

ACCIDENTAL DEATH BENEFITS CLAIM

CLAIMS DEPARTMENT
303 JALAN AMPANG
50450 KUALA LUMPUR

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) :-

Road Traffic Accident Fall From Height / Building

Drowning Industrial / Accident At Work

Fire Air/Rail/Ship Disaster

Explosion Sports Related

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. _____

Signature & Official Stamp _____

Telephone No.: _____

Name: _____

Date: _____

Qualifications/Rank: _____

TUNTUTAN FAEDAH KEMALANGAN MAUT

JABATAN TUNTUTAN
303 JALAN AMPANG
50450 KUALA LUMPUR

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 Bedah Siasat 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 berlaku?

5. Adakah anda mengesyaki Si Mati meminum alkohol atau mengambil dadah? YES TIDAK

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

6. Pada pendapat /dari penyiasatan anda, adakah kematian Si Mati berpunca dari kemalangan? YES TIDAK

Sekiranya "Tidak", pada pendapat anda, apakah yang menyebabkan kematian ini? Sila nyatakan secara terperinci

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

Tandatangan & Cop Rasmi

No. Telefon:

Nama:

Tarikh:

Kelayakan/Pangkat:

Sekiranya wujud sebarang percanggahan atau pertikaian dalam penggunaan istilah dan/atau terma-terma di dalam risalah ini, rujukan akan dibuat mengikut risalah yang dikeluarkan dalam Bahasa Inggeris.