

**TUNTUTAN HILANG UPAYA PENUH KEKAL (HUPK) DAN
HILANG UPAYA SEPARA KEKAL (HUSK) AKIBAT KEMALANGAN**

Bil	Tuntutan HUPK Akibat Kemalangan	Tuntutan HUSK Akibat Kemalangan	Jumlah Salinan	Ada/Tidak
1.	Surat Iringan	Surat Iringan	1 salinan	
2.	Salinan BAT C 10/MyTentera/Mykad	Salinan BAT C 10/MyTentera/Mykad	2 salinan	
3.	Borang Tuntutan Kecederaan (Kembaran G)	Borang Tuntutan Kecederaan (Kembaran G)	2 salinan	
4.	Borang Laporan Perubatan Kecacatan Kekal (Kembaran D) *	Borang Laporan Perubatan Kecacatan Kekal (Kembaran D) *	2 salinan	
5.	Salinan laporan polis *	Salinan laporan polis *	2 salinan	
6.	Surat Pemberhentian Kerja akibat kesihatan	Fotografi/Gambar penuh yang menunjuk kecacatan	2 salinan	
7.	Salinan lain-lain dokumen sokongan yang berkaitan dengan kemalangan	Salinan lain-lain dokumen sokongan yang berkaitan dengan kemalangan	2 salinan	
8.	BAT F117/ Borang Pengesahan Kecederaan	BATF117/ Borang Pengesahan Kecederaan	1 salinan	

* Kembaran D perlu dilengkapi selepas 1 tahun dari tarikh kecederaan. (bagi kecederaan yang berlaku pada 1 Mac 2014 ke hadapan)

* Lengkap dengan tandatangan Pegawai Polis/ Pengesahan Balai Polis.

Peringatan

1. Semua salinan dokumen hendaklah disahkan oleh Ajutan/ Pegawai Pemerintah/ Pegawai Memerintah/ Majikan.
2. Setiap salinan dokumen yang dibuat mestilah terang dan jelas.
3. KT hanya akan memproses dokumen tuntutan yang lengkap sahaja, dokumen yang tidak lengkap akan dikembalikan kepada Peserta/ Pasukan.
4. **KT akan memaklumkan kepada Peserta jika Pengendali Takaful memerlukan dokumen tambahan.**
5. Kos Laporan Perubatan Kecacatan Kekal (Kembaran D) ditanggung oleh Peserta dan ditolak terus daripada jumlah manfaat yang akan diterima:
 - Laporan Perubatan oleh Doktor Pakar/ Biasa ATM - RM 80.00
6. **Tuntutan yang dimajukan kepada KT selepas 2 tahun daripada tarikh kemalangan akan ditolak.**
7. Untuk maklumat lanjut, sila rujuk Buku Garis Panduan Skim Takaful Berkelompok ATM, atau hubungi Koperasi Tentera, Bahagian Insurans Tel: 03-4027 2675/2676/2785/5405 Fax: 03-4021 0246



**KOPERASI
TENTERA**

**BORANG LAPORAN HILANG UPAYA PENUH
& KEKAL (HUPK) / HILANG UPAYA SEPARA
& KEKAL (HUSK) AKIBAT KEMALANGAN**

(Pindaan 3/2015) **Kembaran G**

KT/INS/STBATM/T01 (01/2015)

BHG. I (Diisi oleh Peserta & disahkan oleh Pegawai Memerintah/Pemerintah/Majikan)

1. Nama Penuh : _____
2. BAT C 10 A /
MyTentera / MyKad : _____
3. Pangkat : _____
4. Pasukan : _____

Butir-butir Kemalangan

5. a) Tarikh & Tempat kejadian: _____ masa _____ di _____
- b) Keterangan ringkas kejadian: _____
- c) Bahagian yang cedera

☐ Kepala	☐ Bahu	☐ Peha	☐ Muka
☐ Lengan	☐ Betis	☐ Mata	☐ Tangan
☐ Jari Kaki	☐ Lain-lain (Nyatakan) _____	☐ Jari Tangan	☐ Kaki

Nama dan alamat doktor yang merawat kecederaan yang sama

Nama Doktor	Klinik / Hospital	Tarikh Rawatan

BHG. II (Diisi oleh Pegawai Memerintah/ Pemerintah/ Majikan)

1. Keterangan Ringkas Perihal Kecederaan
*Sila lampirkan salinan lain sekiranya ruangan tidak mencukupi

2. a) Adakah kecederaan ini berlaku dalam tugas : YA / TIDAK
b) Jika YA, nyatakan tugas tersebut:

Tarikh _____ Tandatangan Pegawai Memerintah/ Pemerintah/ Majikan dan Cop Jawatan _____

PENGISYTIHARAN

Dengan ini saya mengisytiharkan bahawa saya telah mengalami kecederaan seperti yang dinyatakan di atas dan membuktikan kebenaran perkara-perkara di atas dalam segala segi dan bersetuju jika saya telah membuat atau akan membuat, apa-apa pernyataan atau tidak benar, menyekat atau menyembunyikan, hak-hak saya dalam membuat tuntutan dengan secara mutlaknya terbatal.

