



اينسورنس ناسيونل

National Insurance Company Berhad

(Incorporated in Negara Brunei Darussalam)

Head Office : Units 12 & 13, Block A, Regent Square, Simpang 150, Kampong Kiarong
Bandar Seri Begawan BE1318 Negara Brunei Darussalam
P. O. Box 1251, Bandar Seri Begawan BS8672, Negara Brunei Darussalam
Tel: 242 6868, 245 0800, 222 6222, 223 3999 Fax: 242 9686 (Administration / Claims)
Email: insurance@brunet.bn

Kuala Belait : Unit 20, Block C, Lot 8989, Jalan Pandan Tujuh, Kuala Belait KA1931
Negara Brunei Darussalam
P.O.Box 1336, Kuala Belait KA1189, Negara Brunei Darussalam
Tel : 333 1222, 333 6468, 333 2038 Fax : 334 2191
Email: kb@national.com.bn

BORANG TUNTUTAN PAMPASAN PEKERJA WORKMEN'S COMPENSATION CLAIM FORM

DOKUMEN YANG PERLU DI SERTAKAN: DOCUMENTS REQUIRED TO BE SUBMITTED:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1) Borang Tuntutan Pempasan Perkerja
<i>Workmen's Compensation Claim Form</i> | ☐ |
| 2) Salinan BUR 555 / 500
<i>Copy of BU500/BUR555</i> | ☐ |
| 3) Salinan kad pengenalan / pasport pekerja tercedera
<i>Copy of I/C/Passpot of injured worker</i> | ☐ |
| 4) Salinan Borang A (Kepada Jabatan Buruh)
<i>Copy of Form A (To Labour Dept)</i> | ☐ |
| 5) Salinan Lapuran Tuntutan Perubatan
<i>Medical Report/Original Medical Bills</i> | ☐ |
| 6) Salinan Gaji (Enam bulan yang lalu)
<i>Copies of Salary Vouchers (past 6 months)</i> | ☐ |
| 7) Salinan Kontrak perjanjian Jabatan Buruh
<i>Copies of Labour Contract Agreement</i> | ☐ |

PENERIMAAN BORANG INI TIDAK BERMAKSUD TANGGUNGAN TELAH DIAKUI ATAU PEMBATALAN KEADAAN YANG BERKEMUNGKINAN TELAH DILANGGAR OLEH YANG DIINSURKAN PADA MANA-MANA BAHAGIAN PIHAK SYARIKAT.

ACCEPTANCE OF THIS NOTIFICATION DOES NOT CONSTRUCT ANY ADMISSION OF LIABILITY OR WAIVER ON THE PART OF THE COMPANY OF ANY BREACH OF THE CONDITIONS THE INSURED MAY HAVE BREACHED.

BORANG TUNTUTAN PAMPASAN PEKERJA **WORKMEN'S COMPENSATION CLAIM FORM**

PERINGATAN / REMINDER

- Pemegang Polisi diwajibkan memberi maklumat-maklumat yang betul dan lengkap.**
The Insured must give full and correct information.
- Syarikat tidak akan melayan tuntutan yang dihadapkan sekiranya borang ini tidak diisi dengan lengkap dan sepenuhnya.**
The Company will not entertain any claim if the information given is incomplete.
- Penerimaan borang ini tidak bermaksud tanggungan telah diakui atau pembatalan sebarang pelanggaran keadaan yang berkemungkinan telah dilanggar oleh yang diinsurankan pada mana-mana bahagian pihak Syarikat.**
Acceptance of this notification does not construe any admission of liability or waiver on the part of the Company of any breach of the conditions the Insured may have breached.
- Sekiranya berlaku mana-mana kejadian yang boleh menimbulkan tuntutan daripada pihak ketiga, tiada pengakuan tawaran, janji atau bayaran boleh dibuat oleh atau bagi pihak Pemegang Polisi tanpa kebenaran bertulis daripada Syarikat. Apa-apa komunikasi yang dibuat oleh pihak ketiga hendaklah dikemukakan kepada Syarikat dengan serta merta tanpa dijawab.**
In the event of any occurrence which may give rise to a third party claim, no admission, offer, promise or payment shall be made by or on behalf of the Insured without the written consent of the Company. All correspondence made by the third party must be forwarded to the Company immediately unanswered.

