak bekerja	<input type="text"/> Hari		
E2. Tarikh tidak layak bekerja	<input type="text"/> Hari <input type="text"/> Bulan <input type="text"/> Tahun	hingga	<input type="text"/> Hari <input type="text"/> Bulan <input type="text"/> Tahun
E3. Layak bekerja semula pada	<input type="text"/> Hari <input type="text"/> Bulan <input type="text"/> Tahun		
E4. Rujukan ke hospital kerajaan untuk tindakan selanjutnya	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
E5. Nama hospital kerajaan	<input type="text"/>		
<b>PENGESAHAN DOKTOR INSURANS</b>			
Saya memperakui bahawa maklumat yang tersebut di atas adalah benar sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya.			
Tandatangan : _____	Tarikh <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hari Bulan Tahun		
Nama Doktor Insurans CAP Klinik <i>Tandatangan dan cap tidak diperlukan sekiranya borang ini dihantar melalui medium elektronik tertakluk kepada pengesahan oleh PERKESO</i>			

(d) dengan memotong Borang 21, 24 dan 26; dan

(e) dengan memasukkan selepas Borang 33 borang yang berikut:

**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)

**BORANG 34 - BUTIRAN NOTIS DAN TUNTUTAN FAEDAH**

JENIS NOTIS (Tandakan (✓) pada Notis berkaitan)	<input type="checkbox"/> NOTIS KEMALANGAN	<input type="checkbox"/> NOTIS PENYAKIT KHIDMAT	<input type="checkbox"/> NOTIS KEILATAN	<input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_  
Har \_\_\_\_\_ 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. Bimbbit \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_  
Har \_\_\_\_\_ Bulan \_\_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_\_

C2. Tarikh pemberhentian kerja (jika terpakai) \_\_\_\_\_

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

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

**D. BUTIR-BUTIR NOTIS KEMALANGAN**

<b>D1.</b> Tarikh kemalangan	<input type="text"/> Hari <input type="text"/> Bulan <input type="text"/> Tahun	<b>D2.</b> Masa kemalangan <input type="text"/> : <input type="text"/> a.m/ p.m
<b>D3.</b> Tempat kemalangan	<input type="checkbox"/> Dalam premis majikan <input type="checkbox"/> Luar premis majikan	
<b>D4.</b> Bila kemalangan berlaku?	<input type="checkbox"/> Semasa bekerja <input type="checkbox"/> Semasa menjalankan aktiviti berkaitan penggajian <input type="checkbox"/> Semasa perjalanan pada masa rehat yang dibenarkan	
<b>D5.</b> Tarikh kematian (jika terpakai)	<input type="text"/> Hari <input type="text"/> Bulan <input type="text"/> Tahun	<input type="checkbox"/> Semasa kecemasan <input type="checkbox"/> Lain-lain Nyatakan: _____
<b>D6.</b> Bagaimana kemalangan berlaku?		
<b>D7.</b> Tujuan perjalanan pada hari kemalangan (bagi kemalangan jalan raya sahaja)		
<b>D8.</b> Perihal kecederaan		
<b>D9.</b> Adakah hari kemalangan hari orang berinsurans bekerja	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<b>D10.</b> Waktu kerja bermula pada hari kemalangan <input type="text"/> : <input type="text"/> a.m/ p.m
		<b>D11.</b> Waktu rehat yang dibenarkan pada hari kemalangan <input type="text"/> : <input type="text"/> a.m/ p.m
		<b>D12.</b> Waktu kerja tamat pada hari kemalangan <input type="text"/> : <input type="text"/> a.m/ p.m
<b>D13.</b> Nama saksi (jika ada)		
<b>D14.</b> No. telefon saksi (jika ada)	<input type="text"/> - <input type="text"/>	
<b>D15.</b> Tarikh cuti sakit bermula	<input type="text"/> Hari <input type="text"/> Bulan <input type="text"/> Tahun	
<b>D16.</b> Nama dan alamat klinik yang memberikan rawatan awal		

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

**E. BUTIR-BUTIR NOTIS PENYAKIT KHIDMAT**

**E1.** Nama dan alamat majikan bagi tempoh 5 tahun terakhir pekerjaan

Bil.	Nama dan 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 dan 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 dan alamat klinik yang memberikan rawatan awal

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

#### **F. BUTIR-BUTIR NOTIS KEILATAN**

#### **F1. Perihal keuzuran**

**F2.** Tahun mula menghidap keuzuran

--	--	--	--

F3. Adakah orang  Ya  Tidak berinsurans masih bekerja?

**F5. Maklumat pengambilan kerja :**

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

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

#### **G. BUTIR-BUTIR NOTIS KEMATIAN**

#### **G1. Tarikh kematian**

<input type="text"/>				
Hari	Bulan		Tahun	

#### G2. Sebab kematian

G3. Adakah kematian berkait dengan kemalangan?  Ya  Tidak  
*(Jika 'Ya', sila 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