Saya dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana doktor, hospital, klinik, Pengendali Takaful atau lain-lain organisasi, institusi dan sesiapa juga yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan mengenai saya atau kesihatan saya untuk memberi pihak Pengendali Takaful atau pihak KT sebarang keterangan atau semua maklumat mengenai kesihatan dan rekod rawatan perubatan dan sebarang kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan sakit atau penyakit saya dan salinan surat ini akan dianggap sah sebagai salinan asal.

Tandatangan Peserta

Nama: _____

Tandatangan Pegawai Memerintah/ Pemerintah/ Majikan dan Cop Jawatan

Nama: _____

Dipenuhi oleh Koperasi Tentera:

Jumlah Unit : _____

No Daftar Insurans : _____

Tandatangan Pengurus Bahagian Insurans, Koperasi Tentera atau Pegawai yang dibenarkan dan Cop Jawatan

Nama: _____ Tarikh: _____



**KOPERASI
TENTERA**

**BORANG LAPORAN HILANG UPAYA PENUH
& KEKAL (HUPK) / HILANG UPAYA SEPARA
& KEKAL (HUSK) AKIBAT KEMALANGAN**

(Pindaan 3/2015) **Kembaran G**

KT/INS/STBATM/T01 (01/2015)

BHG. I (Diisi oleh Peserta & disahkan oleh Pegawai Memerintah/Pemerintah/Majikan)

1. Nama Penuh : _____
2. BAT C 10 A /
MyTentera / MyKad : _____
3. Pangkat : _____
4. Pasukan : _____

Butir-butir Kemalangan

5. a) Tarikh & Tempat kejadian: _____ masa _____ di _____
- b) Keterangan ringkas kejadian: _____
- c) Bahagian yang cedera

☐ Kepala	☐ Bahu	☐ Peha	☐ Muka
☐ Lengan	☐ Betis	☐ Mata	☐ Tangan
☐ Jari Tangan	☐ Kaki	☐ Jari Kaki	☐ Lain-lain (Nyatakan) _____

Nama dan alamat doktor yang merawat kecederaan yang sama

Nama Doktor	Klinik / Hospital	Tarikh Rawatan

BHG. II (Diisi oleh Pegawai Memerintah/ Pemerintah/ Majikan)

1. Keterangan Ringkas Perihal Kecederaan
*Sila lampirkan salinan lain sekiranya ruangan tidak mencukupi

2. a) Adakah kecederaan ini berlaku dalam tugas : YA / TIDAK
b) Jika YA, nyatakan tugas tersebut:

Tarikh _____ Tandatangan Pegawai Memerintah/ Pemerintah/ Majikan dan Cop Jawatan _____

PENGISYTIHARAN

Dengan ini saya mengisytiharkan bahawa saya telah mengalami kecederaan seperti yang dinyatakan di atas dan membuktikan kebenaran perkara-perkara di atas dalam segala segi dan bersetuju jika saya telah membuat atau akan membuat, apa-apa pernyataan atau tidak benar, menyekat atau menyembunyikan, hak-hak saya dalam membuat tuntutan dengan secara mutlaknya terbatal.

Saya dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana doktor, hospital, klinik, Pengendali Takaful atau lain-lain organisasi, institusi dan sesiapa juga yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan mengenai saya atau kesihatan saya untuk memberi pihak Pengendali Takaful atau pihak KT sebarang keterangan atau semua maklumat mengenai kesihatan dan rekod rawatan perubatan dan sebarang kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan sakit atau penyakit saya dan salinan surat ini akan dianggap sah sebagai salinan asal.

Tandatangan Peserta

Nama: _____

Tandatangan Pegawai Memerintah/ Pemerintah/ Majikan
dan Cop Jawatan

Nama: _____

Dipenuhi oleh Koperasi Tentera:

Jumlah Unit : _____

No Daftar Insurans : _____

Tandatangan Pengurus Bahagian Insurans, Koperasi Tentera
atau Pegawai yang dibenarkan dan Cop Jawatan

Nama: _____ Tarikh: _____


**KOPERASI
TENTERA**

BORANG LAPORAN HILANG UPAYA PENUH & KEKAL (HUPK) / HILANG UPAYA SEPARA & KEKAL (HUSK) AKIBAT KEMALANGAN

MEDICAL REPORT

To be completed by a legally qualified and registered Angkatan Tentera Malaysia (ATM) physician at member's own expenses after 1 year from date of injury. The process to be completed not later than 2 years depend on terms and condition.