1) RUJUKAN TUNTUTAN CLAIM REF.	2) NO. POLISI POLICY NO.	3) JUMLAH INSURANS SUM INSURED	4) TARIKH MANSUR EXPIRY DATE

5) NAMA PEMENGANG POLISI / DETAILS OF POLICY HOLDER	
ALAMAT MAJIKAN / EMPLOYER'S ADDRESS	NO. TEL / TEL NO. E-MEL / E-MAIL ADDRESS

6) BUTIR-BUTIR PEKERJA / DETAILS OF INJURED WORKER	NO.KAD PENGENALAN/ IDENTITY CARD NO.
NAMA / NAME	
ALAMAT / ADDRESS	KERAYATAN / NATIONALITY

7)	Nyatakan pekerjaan pekerja yang tercedera. <i>State occupation in which the injured person is employed</i>
8)	Adakah yang tercedera sedang bekerja ditempat bekerja ketika kemalangan berlaku? <i>Was the injured person engaged in the above occupation when the accident occurred?</i>
9)	Adakah yang tercedera bekerja dibawah anda? Jika tidak berikan nama dan alamat majikan. <i>Is the injured person in your direct employ? If not, give name and address of employer.</i>
10)	Bila yang tercedera mula berkhidmat dengan anda? <i>When did the injured person enter your service?</i>
11)	Adakah yang tercedera mengalami kecacatan fizikal sebelum kecederaan berlaku? <i>Was the injured person suffering from any physical defect before the accident?</i>
12)	Adakah yang tercedera sedang menerima pampasan oleh kerana kecacatan yang dihadapi dulu. <i>Is the injured person in receipt of compensation for a previous incapacity?</i>
13)	Nyatakan nama hospital dimana yang tercedera dihantar, pesakit luar atau dalam, nyatakan samada masih di hospital atau bila dikeluarkan. <i>Name of hospital to which the injured person was sent. In or Out patient? State whether still in hospital, or when discharged.</i>
14)	Adakah yang tercedera telah menjalankan pemeriksaan perubatan? Jika ya, sila lampirkan lapuran. Jika tidak adakah pemeriksaan perubatan percuma diberi? <i>Has the injured person been medically examined? If so, please attach report. If not, was free Medical examination offered?</i>
15)	Nyatakan samada sudah balik bekerja dan jika ya, bila? <i>State whether worker has returned to work, and if so, when?</i>
16)	Apakah jangkamasa tempoh kecacatan (anggaran)? <i>What is the probable period of incapacity (approximate)?</i>
17)	Apakah kerja yang sedang biasanya dibuat? <i>What was the general nature of the work being performed by the injured person?</i>
18)	Apakah kecederaan yang dialami dan dimanakah ianya dialami? <i>What is the nature and areas of injury?</i>
19)	Adakah yang tercedera dibawah penaruh minuman keras atau dadah pada masa kemalangan? <i>Was the injured person under the influence of intoxicating liquor or drugs at the time of the accident?</i>
20)	Bagi pendapat awda, adakah yang tercedera bertanggungjawab keatas kemalangan tersebut? <i>In your opinion, was the injured person responsible for the accident?</i>
21)	Sudahkah kemalangan ini dilaporkan kepada Pesuruhjaya Buruh? <i>Has the accident been reported to the Commissioner of Labour?</i>

- 22) Jika pekerja telah mati akibat kecelakaan, adakah di mati mempunyai tanggungan? Nyatakan nama, alamat, jantina, hubungan, umur dan pekerjaan (jika ada)