## I. PERAKUAN OLEH 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:

Tarikh

1

10 of 10

1

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

J. PENGESAHAN ORANG BERINSURANS/ ORANG TANGGUNGAN/ PIHAK YANG MENUNTUT													
Nama Pihak Menuntut													
Saya	<input type="text"/>												
Alamat surat-menyurat													
<input type="text"/>													
Poskod	Negeri												
No. Kad Pengenalan baru	<input type="text"/>				No. Kad Pengenalan lama	<input type="text"/>				No.Pasport/ No.Polis/ No.Tentera/ No.Keselamatan Sosial (SSN)	<input type="text"/>		
No. Tel. Rumah	<input type="text"/>				<input type="text"/>				No. Tel. Bimbit	<input type="text"/>			
E-Mel :	<input type="text"/>												
<b>SAYA DENGAN INI MENGESAHKAN BAHAWA:</b> *Potong yang mana tidak berkenaan													
<p>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.</p> <p>2.* Saya telah menanggung perbelanjaan berjumlah RM <input type="text"/> untuk pengurusan mayat orang berinsurans yang meninggal dunia dan ingin menuntut pembayaran amaun Faedah Pengurusan Mayat.</p>													
<p><b>Dokumen yang diperlukan:</b>  <i>Resit perbelanjaan pengurusan mayat - bagi pihak yang menuntut selain bahu/duda atau ibu/bapa (Per. 98 (1))</i></p> <p>3.* Saya adalah *anak lelaki/ *anak perempuan (*potong yang mana tidak berkenaan), yang tertua sekali yang masih hidup kepada orang berinsurans yang meninggal dunia dan ingin menuntut Faedah Pengurusan Mayat.</p> <p>4.* Saya adalah *orang tanggungan/ *penjaga orang tanggungan (*potong yang mana tidak berkenaan), kepada orang berinsurans yang telah meninggal dunia ingin menuntut apa-apa jua faedah yang layak untuk *saya dan/ atau *orang tanggungan (*potong yang mana tidak berkenaan), di bawah jagaan saya.</p> <p>5.* Jumlah orang tanggungan <input type="text"/> MAKLUMAT ORANG TANGGUNGAN ADALAH SEPERTI BERIKUT:</p>													
Bil	Nama Orang Tanggungan	No. Kad Pengenalan/ Sijil Lahir	Tarikh Lahir	Hubungan dengan Orang Berinsurans	Status (Bagi anak :belajar/ cacat/ berkahwin) (Bagi adik : berkahwin)								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
Gunakan helaian tambahan jika tidak mencukupi													
<p><b>Dokumen yang diperlukan:</b> (Per. 56B &amp; Per. 88(1))          1)Sijil Kematian    2)Pengenalan diri/ Sijil kelahiran    3)Sijil Nikah/ Daftar Perkahwinan</p>													
<p>6. Maklumat Bank adalah seperti yang berikut:</p> <p>Nama Bank: <input type="text"/> No. Akaun <input type="text"/></p> <p>7. Saya mengaku maklumat dan butir-butir yang diberikan adalah betul sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya.</p>													
Tandatangan/ cap ibu jari kanan pihak menuntut <i>Tandatangan atau cap jari tidak diperlukan sekiranya borang ini dihantar melalui medium elektronik tertakluk kepada pengesahan oleh PERKESO</i>					Tarikh <input type="text"/> Hari <input type="text"/> Bulan <input type="text"/> Tahun <input type="text"/>								
UNTUK KEGUNAAN PERKESO													
<p>TARIKH NOTIS : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hari      Bulan      Tahun</p> <p>Tandatangan penerima: _____ Nama: Jawatan:</p> <p style="text-align: right;">CAP TARIKH TERIMA</p>													

Dibuat 18 Disember 2013  
[KSM/PUU/T/01/01/03 Jld.(2); PN(PU2)58/XIX]

DATO' SRI RICHARD RIOT ANAK JEM  
*Menteri Sumber Manusia*

EMPLOYEES' SOCIAL SECURITY ACT 1969

EMPLOYEES' SOCIAL SECURITY (GENERAL) (AMENDMENT) REGULATIONS 2013

IN exercise of the powers conferred by section 105 of the Employees' Social Security Act 1969 [Act 4], the Minister makes the following regulations:

**Citation and commencement**

1. (1) These regulations may be cited as the **Employees' Social Security (General)(Amendment) Regulations 2013**.
  
- (2) These Regulations come into operation on 1 January 2014.

**General amendment**

2. The Employees' Social Security (General) Regulations, 1971 [P.U. (A) 99/1971] which are referred to as the "principal Regulations" in these Regulations, are amended by substituting for the words "appropriate office" wherever appearing except paragraph 2(1)(d), regulations 4, 10, 11, 44D, 45, 46, 48, 48A, 56B, 56D, 66, 73, 74, 75, 76, 88, 90, 98, 106C and 119 the word "Organisation".

**Amendment of regulation 2**

3. Regulation 2 of the principal Regulations is amended by deleting paragraph (1)(d).

**Amendment of regulation 4**

4. Regulation 4 of the principal Regulations is amended by substituting for the words "appropriate office" the words "office of the Organisation".

**Amendment of regulation 10**

5. Regulation 10 of the principal Regulations is amended—
  - (a) in subregulation (1), by substituting for the words "appropriate office" the word "Organisation";

(b) by substituting for subregulation (3) the following subregulation:

“(3) The employer of every industry shall furnish to the Organisation not later than thirty days from the date the Act becomes applicable to the industry, the Employer’s Registration Form and the Employees’ Registration Form duly completed in respect of such industry by any means as determined by the Organisation.”; and

(c) by inserting after subregulation (3) the following subregulations:

“(3A) The employer may authorize in writing any person to complete and furnish the Employer’s Registration Form and Employees’ Registration Form on his behalf.

(3B) If the Organisation is satisfied that the employer is unable to complete and furnish the Employer’s Registration Form and Employees’ Registration Form due to any reason, the Organisation may complete the forms on behalf of the employer.

(3C) The Employer’s Registration Form and Employees’ Registration Form completed by the Organisation pursuant to subregulation (3B) shall be deemed to be duly completed and furnished by the employer.”.

