



## D. BUTIRAN NOTIS KEMALANGAN

**D1.** Tarikh Kemalangan 

Hari	Bulan	Tahun			

**D2.** Masa Kemalangan 

--	--

 : 

--	--

 a.m / p.m

**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.** Gaji Dibayar Pada Tarikh Kemalangan?  Ya       Tidak

**D8.** Perihal Kemalangan 

--

**D9.** Anggota Badan Yang Cedera 

<input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri
--

**D10.** Orang Berinsurans Bekerja Pada Tarikh Kemalangan?  Ya       Tidak      **D11.** Waktu Kerja Bermula Pada Tarikh Kemalangan 

--	--

 am / pm  
**D12.** Waktu Rehat Yang Dibenarkan Pada Tarikh Kemalangan 

--	--

 am / pm  
**D13.** Waktu Kerja Tamat Pada Tarikh Kemalangan 

--	--

 am / pm

**D14.** Nama Saksi (Jika Ada) 

--

**D15.** Telefon Saksi (Jika Ada) 

--

**D16.** Tarikh Cuti Sakit Bermula 

Hari	Bulan	Tahun			

**D17.** Nama Doktor Yang Merawat 

--

**D18.** Nama & Alamat Klinik/ Hospital Yang Berikan Rawatan Awal 

--

**Sertakan:**  
**1) Perakuan Perubatan / Sijil Cuti Sakit [Per. 57(1)]**  
**2) 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

**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 Dihadapi 

--

**E7.** Jumlah Hari Cuti Sakit (Jika Ada) 

--	--	--	--

 Hari      **E8.** Tempoh Cuti Sakit 

Hari	Bulan	Tahun			

 Hingga 

Hari	Bulan	Tahun			

**E9.** Nama & Alamat Klinik/ Hospital Memberikan Rawatan Awal 

--

**E10.** Nama Doktor Yang Merawat 

--

**Sertakan Laporan Perubatan Menggunakan Format PERKESO [Per. 68A(1)]**



