

WORKMEN'S COMPENSATION INSURANCE NOTICE OF ACCIDENT FORM	 PROGRESSIVE INSURANCE BHD (19002-P) 6th, 9th & 10th Floor, Menara BGI, Plaza Berjaya, No. 12, Jalan Imbi, 55100 Kuala Lumpur. P.O. Box 10028, 50700 Kuala Lumpur. Tel: 03-21188000 Fax: 03-21188100(Claims) Website: www.progressiveinsurance.com.my	BORANG NOTIS KEMALANGAN INSURANS PAMPASAN PEKERJA
---	--	--

BRANCH NETWORK / RANGKAIAN CAWANGAN			
BUTTERWORTH	2755, Ground & 1st Floor, Jalan Chain Ferry, Taman Inderawasih, 13600 Prai, Seberang Prai Tengah, Penang.	Tel: +60 4397 7128	Fax: +60 4397 7126
JOHOR BAHRU	No. 17-01, Jalan Kebun Teh 1, Pusat Perdagangan Kebun Teh, 80250 Johor Bahru, Johor.	Tel: +60 7227 0991/2	Fax: +60 7227 0996
MELAKA	13-A, Jalan Melaka Raya 24, Taman Melaka Raya, 75000 Melaka.	Tel: +60 6288 3831	Fax: +60 6288 3832
KOTA KINABALU	Ground Floor & 7th Floor, Wisma Perkasa, Jalan Gaya, Kota Kinabalu, Sabah, P.O. Box 13936, 88845 Kota Kinabalu, Sabah.	Tel: +60 8824 4216	Fax: +60 8821 8004
KUCHING	Sublot 11&12, Lots 9966 & 9967, First Floor, Premier 101, Jalan Tun Jugah, 93350 Kuching, P.O. Box 2749, 93754 Kuching, Sarawak.	Tel: +60 8257 2019/30/31	Fax: +60 8257 2013
SANDAKAN	1st Floor, Lot 1, Block 3, Bandar Indah, Mile 4, North Road, 90000 Sandakan, Sabah.	Tel: +60 8923 8810	Fax: +60 8923 7709

N.B.

- 1) Full particulars of the accident are to be furnished by the Insured.
Butir penuh hendaklah diberi oleh Pihak Diinsuranskan.
- 2) The giving of the undermentioned information does not imply that the injured person is making, or will make a claim.
Pemberian maklumat yang tersebut di bawah tidak menandakan yang orang yang cedera membuat atau akan buat tuntutan.
- 3) This form is sent without prejudice to the terms and conditions of Policy and should not be regarded as waiver by the Company of any breach of the Policy conditions the Insured may have committed.
Borang ini dihantar tanpa prasangka kepada terma dan syarat Polisi dan tidak harus dianggap sebagai penepian oleh Syarikat mana-mana pelanggaran kepada syarat Polisi yang Pihak Diinsuranskan mungkin telah lakukan.
- 4) If any information is not readily available please forward this form without delay, and supply the missing information as soon as possible.
Jika sebarang maklumat tidak ada sila serahkan borang ini tanpa lengah dan bekalkan maklumat yang tiada secepat mungkin.
- 5) All communications received by the Insured concerning the accident to the employee should be forwarded at once to the Company.
Semua komunikasi yang diterima oleh Pihak Diinsuranskan berkenaan kemalangan kepada pekerja harus diserahkan segera kepada Syarikat.