### **Amendment of regulation 11**

6. Regulation 11 of the principal Regulations is amended—

(a) in subregulation (1), by substituting for the words “appropriate office” the word “Organisation”;

(b) by inserting after subregulation (1) the following subregulations:

“(1A) If an employer has been issued against him a compound pursuant to the Employees’ Social Security (Compounding of Offences) Regulations 2006 [P.U. (A) 59/2006], the Organisation may allot the Employer’s Code Number to the industry in respect of the employer within thirty days from the expiry date of the payment of the compound.

(1B) If an Employer’s Registration Form has not been duly completed and furnished by the employer to the Organisation, the Organisation may still allot an Employer’s Code Number to an industry.

(1C) The allotment of the Employer’s Code Number under subregulations (1A) and (1B) by the Organisation shall not exempt the employer from completing and furnishing Employer’s Registration Form and Employees’ Registration Form as required under regulation 10.”; and

(c) in subregulation (2), by substituting for the words “appropriate office” the word “Organisation”.

### **Substitution of regulation 12**

7. The principal Regulations are amended by substituting for regulation 12 the following regulation:

**“Submission of Additional Employees’ Registration Form**      12. Every employer shall complete the Employees’ Registration Form containing a list of new employees and shall forward the form to the Organisation within the period of one month from the month of employment of the employees.”.

### **Amendment of regulation 41**

8. Regulation 41 of the principal Regulations is amended—

- (a) by renumbering the existing paragraph as subregulation (1);
- (b) in subregulation (1), by substituting for the word "Where" the words "Subject to subregulations (2) and (3), where"; and
- (c) by inserting after subregulation (1) the following subregulations:

"(2) The Organisation shall refund the contributions erroneously paid under subregulation (1), if the refund is claimed within the period of seven years from the date the contribution is paid in error.

(3) If an employee was employed by more than one employer and the amount of contributions from the employers for the employee have exceeded the maximum assumed monthly wage of the employee for any particular month, the excess of the contribution shall be refunded to the employer and the employee respectively on a pro-rata basis based on each of the employer's and the employee's share of the contribution.".

#### **Amendment of regulation 44D**

9. Regulation 44D of the principal Regulations is amended—

- (a) by inserting after the word "submit" the words "to the Organisation"; and
- (b) by deleting the words "to the appropriate office".

#### **Substitution of regulation 45**

10. The principal Regulations are amended by substituting for regulation 45 the following regulation:

**"Claim for benefit**      45. (1) Every claimant shall submit his claim for a benefit payable under the Act in writing, in accordance with these

Regulations, to the Organisation in Form 34 for the purpose of the benefit for which the claim is made or in such other manner as the Organisation may, subject to it being in writing, accept as sufficient in the circumstances of any particular case or class of cases.

(2) The Organisation shall provide assistance for filling in the form of claim in case of insured persons who cannot do so themselves.”.

#### **Substitution of regulation 46**

11. The principal Regulations are amended by substituting for regulation 46 the following regulation:

**“Notice of invalidity** 46. (1) An insured person intending to claim invalidity pension or invalidity grant shall give notice of invalidity to the Organisation by any means determined by the Organisation.

(2) An insured person shall, after giving the notice of invalidity under subregulation (1), complete and furnish Form 34 to the Organisation.

(3) Form 34 referred to in subregulation (2) shall be accompanied by a medical report from any Registered Medical Practitioner showing the precise location, nature, extent and diagnosis of the morbid condition giving rise to invalidity.

(4) The medical report referred to in subregulation (2) shall be in a form approved by the Organisation.

(5) A person who has attained sixty years of age may give a notice of invalidity if he can prove that—

- (a) he is suffering from a specific morbid condition of permanent nature;
  - (b) he is incapable of engaging in any substantially gainful activities that the morbid conditions has set in before he attains the age of sixty; and
  - (c) he has not been gainfully employed since then.
- (6) For the purpose of this regulation, “Registered Medical Practitioner” means a medical practitioner who is registered under the Medical Act 1971 [Act 50].”.

#### **Amendment of regulation 48**

12. Regulation 48 of the principal Regulations is amended—

- (a) by substituting for the words “invalidity pension (or grant)” wherever appearing the words “invalidity pension or invalidity grant”;
- (b) by inserting after the words “its decision” the words “to the Organisation”;
- (c) by deleting the words “to the appropriate office”; and
- (d) by substituting for the words “by the appropriate office” the words “by the Organisation”.

#### **Amendment of regulation 48A**

13. Subregulation 48A(3) of the principal Regulations is amended—

- (a) by substituting for the words “appropriate office” the word “Organisation”; and
- (b) by substituting for the words “completes his fifty-fifth year of age” the words “attains sixty years of age”.

**Amendment of regulation 53**

14. Subregulation 53(1) of the principal Regulations is amended by substituting for the words “Form 10” the words “Form 34”.

**Amendment of regulation 56A**

15. Regulations 56A of the principal Regulations is amended—

- (a) by substituting for the words “invalidity pensioner” the words “insured person who is in receipt of invalidity pension”; and
- (b) by substituting for the words “completed 55 years of age” the words “attained sixty years of age”.

**Amendment of regulation 56B**

16. Regulation 56B of the principal Regulations is amended—

- (a) in subregulation (1), by substituting for the words “appropriate office by post or otherwise in Form 24” the words “Organisation in Form 34”;
- (b) in paragraph (2)(a)—
  - (i) by substituting for the words “invalidity pensioner” the words “insured person who is in receipt of invalidity pension”; and
  - (ii) by substituting for the word “55” the word “sixty”;

- (c) in paragraph (3)(d), by substituting for the words “appropriate office” the word “Organisation”;
- (d) in subregulation (4), by substituting for the words “appropriate office” the word “Organisation”; and
- (e) in subregulation (5), by substituting for the words “appropriate office” the word “Organisation”.

