

# SENARAI SEMAK DOKUMEN TUNTUTAN FAEDAH HILANG UPAYA KEKAL

Dokumen yang telah lengkap hendaklah dikemukakan ke alamat berikut :



Pengaruh Negeri W.P. Kuala Lumpur  
Pertubuhan Keselamatan Sosial  
Tingkat 18, Wisma Perkeso,  
No 155, Jalan Tun Razak,  
50400 Kuala Lumpur.

## UNTUK DIISI OLEH PEJABAT PERKESO

### MAKLUMAT ORANG BERINSURANS

Nama Orang Berinsurans : .....

No. Kad Pengenalan : .....

Baru

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

Lama

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

( ✓ )

### DOKUMEN YANG DIPERLUKAN / DIKEMUKAKAN

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

Borang Permohonan Faedah Hilang Upaya Kekal ( FHUK )

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

Salinan Kad Pengenalan ( depan & belakang)

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

Borang Laporan Perubatan yang disediakan oleh PERKESO / Laporan Perubatan Asal /  
Salinan Laporan Perubatan yang disahkan oleh klinik /hospital yang mengeluarkannya

Dokumen Diterima Melalui :

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

Kaunter

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

Pos

Diterima Oleh :

.....  
Nama

Petugas Kaunter / Kerani Pentadbiran

COP TARikh TERIMA

### AKUAN PENERIMAAN DOKUMEN TUNTUTAN FAEDAH HILANG UPAYA KEKAL

(Untuk Diisi Oleh Penghantar/Pengirim)

Nama Orang Berinsurans : .....

No. Kad Pengenalan : Baru

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

Lama

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

Kepada: Alamat Orang Berinsurans :

.....  
.....  
.....  
.....

.....
-------

COP TARikh TERIMA

**PENTING :-**

- Sila pastikan borang diisi lengkap dengan menggunakan pen dakwat hitam dan dikemukakan bersama-sama dokumen yang diperlukan.
- Semua salinan dokumen (fotostat) hendaklah menggunakan kertas berukuran A4.
- Dokumen dan maklumat yang lengkap akan menjamin tuntutan diproses dengan kadar segera.
- Tuan/puan adalah dinasihatkan supaya TIDAK menggunakan khidmat Orang Tengah atau Agen yang mengenakan bayaran/komisen kerana khidmat menguruskan tuntutan faedah PERKESO adalah PERCUMA.
- Elakkan daripada:
  - a) membuat atau menyebabkan dibuat apa-apa pernyataan palsu atau kerana representasi palsu; atau
  - b) Membuat secara bertulis atau menandatangani apa-apa akuan, borang, laporan, perakuan atau dokumen lain yang dikehendaki oleh Akta Keselamatan Sosial Pekerja 1969 atau mana-mana peraturan yang dibuat di bawah Akta yang tidak benar atau tidak betul dalam apa-apa butir matan,

*Jika disabit kesalahan, boleh dihukum dengan pemenjaraan selama tempoh yang boleh sampai dua tahun, atau denda tidak melebihi sepuluh ribu ringgit atau kedua-duanya. (Seksyen 93 AKSP 1969 )*



*Sekiranya tuan/puan mempunyai sebarang masalah/pertanyaan, sila hubungi pejabat ini di talian:*  
Tel: 03-26872723 / 2687 2716/ 2687 2730      Faks: 03-26810689

SIKAP TERBUKA LAYANAN MESRA