INSURED / PIHAK DIINSURANSKAN	
1) Name / Nama : _____	
2) Address / Alamat : _____	
3) Business / Pemiagaan : _____	Policy No / No. Polisi : _____

INJURED PERSON / ORANG YANG CEDERA		
4) Name / Nama : _____	Age / Umur : _____	Sex / Jantina : _____
5) Address / Alamat : _____		
6) Occupation / Pekerjaan : _____		
7) Marital Status (If married, number of children of school age) / _____ <i>Taraf perkahwinan (Jika berkahwin, bilangan anak dalam umur persekolahan):</i>		

PARTICULARS OF THE ACCIDENT AND INJURY / BUTIR KEMALANGAN DAN KECEDERAAN	
8) On what work was he engaged in at the time of the accident? <i>Kerja apakah yang dia terlibat pada masa kemalangan?</i>	
9) Was he actually working when the accident occurred? <i>Adakah dia sebenarnya bekerja bila kemalangan berlaku?</i>	
10) Is he in your direct employ? If not, please give name and address of contractor <i>Adakah dia bekerja langsung dengan anda? Jika tidak, sila beri nama dan alamat kontraktor?</i>	
11) When did he enter your service? <i>Bilakah dia mula berkhidmat dengan anda?</i>	
12) Has he been medically examined? If not, was free medical examination offered? If so, please state: <i>Sudahkah dia menjalani pemeriksaan perubatan? Jika tidak, adakah pemeriksaan perubatan percuma ditawarkan? Jika ya, sila nyatakan:</i>	
a) Name & Address of hospital/clinic taken to <i>Nama & Alamat hospital/klinik yang dia dibawa</i>	
b) In or out-patient <i>Pesakit dalam atau luar</i>	
c) Whether still in hospital or when discharged <i>Sama ada masih dalam hospital atau bilakah dibenarkan keluar</i>	

13) Was he free from physical infirmity at the time of the accident? If not, give particulars <i>Adakah dia bebas daripada kerengsaan fizikal pada masa kemalangan? Jika tidak, beri butir</i>	
14) Are you satisfied that he has met with a bona-fide accident arising out of his employment? <i>Adakah anda puas hati bahawa dia telah mendapat kemalangan bona fide akibat daripada pekerjaannya?</i>	
15) State date he ceased work <i>Nyatakan tarikh yang dia tidak lagi bekerja</i>	
16) Is he able to do partial work? <i>Adakah dia boleh buat kerja sebahagian?</i>	
17) State date he resumed work <i>Nyatakan tarikh dia menyambung semula kerja</i>	
18) State the estimated period of disablement <i>Nyatakan tempoh anggaran hilang upaya</i>	
19) Date _____ Time _____ am/pm. Place _____ <i>Tarikh _____ Masa _____ pg/ptg. Tempat _____</i>	
20) State cause and full circumstances of accident <i>Nyatakan sebab dan keadaan terperinci kemalangan</i>	
21) State the date you received notice of the accident and from whom? If in writing, please attach to this form <i>Nyatakan tarikh anda terima notis kemalangan dan dari siapa? Jika bertulis, sila lampirkan kepada borang ini.</i>	
22) State names of persons who witnessed the accident <i>Nyatakan nama orang yang menyaksikan kemalangan</i>	
23) If accident was due to machinery or gearing, please state: <i>Jika kemalangan kerana jentera atau gear, sila nyatakan:</i> a) whether it was fenced or guarded <i>a) sama ada ia dipagar atau diadang</i> b) was it being cleaned whilst in motion? <i>b) adakah ia dibersihkan ketika bergerak?</i> c) did the workman receive proper training: <i>c) adakah pekerja telah terima latihan yang betul:</i> i. in the job he was performing at the time of the accident. <i>i. dalam kerja yang dia lakukan pada masa kemalangan</i> ii. in the use of the machine which caused the injury <i>ii. dalam penggunaan mesin yang menyebabkan kemalangan.</i>	
24) What was the general nature of the contract or work going on? <i>Apakah jenis am kontrak atau kerja yang sedang berjalan?</i>	
25) Was he under the influence of alcohol or drugs at the time of the accident? <i>Adakah dia di bawah pengaruh alkohol atau dadah pada masa kemalangan?</i>	
26) Was he guilty of any mis-conduct or disobedience to orders or rules? If so, please give full particulars <i>Adakah dia bersalah apa-apa salah laku atau keingkaran kepada arahan atau peraturan? Jika ya, sila beri butir penuh</i>	
27) State through whose negligence, if any, the accident occurred <i>Nyatakan melalui kecuaiannya siapa, jika ada, kemalangan berlaku</i>	
28) State nature of injury. If serious, please give details <i>Nyatakan jenis kecederaan. Jika parah, sila beri butir</i>	
29) State the date the accident was reported to the Labour Dept. <i>Nyatakan tarikh kemalangan yang dilaporkan kepada Jabatan Buruh</i>	
30) If accident was reported to Police, state when, report No. and Police Station <i>Jika kemalangan dilaporkan kepada Polis, nyatakan bila, No. laporan dan Balai Polis</i>	
31) Please give particulars of the accident _____ <i>Sila beri butir kemalangan</i> _____ _____ _____	