#### **Amendment of regulation 56D**

17. Regulation 56D of the principal Regulations is amended by substituting for the words “the appropriate office shall, in such manner as may be determined by the Organisation” the words “the Organisation shall, in such manner as it may determine”.

#### **Amendment of regulation 58**

18. Subregulation 58(3) of the principal Regulations is amended—

- (a) by substituting for the words “his National Registration Identity Card” the words “his document of identification”; and
- (b) by substituting for the words “Form 21” the words “Form 34”.

#### **Amendment of regulation 59**

19. Regulation 59 of the principal Regulations is amended—

- (a) by substituting for subregulation (1) the following subregulation:
  - “(1) The medical certificate shall be in Form 13 and duly completed by the Insurance Medical Practitioner.”; and
- (b) by inserting after subregulation (1) the following subregulations:

“(1A) If it is not practicable for the Insurance Medical Practitioner to complete the medical certificate in Form 13 as required under subregulation (1), the Insurance Medical Practitioner may complete the medical certificate in any other form as may be determined by the Organisation.

(1B) The medical certificate under subregulation (1) shall contain a concise statement of the disablement which, in the opinion of the Insurance Medical Practitioner, renders a person temporarily incapable of work.

(1C) The statement of the disablement under subregulation (1B) shall specify the nature of the disablement as precisely as the knowledge of the Insurance Medical Practitioner on the condition of the insured person at the time of the examination in accordance with any written law on it.”.

#### **Amendment of regulation 66**

20. Subregulation 66(1) of the principal Regulations is amended by substituting for the words “the appropriate office by post or otherwise, a claim for benefit in Form 10” the words “the Organisation, a claim for benefit in Form 34”.

#### **Amendment of regulation 68**

21. Regulation 68 of the principal Regulations is amended—

- (a) in subregulation (1), by inserting after the words “in writing or orally” the words “to the employer or the Organisation by any means as may be determined by the Organisation,”; and
- (b) in subregulation (2), by inserting after the words “by the employer” the words “or the Organisation”.

### **Amendment of regulation 68A**

22. Regulation 68A of the principal Regulations is amended—

- (a) in subregulation (1), by inserting after the words “in writing or orally” the words “to the employer or the Organisation by any means as may be determined by the Organisation;”; and
- (b) in subregulation (2), by substituting for the words “in such form as may be provided by the Organisation” the words “in Form 34”.

### **Substitution of regulation 71**

23. The principal Regulations are amended by substituting for regulation 71 the following regulation:

**“Notice of accident by an employer** 71. (1) If a notice of accident is sent to an employer under regulation 68, the employer shall, immediately after the receipt of the notice, complete the notice of accident by an employer in Form 34 and furnish the notice of accident by an employer to the Organisation and a copy of the notice to an Insurance Medical Practitioner.

(2) If no notice of accident by an employer in Form 34 is furnished by the employer, the Organisation may, in its discretion, accept any other evidence relating to the accident.

(3) In the case of an insured person who sustains personal injury other than personal injury of a minor nature caused by an accident referred to under section 24 of the Act, the employer shall complete the notice of accident by an employer in Form 34 and furnish the notice together with the police report on the accident and such other documents as may be determined by the Organisation.

(4) The notice of accident by an employer in Form 34 shall be furnished—

(a) immediately or, otherwise, as soon as practicable under the circumstances, if the injury has resulted in death or if the injury is serious, that, it is likely to cause death or permanent disablement or loss of a body part; or

(b) in any other case, within forty-eight hours after the receipt of the notice of accident under regulation 68 or at the time the accident comes to the notice of the employer or any official under whose supervision the insured person was employed at the time of occurrence of the accident or any other person designated for the purpose by the employer, as the case may be.

(5) A copy of the notice of accident by an employer in Form 34 shall ordinarily be sent by the employer to the Insurance Medical Practitioner through the insured person at the time of the first medical examination or treatment of the insured person.

(6) If, due to any reason, it is not practicable for the employer to send a copy of the notice of accident by an employer to the Insurance Medical Practitioner through the insured person as required under subregulation (5), the employer shall, as an interim measure, give a letter of

identity in such form as may be determined by the Organisation.

(7) The Insurance Medical Practitioner shall accept provisionally such letter of identity referred to in subregulation (6), in place of the copy of the notice of accident by an employer.

(8) The employer shall, as soon as practicable, after giving the letter of identity referred to in subregulation (6) to the Insurance Medical Practitioner, send directly the copy of the notice of accident by an employer to the Insurance Medical Practitioner.”.

#### **Substitution of regulation 71A**

24. The principal Regulations are amended by substituting for regulation 71A the following regulation:

**“Notice of  
occupational  
disease by an  
employer**

71A. (1) If a notice of occupational disease is sent to an employer under regulation 68A, the employer shall, immediately after the receipt of the notice, complete the notice of occupational disease by an employer in Form 34 and furnish the notice of occupational disease to the Organisation and a copy of the notice to an Insurance Medical Practitioner.

(2) If no notice of occupational disease by an employer in Form 34 is sent by the employer, the Organisation may, in its discretion, accept any other evidence relating to an employment injury caused by an occupational disease.

