

**Borang Permohonan
Skim Perlindungan Kemalangan Diri Berkelompok KOPEKS
(SPKDBK)**

KES TUNTUTAN KECEDEeraan AKIBAT KEMALANGAN

Perhatian:

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

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Surat pengesahan majikan. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bil rawatan, jika ada | <input type="checkbox"/> |
| 3. Salinan sijil cuti sakit yang disahkan benar oleh Majikan/Unit Insurans KOPEKS. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Salinan kad pengenalan yang disahkan oleh Majikan/Unit Insurans KOPEKS. | <input type="checkbox"/> |
| 5. Laporan doktor, jika ada | <input type="checkbox"/> |
| 6. Laporan polis, jika ada | <input type="checkbox"/> |

BAHAGIAN 1: MAKLUMAT PEMOHON

No. anggota	:	
Nama anggota	:	
No. K/P MyKad	:	
No. Tel. Pej/Rum/H/P	:	
Jabatan	:	
Tarikh & masa berlaku kemalangan, sila nyatakan	:	
Tempat berlaku kemalangan, sila nyatakan	:	
Tarikh & no. rujukan laporan polis dibuat, jika ada	:	
Bahagian anggota badan yang tercedera, sila nyatakan	:	

Saya mengesahkan bahawa maklumat yang diberikan di atas adalah benar, dan saya sedia maklum bahawa KOPEKS berhak untuk menolak permohonan ini jika berlaku penipuan terhadap maklumat yang diberikan.

Tandatangan pemohon : _____ Tarikh : _____

BAHAGIAN 2 : LAPORAN PERUBATAN
(Dilengkapkan oleh Doktor/Pegawai Perubatan yang berkenaan)

1.	Nama pesakit yang dirawat.	:
2.	Sila nyatakan tempoh pesakit diwadkan.	:
3.	Sila nyatakan tempoh cuti sakit diberikan.	:
4.	Adakah anda doktor kebiasaan kepada pesakit, jika ya	:
5.	Berapa lamakah anda mengenali pesakit?	:
6.	Pernahkah rawatan penyakit lain diberikan kepada pesakit ini?	:
7.	Adakah kecederaan ini disebabkan oleh kemalangan ataupun berpunca dari penyakit?	:
8.	Mungkinkah dalam rekod pesakit menyebabkan secara langsung atau sebaliknya kepada kemalangan?	:
9.	Adakah anda mempunyai sebab untuk mensyaki kemalangan ini berpunca dari pengaruh alkohol atau dadah?	:
10.	Adakah pembedahan dilakukan ke atas pesakit, jika ya, sila berikan maklumat lanjut?	:
11.	Berapa lama tempoh ketidakupayaan pesakit menjalankan apa-apa tugas/pekerjaan (temporary total disablement)	:
12.	Berapa lama pesakit tidak berupaya menjalankan apa-apa tugas/pekerjaan (temporary partial disablement)	:
13.	Adakah pesakit masih lagi mengalami apa-apa keilatan? Jika tidak, sila nyatakan tarikh pemulihan.	:
14.	Nyatakan peratusan keilatan kekal yang dialami pesakit (dari keupayaan 100% anggota badan yang tercedera), jika ada	:
15.	Lain-lain maklumat difikirkan perlu.	
16.	Sila nyatakan punca kecederaan yang dialami dan keadaan terkini pesakit (sertakan laporan berasingan jika perlu)	

Saya/Kami mengesahkan bahawa kecederaan yang dialami oleh pesakit berpunca dari 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