ADDITIONAL PARTICULARS FOR FATAL CASES ONLY / BUTIR TAMBAHAN BAGI KES YANG MEMBAWA MAUT SAHAJA

Please furnish
Sila beri

- 1) List of dependants, stating names, addresses, ages, relationships and occupations, if any.
Senarai tanggungan, menyatakan nama, alamat, umur, perhubungan dan pekerjaan, jika ada.
- 2) Date of Inquest, if any
Tarikh inkues, jika ada.
- 3) Post mortem report.
Laporan bedah siasiat.
- 4) Death Certificate and Burial Permit
Sijil Kematian dan Permit menguburkan
- 5) Police Report
Laporan Polis

Statement of wages of injured person earned in the present employment for the 6 months immediately prior to the date of the accident or wages earned during such shorter period as he may have been in the Insured's service.
Penyata gaji orang yang cedera yang diperolehi dalam pekerjaan sekarang bagi 6 bulan sebelum tarikh kemalangan atau gaji diperolehi semasa tempoh yang lebih pendek demikian sebagaimana dia mungkin berada dalam perkhidmatan Pihak Diinsuranskan.

Month <i>Bulan</i>	Wage <i>Gaji</i>	Bonus, value of free quarters and any other allowance <i>Bonus, nilai kediaman percuma dan apa-apa elaun</i>	Total <i>Jumlah</i>
TOTAL JUMLAH			

I/We solemnly declare that the foregoing particulars are true and correct in every respect.
Saya/kami isytiharkan dengan sungguh-sungguh bahawa butir yang di atas adalah benar dan betul dalam setiap segi.

DATE
TARIKH

SIGNATURE & COMPANY STAMP
TANDATANGAN & COP MAJIKAN

MEDICAL CERTIFICATE / SIJIL PERUBATAN

WORKMENS COMPENSATION ORDINANCE 1952 / *ORDINAN PAMPASAN PEKERJA 1952*

(for completion of form see notes below) / (*bagi menyiapkan borang lihat nota di bawah*)

Name / *Nama* : _____ Sex / *Jantina* : _____

Occupation / *Pekerjaan* : _____ I/C No. / *No. K/P*: _____

I, the undersigned Medical Officer/Practitioner, understand that the above claimant is making a claim for compensation under the Workmen's Compensation Ordinance and having examined the said claimant. I hereby certify that:-

Saya, Pegawai/Pengamal Perubatan yang bertandatangan di bawah, faham bahawa pihak menuntut yang di atas membuat tuntutan bagi pampasan di bawah Ordinan Pampasan Pekerja dan telah memeriksa pihak menuntut tersebut. Saya dengan ini mengesahkan bahawa:-

(1) To be best of my belief the claimant is _____ years of age.
Berdasarkan pertimbangan saya pihak menuntut berumur _____ tahun.