(3) The notice of occupational disease by an employer under subregulation (1) shall be furnished by the

employer to the Organisation within forty-eight hours after the receipt of the notice of occupational disease under regulation 68A.

(4) A copy of the notice of occupational disease by an employer in Form 34 shall ordinarily be sent by the employer to the Insurance Medical Practitioner through the insured person at the time of the first medical examination or treatment of the insured person.

(5) If, due to any reason, it is not practicable for the employer to send a copy of the notice of occupational disease by an employer through the insured person as required under subregulation (4), the employer shall, as an interim measure, give a letter of identity in such form as may be determined by the Organisation.

(6) The Insurance Medical Practitioner shall accept provisionally such letter of identity referred to in subregulation (5), in place of the copy of the notice of occupational disease by an employer.

(7) The employer shall, as soon as practicable, after giving the letter of identity referred to in subregulation (5) to the Insurance Medical Practitioner, send directly the copy of the notice of occupational disease by an employer to the Insurance Medical Practitioner.

(8) If an employer has not been given a notice of occupational disease under regulation 68A but has knowledge that an insured person is suffering from an occupational disease specified in the Fifth Schedule to the Act, the employer

shall complete the notice of occupational disease by an employer in Form 34 as if he has been duly notified under regulation 68A.”.

**Amendment of regulation 73**

25. Regulation 73 of the principal Regulations is amended—

- (a) by substituting for the words “appropriate office” the word “Organisation”; and
- (b) by substituting for the words “said office” the word “Organisation”.

**Amendment of regulation 74**

26. Regulation 74 of the principal Regulations is amended—

- (a) by substituting for the words “approriate office” the word “Organisation”; and
- (b) in paragraph (i), by subsituting for the words “that office” the words “the Organisation”.

**Substitution of regulation 75**

27. The principal Regulations are amended by substituting for regulation 75 the following regulation:

**“Reference to a Medical Board**      75. (1) Subject to subregulation (2), a reference to the Medical Board for the determination of the disablement question of an insured person may be made by—

- (a) the disabled person, his employer or a recognized trade union;
- (b) the Organisation; or

(c) an appropriate officer.

(2) A reference for the determination of the disablement question under subregulation (1) may be made—

(a) by the disabled person, his employer or a recognized trade union, if a request for the reference is made by the disabled person, his employer or the recognized trade union, to the Medical Board;

(b) by the Organisation, if the period of disablement specified in the medical certificate of the insured person exceeds one hundred and eighty days in total; and

(c) by an appropriate officer—

(i) at any time, but not more than once in six consecutive months; and

(ii) if in the opinion of the Director General or any other officer authorized by him, the circumstances of any particular case so justify.”.

### **Substitution of regulation 76**

28. The principal Regulations are amended by substituting for regulation 76 the following regulation:

**"Report of Medical Board** 76. (1) The Medical Board shall, after examining the disabled person, give its decision to the Organisation in a form and by any means, as may be determined by the Organisation.

(2) The Organisation shall inform the disabled person of the decision of the Medical Board and the benefit, if any, to which the disabled person is entitled to, in writing or by any other means as may be determined by the Organisation.”.

### **Substitution of regulation 83**

29. The principal Regulations are amended by substituting for regulation 83 the following regulation:

**"Claim for permanent disablement benefit** 83. (1) An insured person is entitled to a claim of permanent disablement benefit if he is certified to be permanently disabled by—

(a) a Medical Board;

(b) a Special Medical Board; or

(c) an Appellate Medical Board,

as the case may be.

(2) The Organisation may process the claim under subregulation (1) based on the information obtained in Form 34 which has been completed and furnished by an insured person pursuant to regulation 66.

(3) If an insured person is unable to make a claim under subregulation (1) due to death, coma or insanity, the Organisation may decide that such claim has been duly made.”.

**Amendment of regulation 88**

30. Regulation 88 of the principal Regulations is amended—

- (a) by substituting for the words “appropriate office” the word “Organisation” wherever appearing; and
- (b) in subregulation (1), by substituting for the words “by post or otherwise in Form 24” the words “in Form 34”.

**Amendment of regulation 90**

31. Regulation 90 of the principal Regulations is amended by substituting for the words “the appropriate office shall, in such manner as may be determined by the Organisation” the words “the Organisation shall, in such manner as it may determine”.

**Amendment of regulation 98**

32. Regulation 98 of the principal Regulations is amended—

- (a) in subregulation (1), by substituting for the words “appropriate office by post or otherwise in Form 26” the words “Organisation in Form 34”; and
- (b) in subregulation (1A), by substituting for the words “appropriate office” the word “Organisation”.

**Amendment of regulation 106C**

33. Regulation 106C of the principal Regulations is amended—

- (a) by substituting for the words “appropriate office” the word “Organisation”; and
- (b) by substituting for the words “said office” the word “Organisation”.

**Amendment of regulation 119**

34. Regulation 119 of the principal Regulations is amended—
- (a) by substituting for the words “appropriate office” appearing after the words “constant-attendance allowance,” the word “Organisation”; and
  - (b) by substituting for the words “at the appropriate office or at any other office of the Organisation” the words “at any office of the Organisation”.