1. GENERAL INFORMATION

Name: _____ Service No./IC: _____

a) Date of Assessment: _____ b) Date of Last PULHEEMS: _____

i. PULHEEMS Status ☐ FE ☐ LE ☐ BE ☐ NIL ☐ UNFIT

c) Accident Information:

i. Date: ____/____/____ (dd/mm/yyyy) ii. Time: _____ iii. Location: _____ iv. MVA/ Sport/ Training/ Operational

Other Please Specify: _____

d) Are the patient's symptoms solely due to above said accident? ☐ Yes ☐ No

e) If "NOT" are there traceable to previous injury?

f) Was the condition self-inflicted? If "YES", please provide full details. ☐ Yes ☐ No

g) Were the patient's injuries/ condition/ incident caused or contributed by:

i. Attempted Suicide ☐ Yes ☐ No

ii. Illness/ Disease (Please provide details of illness.) ☐ Yes ☐ No

iii. Under the influence of alcohol/ drugs/ substance abuse ☐ Yes ☐ No

h) Pre Existing Condition (eg. Arthritis, HPT, Diabetes Mellitus)

2. EXAMINATION FINDINGS (BODILY INJURIES)

If the injuries involves any loss of range of motion, please specify the exact range of motion of the effected joint

a) List Injuries:

b) Clinical Finding:

c) Please provide the Permanent Disability Assessment in details as per Guides of the evaluation of Permanent Impairment. The impairment will be assessed as a whole person

d) Is the patient able to perform ALL the 6 activities of Daily living (ADL) without assistance? The 6 ADL include transfer, mobility, continence, dressing, bathing/ washing and eating. If "NOT" Please state is/are the ADL, the patient is/are unable to perform independently. ☐ Yes ☐ No

e) Was any Surgery done? ☐ Yes ☐ No

If "Yes" kindly state the date ____/____/____ (dd/mm/yyyy) and detail of surgery done _____

f) Was he/she referred from any hospital? ☐ Yes ☐ No

If "Yes" kindly state the name of Hospital/ RSAT/ PPAT/ Clinic _____

g) For the amputation, please state the length of stump.

3. EXAMINATION FINDINGS (EARS) IF APPLICABLE

a) Please tick degree of hearing loss (Based on Pure Tone Audiometry)

Right Ear ☐ <70dB ☐ 70dB ☐ >70dB

Left Ear ☐ <70dB ☐ 70dB ☐ >70dB

b) Please provide the Permanent Disability Assessment in the details as per Guide of the Evaluation

i. Decibel Sum Hearing Loss Threshold of Right Ear at (500,1000,2000,3000)Hz = _____ dB

ii. Decibel Sum Hearing Loss Threshold of Left Ear at (500,1000,2000,3000)Hz = _____ dB

4. EXAMINATION FINDINGS (EYE) IF APPLICABLE

a) State the visual acuity of both eyes?

i. Non Aided/ Non Corrected : Right Eye Left Eye

ii. Aided/ Corrected : _____

b) Is this impairment will be permanent (Achieved Maximum Medical Improvement)? ☐ Yes ☐ No

c) Please provide the Permanent Disability Assessment in details as per Guides of the Evaluation of Permanent Impairment. The impairment will be assessed as whole body

5. CONCLUSION

a) Will heal without any significant residual functional impairment ☐

b) Will lead to permanent impairment ☐

c) Has resulted in permanent disability ☐

d) Will deteriorate further ☐

e) Should this person be restricted from any activity/ sports or training? ☐ Yes ☐ No

f) What would be his/ her expected PULHEEMS

☐ FE ☐ LE ☐ BE ☐ NIL ☐ UNFIT

I hereby declare that the answers are true to the best of my knowledge

Signature

Name of Physician (Stamp) : _____

Hospital/ Clinic (Stamp) : _____

Date : ____ / ____ / ____ (dd/mm/yyyy)



MEDICAL REPORT

To be completed by a legally qualified and registered Angkatan Tentera Malaysia (ATM) physician at member's own expenses after 1 year from date of injury. The process to be completed not later than 2 years depend on terms and condition.