(2) The claimant is suffering from the following disease or disability _____
Pihak menuntut menderita penyakit atau kehilangan upaya yang berikut

(3) In my opinion the claimant has sustained the following degree of disablement as a result of the accident or occupation:-
Saya berpendapat pihak menuntut telah mengalami darjah hilang upaya yang berikut akibat kemalangan atau pekerjaan:-

(i) Total temporary disablement which is estimated to last from _____ to _____
Hilang upaya sementara menyeluruh yang dianggarkan berpanjangan dari ke

(ii) Partial temporary disablement is estimated to last from _____ to _____
Hilang upaya sementara sebahagian yang dianggarkan berpanjangan dari ke

(iii) No permanent disablement from _____ to _____
Tiada hilang upaya kekal dari ke

(iv) Total permanent disablement from _____ to _____
Hilang upaya kekal menyeluruh dari ke

(v) Partial permanent disablement as listed in the first Ordinance (see Note 1)
Hilang upaya kekal sebahagian sebagaimana disenaraikan di dalam Ordinan pertama (lihat Nota 1)

(vi) Partial permanent disablement in the form of physical impairment described hereunder:
Hilang upaya kekal sebahagian dalam bentuk kerosakan fizikal yang diterangkan di bawah ini:

As a result of which the claimant will not be able to accept employment in occupations which (see Note 2)
Akibatnya pihak menuntut tidak akan boleh menerima pekerjaan dalam pekerjaan yang (lihat Nota 2)

Date / *Bertarikh*: _____ Signature / *Tandatangan*: _____

Name and Qualification / *Nama dan Kelayakan* : _____

E-PAYMENT / PEMBAYARAN ELEKTRONIK

- 1) Progressive Insurance Bhd will not be liable for any financial loss due to incomplete or inaccurate information as provided below.
Progressive Insurance Bhd tidak akan bertanggungjawab ke atas sebarang kerugian kewangan akibat daripada maklumat yang tidak lengkap atau tepat sebagaimana di peruntukan di bawah.
- 2) For verification purpose, I am/we are pleased to provide my/our banking details together with a photocopy of the relevant page of the bank statement.
Untuk tujuan pengesahan, saya/kami lampirkan butiran perbankan saya bersama salinan penyata bank yang berkaitan.

Name of bank / Full address: <i>Nama bank / Alamat Penuh</i>			
Name of Account / Beneficiary: <i>Nama Akaun / Penerima</i>			
Bank Account No.: <i>No. Akaun Bank</i>			
IC No. / Company No.: <i>No. Kad Pengenalan/Syarikat</i>	New: <i>Baru</i>	Old : <i>Lama</i>	Co. No.: <i>No. Syarikat</i>
Telephone No: <i>No. Telefon</i>	Office/Home: <i>Pejabat/Rumah</i>	Mobile No: <i>Telefon Bimbit</i>	
Email Address (compulsory) : <i>Alamat Email (wajib)</i>			

I/We hereby agree to the above terms and conditions and declare that the information provided are true and correct.
Saya/Kami bersetuju dengan syarat-syarat yang tertera diatas dan mengesahkan segala maklumat di atas adalah benar dan betul.

 Authorised Signatory and Company stamp
Tandatangan / Chop Syarikat

Name:
Nama: _____

Position:
Jawatan: _____

Date:
Tarikh: _____

GOODS & SERVICE TAX (GST) QUESTIONNAIRE / SOALAN BERKAITAN CUKAI BARANG & PERKHIDMATAN

IMPORTANT: Please answer the following questions regarding your / your company's GST registration status in order for us to comply with the requirements of the Goods & Services Tax Act 2014. .
PENTING: Sila jawab soalan-soalan berikut tentang anda/status pendaftaran Cukai Barang & Perkhidmatan syarikat anda untuk membolehkan kami memenuhi keperluan Akta Cukai Barang & Perkhidmatan 2014.

