



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)

NOTIS KEMALANGAN NOTIS PENYAKIT KHIDMAT NOTIS KEILATAN 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

Hari	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

Hari	Bulan	Tahun

C4. Butir-butir gaji bagi tempoh 6 bulan berturut-turut sebelum bulan kemalangan / kematian / notis keilatan / notis penyakit khidmat

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

C3. Adakah gaji dibayar pada hari kemalangan? Ya Tidak

X BUTIR-BUTIR NOTIS KEMALANGAN

D1. Tarikh kemalangan <input type="text"/> Hari <input type="text"/> Bulan <input type="text"/> Tahun	D2. Masa kemalangan <input type="text"/> : <input type="text"/> a.m / p.m
D3. Tempat kemalangan <input type="checkbox"/> Dalam premis majikan <input type="checkbox"/> Luar premis majikan	
D4. Bila kemalangan berlaku? <input type="checkbox"/> Semasa bekerja <input type="checkbox"/> Semasa perjalanan antara tempat tinggal / kediaman dengan tempat kerja <input type="checkbox"/> Semasa perjalanan pada masa rehat yang dibenarkan <input type="checkbox"/> Semasa menjalankan aktiviti berkaitan penggajian <input type="checkbox"/> Semasa kecemasan <input type="checkbox"/> Lain-lain <input type="checkbox"/> Nyatakan: _____	
D5. Tarikh kematian (jika terpakai) <input type="text"/> Hari <input type="text"/> Bulan <input type="text"/> Tahun	
D6. Bagaimana kemalangan berlaku? <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>	
D7. Tujuan perjalanan pada hari kemalangan (bagi kemalangan jalan raya sahaja) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>	
D8. Perihal kecederaan <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>	
D9. Adakah hari kemalangan hari orang berinsurans bekerja <input type="checkbox"/> Ya D10. Waktu kerja bermula pada hari kemalangan <input type="text"/> : <input type="text"/> a.m / p.m <input type="checkbox"/> Tidak D11. Waktu rehat yang dibenarkan pada hari kemalangan <input type="text"/> : <input type="text"/> a.m / p.m	D12. Waktu kerja tamat pada hari kemalangan <input type="text"/> : <input type="text"/> a.m / p.m
D13. Nama saksi (jika ada) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>	
D14. No. telefon saksi (jika ada) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	
D15. Tarikh cuti sakit bermula <input type="text"/> Hari <input type="text"/> Bulan <input type="text"/> Tahun	
D16. Nama & alamat klinik yang memberikan rawatan awal <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>	



Dokumen diperlukan:

- 1) Perakuan Perubatan (Per. 57(1))
- 2) Laporan Polis—bagi kemalangan jalanraya (Per. 71(1))

✓ BUTIR-BUTIR NOTIS PENYAKIT KHIDMAT

E1. Nama & alamat majikan bagi tempoh 5 tahun terakhir pekerjaan			
Bil	Nama & Alamat Majikan	Tempoh Bekerja	Pekerjaan
E2. Perihal penyakit khidmat <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>			
E3. Adakah penyakit berkaitan dengan pekerjaan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		E5. Tarikh kematian (jika terpakai) <input type="text"/> : <input type="text"/> Hari <input type="text"/> Bulan <input type="text"/> Tahun	
E4. Sila nyatakan tugas & bagaimana orang berinsurans terdedah kepada bahaya <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>			
E6. Sila jelaskan simptom / tanda yang dihadapi <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>			
E7. Jumlah hari cuti sakit (jika ada) <input type="text"/> hari		E8. Tempoh cuti sakit (jika ada) <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	
E9. Nama & alamat klinik yang memberikan rawatan awal <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>			



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

~~X~~ BUTIR-BUTIR NOTIS KEILATAN

F1. Perihal keuzuran												
F2. Tahun mula menghidap keuzuran	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			F3. Adakah orang berinsurans	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	F4. Tarikh berhenti kerja (jika terpakai)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
										Hari	Bulan	Tahun
F5. Maklumat pengambilan kerja :												
Bil	Nama & Alamat Majikan				Tempoh Bekerja		Pekerjaan		Gaji Bulanan (RM)			



