



TUNTUTAN FAEDAH KEMALANGAN MAUT

1. Borang ini hendaklah dilengkapkan oleh Polis (Sekiranya laporan polis telah dibuat atau kes kemalangan sedang dalam penyiasatan) atau oleh pihak hospital / doktor yang memberi rawatan kecemasan semasa kemalangan.
2. Laporan Post Mortem atau Autopsi perlu disertakan bersama borang tuntutan ini.
3. Sebarang kos yang timbul untuk melengkapkan borang ini akan ditanggung oleh penuntut.

Sila lengkapkan borang ini sebaik mungkin. Kerjasama anda akan mempercepatkan proses tuntutan.

1. Nama Si-Mati _____ No Kad Pengenalan _____

2. Tarikh & Masa Kemalangan _____

3. Bentuk Kemalangan (Sila tandakan satu sahaja) :-

- | | |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kemalangan Trafik Jalan Raya | <input type="checkbox"/> Jatuh dari tempat tinggi / bangunan |
| <input type="checkbox"/> Mati Lemas | <input type="checkbox"/> Kemalangan Industri / di tempat kerja |
| <input type="checkbox"/> Kebakaran | <input type="checkbox"/> Kemalangan udara / keretapi / kapal |
| <input type="checkbox"/> Letupan | <input type="checkbox"/> Semasa Bersukan |
| <input type="checkbox"/> Lain-lain : Sila nyatakan _____ | |

4. Bagaimana kemalangan itu berlaku ? _____

5. Adakah anda mengesyaki si-mati meminum alkohol atau mengambil dadah ?

- Ya Tidak

Sekiranya "Ya", adakah contoh air kencing atau darah dihantar untuk ujian lanjut ?

- Ya Tidak

6. Pada pendapat / dari penyiasatan anda, adakah kematian simati berpunca dari kemalangan ?

- Ya Tidak

Sekiranya "Tidak", pada pendapat anda, apakah yang menyebabkan kematian ini ?

Sila jelaskan _____

7. Sila berikan kami lain-lain maklumat berkenaan kemalangan atau si-mati yang pada pendapat anda ada kaitan dengan kemalangan ini.

.....	Nama
Tandatangan & Cop Resmi	Tarikh
No Telefon	Kelayakan/Pangkat



ACCIDENTAL DEATH BENEFITS CLAIM

1. This form may be completed by the Police (if a report has been made or the accident is investigated) or by the hospital / doctor who attended to the emergency as a result of the accident.
2. A Post Mortem or Autopsy report is required to be submitted with this claim.
3. Any costs incurred in completing this form is borne by the claimant.

Please complete this form as fully as possible. Your kind assistance will expedite the claim processing.

1. Name of Deceased _____ NRIC No. _____

2. Date & Time of Accident _____

3. Nature of the Accident (Please tick only one) :-

- | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Road Traffic Accident | <input type="checkbox"/> Fall From Height / Building |
| <input type="checkbox"/> Drowning | <input type="checkbox"/> Industrial / Accident At Work |
| <input type="checkbox"/> Fire | <input type="checkbox"/> Air / Rail / Ship Disaster |
| <input type="checkbox"/> Explosion | <input type="checkbox"/> Sports Related |
| <input type="checkbox"/> Others : Please describe _____ | |

4. How did the accident happen ? _____

5. Was the Deceased suspected to be under the influence of any alcohol or drugs ?

- Yes No

If Yes, was there any sample of urine or blood sent for further test ?

- Yes No

6. In your opinion / investigation, do you think that death resulted from the accident ?

- Yes No

If No, what do you think was the cause of death ? Please detail _____

7. Please provide us with any other additional information about the accident or Deceased that you may think is relevant.

Name _____

Date _____

Qualifications / Rank _____

Signature & Official Stamp

Telephone No. _____