**Amendment of Schedule I**

35. Schedule I of the principal Regulations is amended—

- (a) by substituting for Forms 1, 1A and 2 the following Forms 1, 1A and 2:

 FORM 1  
EMPLOYER'S REGISTRATION FORM  
EMPLOYEES' SOCIAL SECURITY (GENERAL) REGULATIONS 1971  
(Regulation 10)

**FORM 1 - EMPLOYER'S REGISTRATION**

Registration Number (SSM No./ MyCoID, Professional Bodies, Society, Association, Co-operative Societies); or  
Employer's Identification Number (not registered with SSM and other agencies); or  
Federal or State Government's PTJ Number

**A. INDUSTRY'S INFORMATION**

A1. Industry Name

A2. Postal Address

P. O. Box  Locked Bag No.  WDT  (For Sabah/ Sarawak)

A3. Industry Address (Not required if the address is the same as No. A2)

P. O. Box  Locked Bag No.  WDT  (For Sabah/ Sarawak)

A4. Telephone No.  A5. Mobile No.

A6. Fax No.  A7. E-mail \_\_\_\_\_

A8. Type of industry \_\_\_\_\_

A8.1. Business Entity  
 Private Limited  Limited  Sole Proprietorship  Partnership  
 Limited Liability Partnership  Registered with SSM  Registered with SSM  
 Registered with other agencies  Registered with other agencies  
 Not registered  Not registered

A8.2. Others \_\_\_\_\_  
(Federal or State Government, Statutory Bodies, Local Authorities, Representative/ Embassy, Society/ Association, Co-operative Societies)

A9. Payment Method of Contribution  SOCSO Portal  Internet Banking  CD  Monthly Contribution Form (8A)

**B. CONFIRMATION FROM EMPLOYER/ EMPLOYER'S REPRESENTATIVE**

I hereby certify to the best of my knowledge and belief that all particulars given are true.

Signature \_\_\_\_\_

Employer's Name/ Employer's Representative Name: \_\_\_\_\_ Date

NRIC. No.: \_\_\_\_\_

Designation: \_\_\_\_\_

**FOR SOCSO USE**

Employer's Code <input type="text" value="XXXXXXXXXXXXXX"/>	Industry Code <input type="text" value="XXXXXXXXXXXXXX"/>	Liability Date <input type="text" value="XX"/> <input type="text" value="XX"/> <input type="text" value="XXXXXX"/>
---	---	--

No signature is required if the submission of the form is via electronic medium subject to verification by SOCSO



## **FORM 1A - CESSATION AS AN EMPLOYER**

**FORM 1A**  
**CESSATION AS AN EMPLOYER**  
**EMPLOYEES' SOCIAL SECURITY (GENERAL) REGULATIONS 1971**  
**(Regulation 11A)**

**Registration Number** (SSM No./ MyCoID, Professional Bodies, Society, Association, Co-operative Societies); or

**Employer's Identification Number** (not registered with SSM and other agencies); or  
**Federal or State Government's PTJ Number**

**EMPLOYER'S CODE NUMBER**

## A. INDUSTRY'S INFORMATION

### A1. Industry Name

**A2. Postal Address**

Postcode		State	
----------	--	-------	--

P. O. Box       Locked Bag No.       WDT     (For Sabah/Sarawak)

**A3. Industry Address** (Not required if the address is the same as No. A2)

**A4.** The industry will / have (strike off whichever is not relevant) ceased of being an employer under the Employees' Social Security Act

Please complete the relevant information.

Temporary closure/ No employee from ..... till .....

Cessation of liability effective from .....

Date:

(Comp)  
Partner

\*Strike off whichever is not relevant

MIRAGE

NRIC No.:

**Designatio**

**Office Telephone**

Fax No.:

E-mail:

No signature is required if the submission of the form is via electronic medium subject to verification by SOCSO



(b) by deleting Form 10;

(c) by substituting for Form 13 the following form:

**“**

 <b>FORM 13 - MEDICAL CERTIFICATE</b>	<b>FORM 13</b> MEDICAL CERTIFICATE EMPLOYEES' SOCIAL SECURITY (GENERAL) REGULATIONS 1971 (Regulation 59)					
<b>REMINDER:</b> i) This form shall be completed and furnished at the time of examination, if not, it is required to be given to the employee within 24 hours after examination completed. ii) The period of temporary disablement in a medical certificate shall not exceed 14 days iii) Tick (✓) in the appropriate box						
PANEL CLINIC CODE <input type="text"/>						
<b>A. INSURED PERSON DETAILS</b>						
A1. Name	<input type="text"/>					
A2. New NRIC No.	<input type="text"/>	A3. Old NRIC No.	<input type="text"/>			
A4. Passport No./ Police No./ Army No./ Social Security No. (SSN)	<input type="text"/>					
A5. Name of Employer	<input type="text"/>					
<b>B. PARTICULARS OF ACCIDENT</b>						
B1. Date of Accident	<input type="text"/> Day	<input type="text"/> Month	<input type="text"/> Year	B2. Time of Accident	<input type="text"/> : <input type="text"/>	a.m/ p.m
B3. Location of Accident	<input type="checkbox"/> Inside the employer's premise		<input type="checkbox"/> Outside the employer's premise			
B4. How did the accident happen? (as reported by insured person)	<input type="text"/>					
<b>C. PARTICULARS OF INJURY</b>				<b>C3. ICD Code</b> <input type="text"/>		
C1. Nature of Injury	<input type="text"/>					
C2. Part of Body Injured	<input type="text"/>					
C4. Diagnosis	<input type="text"/>					
C5. Is the injury due to the accident	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<b>C6. Justification (answer for C5)</b> <input type="text"/>			
C7. Has the employee experienced the same injury before this?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>			
<b>D. PARTICULARS OF EXAMINATION AND TREATMENT</b>						
D1. Date of Examination	<input type="text"/> Day	<input type="text"/> Month	<input type="text"/> Year	D2. Time of Examination	<input type="text"/> : <input type="text"/>	a.m/ p.m
D3. <input type="checkbox"/> X-ray <input type="checkbox"/> Laboratory <input type="checkbox"/> Procedure	<b>D4. Follow up (please specify)</b> <input type="text"/>					
<b>E. PARTICULARS OF TEMPORARY DISABLEMENT/ UNFIT TO WORK DUE TO ACCIDENT</b>						
E1. Period of unfit to work	<input type="text"/> Day					
E2. Date of unfit to work	<input type="text"/> Day	<input type="text"/> Month	<input type="text"/> Year	until		
E3. Fit to resume work	<input type="text"/> Day	<input type="text"/> Month	<input type="text"/> Year			
E4. A referral to government hospital for further treatment	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No				
E5. Name of government hospital	<input type="text"/>					
<b>DECLARATION BY INSURANCE MEDICAL PRACTITIONER</b>						
I hereby certify to the best of my knowledge and belief that all particulars given are true.						
Signature : _____ Name of Insurance Medical Practitioner Clinic Stamp				Date <input type="text"/> Day <input type="text"/> Month <input type="text"/> Year		
<i>No signature and stamp are required if the submission of this form is via electronic medium subject to verification by SOCSO.</i>						