1. GENERAL INFORMATION

Name: _____ Service No./IC: _____

a) Date of Assessment: _____ b) Date of Last PULHEEMS: _____

i. PULHEEMS Status ☐ FE ☐ LE ☐ BE ☐ NIL ☐ UNFIT

c) Accident Information:

i. Date: ____/____/____ (dd/mm/yyyy) ii. Time: _____ iii. Location: _____ iv. MVA/ Sport/ Training/ Operational

Other Please Specify: _____

d) Are the patient's symptoms solely due to above said accident? ☐ Yes ☐ No

e) If "NOT" are there traceable to previous injury?

f) Was the condition self-inflicted? If "YES", please provide full details. ☐ Yes ☐ No

g) Were the patient's injuries/ condition/ incident caused or contributed by:

i. Attempted Suicide ☐ Yes ☐ No

ii. Illness/ Disease (Please provide details of illness.) ☐ Yes ☐ No

iii. Under the influence of alcohol/ drugs/ substance abuse ☐ Yes ☐ No

h) Pre Existing Condition (eg. Arthritis, HPT, Diabetes Mellitus)

2. EXAMINATION FINDINGS (BODILY INJURIES)

If the injuries involves any loss of range of motion, please specify the exact range of motion of the effected joint

a) List Injuries:

b) Clinical Finding:

c) Please provide the Permanent Disability Assessment in details as per Guides of the evaluation of Permanent Impairment. The impairment will be assessed as a whole person

d) Is the patient able to perform ALL the 6 activities of Daily living (ADL) without assistance? The 6 ADL include transfer, mobility, continence, dressing, bathing/ washing and eating. If "NOT" Please state is/are the ADL, the patient is/are unable to perform independently. ☐ Yes ☐ No

e) Was any Surgery done? ☐ Yes ☐ No

If "Yes" kindly state the date ____/____/____ (dd/mm/yyyy) and detail of surgery done _____

f) Was he/she referred from any hospital? ☐ Yes ☐ No

If "Yes" kindly state the name of Hospital/ RSAT/ PPAT/ Clinic _____

g) For the amputation, please state the length of stump.

3. EXAMINATION FINDINGS (EARS) IF APPLICABLE

a) Please tick degree of hearing loss (Based on Pure Tone Audiometry)

Right Ear ☐ <70dB ☐ 70dB ☐ >70dB

Left Ear ☐ <70dB ☐ 70dB ☐ >70dB

b) Please provide the Permanent Disability Assessment in the details as per Guide of the Evaluation

i. Decibel Sum Hearing Loss Threshold of Right Ear at (500,1000,2000,3000)Hz = _____ dB

ii. Decibel Sum Hearing Loss Threshold of Left Ear at (500,1000,2000,3000)Hz = _____ dB

4. EXAMINATION FINDINGS (EYE) IF APPLICABLE

a) State the visual acuity of both eyes?

i. Non Aided/ Non Corrected : Right Eye Left Eye

ii. Aided/ Corrected : _____

b) Is this impairment will be permanent (Achieved Maximum Medical Improvement)? ☐ Yes ☐ No

c) Please provide the Permanent Disability Assessment in details as per Guides of the Evaluation of Permanent Impairment. The impairment will be assessed as whole body

5. CONCLUSION

a) Will heal without any significant residual functional impairment ☐

b) Will lead to permanent impairment ☐

c) Has resulted in permanent disability ☐

d) Will deteriorate further ☐

e) Should this person be restricted from any activity/ sports or training? ☐ Yes ☐ No

f) What would be his/ her expected PULHEEMS

☐ FE ☐ LE ☐ BE ☐ NIL ☐ UNFIT

I hereby declare that the answers are true to the best of my knowledge

Signature

Name of Physician (Stamp) : _____

Hospital/ Clinic (Stamp) : _____

Date : ____ / ____ / ____ (dd/mm/yyyy)



1. BUTIR-BUTIR PESERTA

No. Tentera : _____ No. Daftar Insurans : _____ Pangkat : _____

Nama : _____ Pasukan : _____

2. BUTIR-BUTIR KECEDERAAN

a. Jenis Kecelakaan : _____

b. Bahagian yang cedera : _____

c. Adakah kecederaan itu akan menyebabkan hilangupaya yang kekal
Ya/ Tidak / Tidak Dapat Ditentukan

d. Catatan

Tandatangan Pegawai Perubatan dan Cop Jawatan

Tarikh : _____

3. BUTIR-BUTIR KECEDERAAN

a. Adakah kemalangan yang tersebut berlaku sebagaimana yang diceritakan? Ya / Tidak

b. Adakah anggota tidak hadir dengan kelulusan atau bercuti pada masa itu?

i. Ya / Tidak

ii. Jika Ya sila sebutkan Tarikh tarikh dan masa

c. Adakah Kecelakaan berlaku semasa tugas?

i. Ya/ Tidak

ii. Jika Ya sila nyatakan tugas tersebut

d. Adakah kecederaan disengajakan?

Ya/ Tidak/ Belum ditentukan

Tandatangan Pegawai Memerintah dan Cop Jawatan

Pangkat : _____

Nama : _____

Tarikh : _____