THE EARNINGS

- 24) Tujuan ini adalah untuk memastikan pendapat bulanan yangpekerja tercedera. Oleh itu ianya penting supaya diisi dengan cermat dan betul.
The object of this is to ascertain the exact Monthly Earnings of the injured person. It is therefore essential that it should be carefully and correctly filled in.
- 25) Jika yang tercedera telah bekerja lebih dari setahun pemegang polisi MESTI MENUNJUKKAN gaji bagi seta setahun yang dibayar kepada orang yang tercedera, termasuk bayaran kerja lebih masa, bonus dan elauin lain.
If the injured person has been employed for more than ONE year, the Insured MUST SHOW the wages for the whole year Paid to the injured person including payment for overtime, bonus and other allowances.
- 26) Jika yang tercedera telah bekerja kurang dari setahun, gaji yang dibayar bagi tempoh tersebut.
If the injured person has been employed for less than 1 year, the wages paid for such period.

TAHUN / YEAR	BULAN / MONTH	PENDAPATAN BULANAN/ GROSS MONTHLY EARNINGS	BONUS/GAJI TAHUNAN/TAMBAHAN/ELAUN LAIN/ BONUS/ANNUAL WAGES/SUPPLEMENT/OTHER ALLOWANCE
JUMLAH/TOTAL			

27) AKUAN OLEH PEMEGANG POLISI DECLARATION BY THE INSURED

Bahawa dengan ini adalah saya/kami mengakui dan mengesahkan sepanjang pengetahuan saya/kami pernyataan pernyataan terkandung di atas adalah benar dan lengkap dan saya/kami tidak menyembunyi, menyalah tafsir, memalsukan atau memberi pernyataan pernyataan yang tidak benar mengenai apa-apa keterangan penting.

I/We to the best of my/our knowledge hereby declare that the above statements and particulars are correct and complete in every respect and I/We have not concealed, misrepresented or mis-stated any material fact.

Sekira-nya borang ini dipenuhi oleh orang lain bagi pihak saya/kami maka saya/kami mengaku bahawa apa-apa pernyataan yang dibuat oleh mereka adalah disifatkan sebagai pernyataan saya/kami sendiri dan saya/kami mengaku bertanggungjawab dengan pernyataan-pernyataan tersebut.

I/We agree that if such statements and particulars were filled in by any other person, such person shall be deemed to have been my/our representative for the purpose of filling in this form and the statements and particulars shall be binding upon me/us.

Saya/Kami seterusnya mengaku akan memberi kerjasama yang sesungguhnya dan sepenuhnya kepada Syarikat serta mana-mana pihak lain yang mewakili Syarikat bersabit dengan tuntutan tersebut.

I/We hereby agree to give my/our fullest cooperation to the Company or its representative in relation to this claim.

Saya/kami dengan ini bersetuju dengan penggunaan maklumat dan pernyataan pernyataan di atas bagi tujuan mendapat khimad guaman berhubung dengan tuntutan ini.

I/We hereby consent to use of the above particulars and information for the dominant purpose of obtaining legal advice in relation to this claim.

Tandatangan Majikan
Signature of Insured

Tarikh / Date :

Borang Tuntutan Pempasan Kerja/ Workmen's Compensation Claim Form.

Diterima di National Insurance Co Bhd pada _____

Received at National Insurance Co Bhd on _____

oleh _____

by _____

PERINGATAN / REMINDER

Sekiranya berlaku mana-mana kejadian yang boleh menimbulkan tuntutan daripada pihak ketiga, tiada pengakuan tawaran, janji atau bayaran boleh dibuat oleh atau bagi pihak Pemegang Polisi tanpa kebenaran bertulis daripada Syarikat. Apa-apa komunikasi yang dibuat oleh pihak ketiga hendaklah dikemukakan kepada Syarikat dengan serta merta tanpa dijawab.

In the event of any occurrence which may give rise to a third party claim, no admission, offer, promise or payment shall be made by or on behalf of the Insured without the written consent of the Company. All correspondence made by the third party must be forwarded to the Company immediately unanswered.