

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 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.

Certificate No.:

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. If 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 is relevant.	

Signature & Official Stamp

Telephone No.:

Name:

Date:

Qualifications / Rank:

TUNTUTAN MANFAAT KEMATIAN AKIBAT KEMALANGAN

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.

No. Sijil:

1. Nama Si Mati	No. Kad Pengenalan
2. Tarikh & Masa Kemalangan	
3. Bentuk Kemalangan (Sila tandakan satu sahaja):-	
☐ Kemalangan Trafik Jalan Raya	☐ Jatuh dari tempat tinggi / bangunan
☐ Mati Lemas	☐ Kemalangan Industri / Di tempat kerja
☐ Kebakaran	☐ Kemalangan Udara / Keretapi / Kapal
☐ Letupan	☐ Semasa bersukan
☐ Lain-lain : Sila nyatakan	
4. Bagaimana kemalangan berlaku?	
5. Adakah Si Mati disyaki di bawah pengaruh alkohol / dadah?	
☐ YA ☐ TIDAK	
Sekiranya "Ya", adakah contoh air kencing atau darah dihantar untuk ujian lanjut?	
☐ YA ☐ TIDAK	
6. Pada pendapat / dari penyiasatan anda, adakah kematian Si Mati berpunca dari kemalangan?	
☐ YA ☐ TIDAK	
Sekiranya "Tidak", pada pendapat anda, apakah yang menyebabkan kematian ini?	
7. Sila berikan kami maklumat tambahan yang relevan mengenai kemalangan atau mengenai Si Mati jika ada.	

Tandatangan & Cop Rasmi

No. Telefon:

Nama:

Tarikh:

Kelayakan / Pangkat: