

**Borang Permohonan**  
**Skim Perlindungan Kemalangan Diri Berkelompok KOPEKS**  
**(SPKDBK)**  
**KES TUNTUTAN KEMATIAN AKIBAT KEMALANGAN**

**Perhatian:**

Dokumen-dokumen yang dinyatakan seperti di bawah perlu dilampirkan bersama borang ini.

1. Surat pengesahan majikan (simati).
2. Salinan sijil kematian yang disahkan benar oleh Majikan/Unit Insurans Kopeks.
3. Bil rawatan, jika ada.
4. Surat Perintah Mahkamah Syariah/Jadual Tiga.
5. Salinan kad pengenalan pewaris.
6. Laporan polis, jika ada

**BAHAGIAN 1 : MAKLUMAT SIMATI**

No. anggota	:		No. K/P MyKad	:	
Nama simati	:				
Jabatan	:				
Tarikh & masa kematian, sila nyatakan	:				
Tempat kematian disahkan, sila nyatakan	:				
Punca kematian, sila nyatakan	:				
No. rujukan sijil kematian	:				
Tarikh & no. rujukan laporan polis dibuat, jika ada	:				

**BAHAGIAN 2 : MAKLUMAT PEWARIS**

Nama pewaris	:	
Hubungan dengan simati	:	
No. Tel. Pej/Rum/H/P	:	
Alamat	:	

Tandatangan pewaris/penuntut: \_\_\_\_\_ Tarikh : \_\_\_\_\_

**BAHAGIAN 3 : LAPORAN PERUBATAN**  
**(Dilengkapkan oleh Doktor/Pegawai Perubatan yang berkenaan)**

1.	Nama simati yang dirawat.	:
2.	Sila nyatakan tempoh simati diwadkan.	:
3.	Sila nyatakan tempoh cuti sakit diberikan.	:
4.	Adakah anda doktor kebiasaan kepada simati, jika ya	:
5.	Berapa lamakah anda mengenali simati?	:
6.	Pernahkah rawatan penyakit lain diberikan kepada simati?	:
7.	Adakah kematian ini disebabkan oleh kemalangan ataupun berpunca dari penyakit?	:
8.	Mungkinkah dalam rekod simati menyebabkan secara langsung atau sebaliknya kepada berlakunya kemalangan?	:
9.	Adakah anda mempunyai sebab untuk mensyaki kematian ini berpunca dari pengaruh alkohol atau dadah?	:
10.	Adakah pembedahan dilakukan ke atas simati, jika ya, sila berikan maklumat lanjut?	:
11.	Lain-lain maklumat yang difikirkan perlu.	
12.	Sila nyatakan dengan sepenuhnya punca kematian yang dialami.	

Saya/Kami mengesahkan bahawa punca kematian disebabkan berlakunya kemalangan, dan saya/kami mengaku bahawa maklumat dalam laporan ini benar dan betul.

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Doktor/Pegawai Perubatan

\_\_\_\_\_  
Nama Doktor/Pegawai Perubatan

\_\_\_\_\_  
Cop Rasmi Jabatan

\_\_\_\_\_  
Tarikh