**“;**

(d) by deleting Forms 21, 24 and 26; and

(e) by inserting after Form 33 the following form:

**“**

 <b>PERKESO</b>	<b>FORM 34</b> NOTICE AND BENEFIT CLAIM DETAIL FORM EMPLOYEE SOCIAL SECURITY (GENERAL) REGULATION 1971 (Regulations 46, 53, 56(B), 58, 66(1), 68A(2), 71, 71(A), 83,88 dan 98)																																	
<b>FORM 34 - NOTICE AND BENEFIT CLAIM DETAIL</b>																																		
<b>TYPE OF NOTICES</b> (Tick (✓) on the relevant Notice) <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> NOTICE OF ACCIDENT</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> NOTICE OF OCCUPATIONAL DISEASE</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> NOTICE OF INVALIDITY</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> NOTICE OF DEATH</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> NOTICE OF ACCIDENT	<input type="checkbox"/> NOTICE OF OCCUPATIONAL DISEASE	<input type="checkbox"/> NOTICE OF INVALIDITY	<input type="checkbox"/> NOTICE OF DEATH																													
<input type="checkbox"/> NOTICE OF ACCIDENT	<input type="checkbox"/> NOTICE OF OCCUPATIONAL DISEASE	<input type="checkbox"/> NOTICE OF INVALIDITY	<input type="checkbox"/> NOTICE OF DEATH																															
<b>A. INSURED PERSON DETAILS</b>																																		
A1. Name	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 40px;"></table>																																	
A2. New NRIC No.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 20px;"></table>																																	
A3. Old NRIC No.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 20px;"></table>																																	
A4. Passport No/ Police No./ Army No./ Social Security No. (SSN)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 20px;"></table>																																	
A5. Date of Birth	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 20px;"></table>																																	
Hari			Bulan	Tahun																														
A6. Race	<input type="checkbox"/> Malay	<input type="checkbox"/> Chinese	<input type="checkbox"/> Indian	<input type="checkbox"/> Bumiputera Sabah	<input type="checkbox"/> Bumiputera Sarawak	<input type="checkbox"/> Others _____																												
A7. Gender	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female																																
A8. Occupation :																																		
A9. Postal Address	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 40px;"></table>																																	
Postcode	State																																	
A10. House Telephone No.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 20px;"></table>	A11. Mobile No.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 20px;"></table>																															
A12. E-mail :																																		
<b>B. EMPLOYER'S DETAILS</b>																																		
B1. Employer's Code	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 20px;"></table>																																	
B2. Employer Name	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 40px;"></table>																																	
B3. Postal Address	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 40px;"></table>																																	
Postcode	State																																	
B4. Telephone No.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 20px;"></table>	B5. Fax No.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 20px;"></table>																															
B6. E-Mail:																																		
<b>C. INSURED PERSON'S WAGES DETAILS</b>																																		
C1. Employment Commencement Date	<table border="1" style="width: 100px; border-collapse: collapse; height: 20px;"></table>	Day	Month	Year	C4. Details of wages for the period of 6 consecutive months before the month of accident/ death/ notice of invalidity/ notice of occupational disease																													
C2. Employment cessation Date (if applicable)	<table border="1" style="width: 100px; border-collapse: collapse; height: 20px;"></table>	Day	Month	Year																														
C3. Are Wages Paid on the day of accident?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Month</th> <th>Year</th> <th>Wages (RM)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6.</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							No	Month	Year	Wages (RM)	1.				2.				3.				4.				5.				6.			
No	Month	Year	Wages (RM)																															
1.																																		
2.																																		
3.																																		
4.																																		
5.																																		
6.																																		