INSURED'S DETAILS / BUTIR PEMEGANG POLISI

Insured Name/Company Name: <i>Nama Pemegang polisi/Syarikat</i>		FOR OFFICE USE: / UNTUK KEGUNAAN PEJABAT: Policy No: <i>No. Polisi</i>	
Address(1): <i>Alamat (1)</i>		Period of Insurance: <i>Tempoh Insurans</i>	
Address(2): <i>Alamat (2)</i>		Old IC/Business Registration No: <i>No. Kad Pengenalan Lama/No. Pendaftaran Perniagaan</i>	
Postcode: <i>Poskod</i>	Town/City: <i>Bandar</i>	State: <i>Negeri</i>	
Contact Details / Butiran Untuk Dihubungi : Office Phone / No. Telefon Pejabat:		No: Facsimile: <i>No. Faks</i>	Email address: <i>Alamat e-mail</i>

GOODS & SERVICE TAX REGISTRATION DETAILS / BUTIRAN PENDAFTARAN GST

1. Are you/is your company GST registered?
Adakah anda/syarikat anda berdaftar untuk GST?

- Yes, please give details / Jika ya, sila beri butirannya
 No / Tidak

GST Registration No:
No. Pendaftaran GST

Company Registration No:
No. Pendaftaran Syarikat

GST registration effective date:
Tarikh berkuatkuasa pendaftaran GST

GST applicable:
GST yang diguna Standard rated / Kadar Tetap Zero rated / Kadar kosong Exempted / Dikecualikan

* Please enclose a copy of your GST registration approval from Royal Malaysian Custom Department (RMCD) .
* Sila lampirkan salinan pendaftaran kelulusan GST yang disahkan oleh Jabatan Kastam Diraja Malaysia

2. If you have answered "Yes" to question 1, please answer the questions below:

Jika anda telah menjawab Ya untuk soalan 1, sila jawab soalan-soalan berikut:

- i) Are you entitled to claim GST incurred on this policy as Input Tax Credit (ITC)?
Adakah anda berhak untuk membuat tuntutan GST dibawah polisi ini sebagai ITC? Yes / Ya No / Tidak
- ii) Are you a GST registered sole proprietorship?
Adakah anda berdaftar sebagai peniaga tunggal GST? Yes / Ya No / Tidak
- iii) If you are a GST registered sole proprietorship, are you purchasing this policy for business purpose?
Jika anda berdaftar sebagai perniagaan tunggal GST adakah anda membeli polisi ini untuk kegunaan perniagaan? Yes / Ya No / Tidak
- iv) Is this policy purchased for Medical Insurance?
Adakah polisi ini dibeli untuk Insurans Perubatan? Yes / Ya No / Tidak

3. If you have answered "Yes" to question 2(iv), please answer the question below:

Jika anda telah menjawab Ya untuk soalan 2(iv) sila jawab soalan berikut:

- i) Please let us know if you are entitled to claim GST incurred on your Medical Insurance policy?
Sila beritahu adakah anda berhak membuat tuntutan GST dibawah polisi Insuran Perubatan? Yes / Ya No / Tidak
- ii) Is the insurance purchased in compliance to any of the following Act(s) ?
Adakah insurans yang dibeli mematuhi Akta-Akta yang berikut?
- Collective agreement under Industrial Relation Act 1967
 Social Securities Act 1952
 Workman 's Compensation Act 1952
 No, Purchase of the insurance is not due to any of the above Acts

CONFIRMATION / PENGESAHAN

I/We hereby confirm that the information provided above is true and correct.
Saya/ Kami mengesahkan bahawa maklumat diatas adalah benar dan betul.

Signature:
Tandatangan

Name:
Nama _____

Company Stamp:
Chop Syarikat _____

Designation:
Jawatan _____

Date:
Tarikh _____

Notice / Notis

For all intents and purposes where there is a conflict or ambiguity as to the meaning in the Bahasa Malaysia provisions, it is hereby agreed that the English version shall prevail.

Bagi setiap tujuan dan maksud sekiranya terdapat konflik atau keaburan berkenaan makna di dalam peruntukan Bahasa Malaysia, adalah dipersetujui bahawa versi Bahasa Inggeris akan digunakan.