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

~~X~~ BUTIR-BUTIR NOTIS KEMATIAN

G1. Tarikh kematian	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Hari	Bulan	Tahun	
G2. Sebab kematian	<input type="text"/>						
G3. Adakah kematian berkait dengan kemalangan?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	(Jika 'Ya', lengkapkan Seksyen D : Butir-butir Notis Kemalangan)		
G4. Status orang berinsurans (pada masa kematian)	<input type="checkbox"/>	Bujang	<input type="checkbox"/>	Berkahwin	<input type="checkbox"/>	Bercerai	

~~✓~~ H. PILIHAN PEJABAT PERKESO UNTUK BERURUSAN

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

~~✓~~ I. PERAKUAN 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 : _____ +cop majikan

Nama:

Tarikh

<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"/>
--	--	--

Hari

Bulan

Tahun

Jawatan:

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

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

Alamat surat menyurat

Poskod	Negeri

No. Kad Pengenalan baru

[] - [] - [] - []	[] - [] - [] - []	[] - [] - [] - []
-----------------------	-----------------------	-----------------------

No. Kad Pengenalan lama

[] - [] - [] - []	[] - [] - [] - []
-----------------------	-----------------------

No. Pasport/No. Polis /No. Tentera /No. Keselamatan Sosial (SSN)

[] - [] - [] - []	[] - [] - [] - []
-----------------------	-----------------------

No. Tel. Rumah

No. Tel. Bimbit

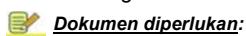
E-Mel : _____

SAYA DENGAN INI MENGESAHKAN BAHAWA:

*Potong yang mana tidak berkenaan

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.

2.* Saya telah menanggung perbelanjaan berjumlah RM [] - [] untuk pengurusan mayat orang berinsurans yang meninggal dunia dan ingin menuntut pembayaran amaun Faedah Pengurusan Mayat.



Resit perbelanjaan pengurusan mayat - bagi pihak yang menuntut selain daripada bala/duda atau ibu/bapa (Per. 98 (1))

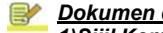
3.* Saya adalah *anak lelaki atau *anak perempuan yang tertua sekali yang masih hidup kepada orang berinsurans yang meninggal dunia dan ingin menuntut Faedah Pengurusan Mayat.

4.* Saya adalah *orang tanggungan atau *penjaga orang tanggungan, kepada orang berinsurans yang telah meninggal dunia menuntut apa-apa jua faedah yang layak untuk *saya atau / dan *orang tanggungan di bawah jagaan saya.

✗* Jumlah orang tanggungan [] MAKLUMAT ORANG TANGGUNGAN ADALAH SEPERTI BERIKUT:

Bil.	Nama Orang Tanggungan	No. Kad Pengenalan / Sijil Lahir	Tarikh Lahir	Hubungan dengan Orang Berinsurans	Status (Bagi anak :belajar/ cacat/ berkahwin) (Bagi adik :berkahwin)
[]					
[]					
[]					
[]					
[]					

Gunakan helaian tambahan jika tidak mencukupi



1)Sijil Kematian

2)Pengenalan diri / Sijil kelahiran

3)Sijil Nikah / Daftar Perkahwinan

✓ Maklumat Bank adalah seperti berikut:

Nama Bank: _____

No. Akaun

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

✓ Saya mengaku maklumat dan butir-butir yang diberikan adalah betul sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya.

Tandatangan / cap ibu jari kanan pihak menuntut

Tarikh

Hari	Bulan	Tahun		

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

UNTUK KEGUNAAN PERKESO

TARIKH NOTIS :

[]	[]	[]	[]	[]
Hari	Bulan	Tahun		

Tandatangan penerima: _____

Nama:

Jawatan:

COP
TARIKH TERIMA