<b>D. DETAILS OF NOTICE OF ACCIDENT</b>												
D1. Accident date			<input type="text"/> Day	<input type="text"/> Month	<input type="text"/> Year	D2. Time of accident : <input type="text"/> <input type="text"/> a.m/ p.m						
D3. Place of accident			<input type="checkbox"/> Inside employer's premise				<input type="checkbox"/> Outside of employer's premise					
D4. When the accident happen?			<input type="checkbox"/> While working				<input type="checkbox"/> During journey between place of residence and place of work					
			<input type="checkbox"/> During employment activities				<input type="checkbox"/> During journey at authorized recess					
			<input type="checkbox"/> During emergency				<input type="checkbox"/> Others Please Specify: _____					
D5. Date of Death (if applicable)			<input type="text"/> Day	<input type="text"/> Month	<input type="text"/> Year							
D6. How the accident happened?												
D7. Reason for travelling on the day of accident (for road accident only)												
D8. Injury description												
D9. Is accident date a working day for the Insured Person			<input type="checkbox"/> Yes	D10. Starting time of work on the accident date <input type="text"/> : <input type="text"/> a.m/ p.m								
			<input type="checkbox"/> No	D11. Authorized recess on the accident date <input type="text"/> : <input type="text"/> a.m/ p.m								
			D12. Ending time of work on the accident date <input type="text"/> : <input type="text"/> a.m/ p.m									
D13. Name of witness (if any)												
D14. Witness phone No.												
D15. Starting date of medical leave			<input type="text"/> Day	<input type="text"/> Month	<input type="text"/> Year							
D16. Name and address of clinic which provides first treatment												
<i>Documents required:</i> 1) Medical Certificate (Reg. 57(1)) 2) Police report—for road accident (Reg. 71(1))												
<b>E. DETAILS OF NOTICE OF OCCUPATIONAL DISEASE</b>												
E1. Name and address of employer for the last 5 years of employment												
No.	Employer's Name and Address				Period of Employment			Occupation				
E2. Description of occupational disease												
E3. Is the disease related to employment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	E5. Date of death (if applicable) <input type="text"/> Day <input type="text"/> Month <input type="text"/> Year											
E4. Specify duties and how insured person exposed to the danger												
E6. Please explain symptoms/ sign encountered												
E7. Total days of medical leave (if any)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> days	E8. Period of medical leave (if any)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Month	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Year	until <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Month	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Year	
E9. Name and address of clinic which provides first treatment												
<i>Document required:</i> Medical report (Reg. 68A(1))												

**F. DETAILS OF NOTICE OF INVALIDITY**

**Document required:** Medical Report (Reg. 46(ii) )

## **G. DETAILS OF NOTICE OF DEATH**

<b>G1.</b> Date of death	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Day      Month      Year
<b>G2.</b> Cause of death	<input type="text"/>
<b>G3.</b> Is the death due to accident?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<i>If 'Yes', please complete section D : Details Of Notice Of Accident</i>	
<b>G4.</b> Status of Insured Person (at the time of death)	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced

#### **H. PREFERRED SOCSO OFFICE FOR DEALINGS**

## I. CERTIFICATION BY EMPLOYER/ EMPLOYER'S REPRESENTATIVE

I hereby certify to the best of my knowledge and belief that all particulars given are true.

Signature of employer/ authorized employer representative:

Name: \_\_\_\_\_

Date

Designation:

--	--	--	--	--

Day      Month      Year

**No signature is required if the submission of this form is via electronic medium subject to verification by SOCSO.**

J. CONFIRMATION OF INSURED PERSON/ DEFENDANTS/ CLAIMANT					
Name of claimant <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>					
Postal Address <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>					
Postcode		State			
New NRIC No.		Old NRIC No.		Passport No./ Police No./ Army No./ Social Security No. (SSN)	
<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
House Phone No. <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			Mobile No. <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
E-Mail : _____					
I HEREBY CONFIRM THAT : *Strike off whichever is not relevant					
1. * I, am the insured person and will inform SOCSO if I attend work and earn wages during any day within disability period for the Temporary Disablement Benefit and claim any eligible benefits.					
2. * I have incurred a total expenses of RM <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> for the funeral of the deceased insured person and wish to claim for Funeral Benefit. <i>Document required: Receipt of the funeral expenses - for claimant other than the widow/widower or mother/father (Reg. 98 (1))</i>					
3. * I am the eldest surviving *son/ *daughter (*strike off whichever is not relevant), of the deceased insured person and wish to claim for Funeral Benefit.					
4. * I am the *dependants/ *guardian of the dependants (*strike off whichever is not relevant), of the deceased insured person wish to claim any eligible benefits for *me and/ or *the dependants (*strike off whichever is not relevant), under my care.					
5. * Number of dependants <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> DEFENDANTS INFORMATION ARE AS FOLLOWS :					
<b>No.</b>	<b>Defendant Name</b>	<b>NRIC No./ Birth Certificate</b>	<b>Date of Birth</b>	<b>Relationship with the Insured Person</b>	<b>Status</b> (For Children :studying/ disabled married) (For minor brother/sister : married)
<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Use additional sheets if insufficient					
<i>Documents required: (Reg. 56B &amp; Reg. 88(1)) 1)Death Certificate      2)Identification/ Birth Certificate      3)Marriage Certificate/ Marriage Register</i>					
6. Bank Information are as follows:					
Bank's Name: _____			Account No. <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
7. I declare that the information and details given are correct to the best of my knowledge.					
Signature / Right thumbprint of the claimant <i>No signature or thumbprint is required if the submission of this form is via electronic medium subject to verification by SOCSO.</i>					
Date <input style="width: 10px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 10px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 10px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Day <input style="width: 10px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Month <input style="width: 10px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Year <input style="width: 10px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>					
<b>FOR SOCSO USE</b>					
NOTICE DATE : <input style="width: 10px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 10px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 10px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Day <input style="width: 10px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Month <input style="width: 10px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Year <input style="width: 10px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>					
Recipient's Signature: _____ Name: _____ Designation: _____					
STAMP RECEIVED DATE					

Made 18 December 2013  
[KSM/PUU/T/01/01/03 Jld.(2); PN(PU2)58/XIX]

DATO' SRI RICHARD RIOT ANAK JEM  
*Minister of Human Resources*