

TUNTUTAN HILANG UPAYA AKIBAT KEMALANGAN

(Senarai Semak Dokumen Yang Diperlukan)

Bil	Senarai Semak Dokumen Tuntutan	Semakan Pemohon (✓)	Semakan Penerima (✓)
1.	Hilang Upaya Penuh dan Kekal / Separa dan Kekal		
*1.1	Surat Iringan Pasukan/Peserta		
*1.2	Salinan Kad Identiti Peserta		
*1.3	Induk Salinan Kad Identiti Pasangan / Anak yang cedera		
*1.4	Borang Tuntutan Kecederaan (Kembaran G)		
1.5	Borang Penilaian Kecederaan / Disability Assessment Form (Kembaran D) <i>(Sila sertakan Salinan Laporan Perubatan jika rawatan pertama dibuat di klinik/hospital bukan ATM)</i>		
*1.6	Salinan Laporan Polis yang disahkan <i>(bagi kes kemalangan jalan raya / jenayah)</i>		
*1.7	Fotografi/ Gambar penuh yang menunjukkan kecacatan anggota badan		
1.8	Surat pengesahan status perkhidmatan dan keputusan Lembaga Perubatan <i>(jika ada)</i>		
1.9	Salinan lain-lain dokumen sokongan		
*1.10	Borang Maklumat Bayaran dan Pengesahan Akaun Bank Peserta Induk		
2.	Manfaat Perubatan Akibat Kemalangan (Untuk anak yang dilindungi berumur 15 hari - 15 tahun)		
*2.1	Surat Iringan Pasukan/Peserta		
*2.2	Salinan Kad Identiti Peserta Induk		
*2.3	Salinan Kad Identiti Anak yang cedera		
*2.4	Borang Tuntutan Kecederaan (Kembaran G)		
*2.5	Bil rawatan ASAL (Itemised Bill) dan Resit ASAL/ yang disahkan <i>(untuk pembayaran balik)</i>		
*2.6	Salinan Nota Discaj/Ringkasan Discaj <i>(jika ada kemasukan ke hospital)</i>		
*2.7	Butiran bertulis diagnosis dan rawatan yang ditunjukkan dan disahkan oleh doktor yang merawat <i>(untuk bukan kemasukan ke hospital)</i>		
*2.8	Salinan X-Ray, MRI, CT scan atau Laporan Radiologi <i>(jika ada)</i>		
2.9	Salinan lain-lain dokumen sokongan <i>(jika ada)</i>		
*2.10	Borang Maklumat Bayaran dan Pengesahan Akaun Bank Peserta Induk		

Nota:

- * Sila majukan dokumen ini terlebih dahulu kepada Unit Tuntutan Insurans Koperasi Tentera bagi pembukaan fail tuntutan.
- * Semua dokumen hendaklah dimajukan dalam dua (2) salinan.

PERINGATAN PENTING

1. Tempoh memajukan dokumen tuntutan:

Kategori Peserta	Peserta Induk/Pasangan/Anak (Berumur 15 tahun 1 hari – 65 tahun)	Anak yang dilindungi (Berumur 15 hari – 15 tahun)
Jenis Tuntutan	Hilang Upaya Akibat Kemalangan	Manfaat Perubatan Akibat Kemalangan
Tarikh Penilaian Kecederaan	Selepas Satu (1) tahun daripada tarikh kemalangan/kecederaan	–
Kos Laporan Penilaian Hilang Upaya (Kembaran D)	RM80 akan ditolak daripada jumlah manfaat tuntutan yang diluluskan.	–
Tempoh memajukan dokumen tuntutan	Dalam tempoh Dua (2) tahun daripada tarikh kemalangan/kecederaan	Dalam tempoh Satu (1) tahun daripada tarikh kemalangan/kecederaan

2. Setiap salinan dokumen klinik/hospital yang dibuat, mestilah terang dan jelas dan disahkan oleh pihak klinik/hospital tersebut.
3. Setiap salinan kad identiti peserta induk, pasangan dan anak yang membuat tuntutan, mestilah terang dan jelas dan disahkan oleh pihak Pasukan/Majikan/mana-mana ketua cawangan Koperasi Tentera atau pengurusan Unit Insurans Koperasi Tentera.
4. Keperluan dokumen tambahan: Pihak Pengendali Takaful berhak untuk meminta dokumen tambahan selain daripada dokumen tuntutan yang dinyatakan bagi melancarkan proses tuntutan.
5. Kelulusan tuntutan adalah tertakluk kepada terma dan syarat di dalam Sijil Induk STBATM.
6. Untuk sebarang pertanyaan, sila hubungi:

➤ Pusat Khidmat Pelanggan Koperasi Tentera : 603-2303 0000
Website : www.katmb.com.my

➤ Cawangan Koperasi Tentera yang berdekatan :

(Cop Cawangan)

➤ Unit Tuntutan Insurans Koperasi Tentera : 603-4027 2676 / 2786 / 2677
Emel : insgeneral@katmb.com.my



BORANG NOTIFIKASI AWAL TUNTUTAN

Nota Penting

- i) Adalah diingatkan semua Peserta / Pasukan / Waris / Wasi hendaklah memajukan Borang ini kepada Unit Insurans, Koperasi Tentera dalam tempoh tiga puluh (30) hari selepas berlakunya kecederaan / kematian.
- ii) Bagi kes kematian, sila kekilkan bersama Salinan Sijil Kematian yang telah disahkan oleh Pegawai Pemerintah / Memerintah / Majikan.

Nama Peserta :			
Pangkat / Jawatan :			
No MyTentera :		No MyKad:	
Alamat Pasukan :			
.....			
Alamat surat-menyurat terkini :			
.....			
*Tarikh Kecederaan:	Masa Kecederaan:	*Tarikh Kematian:	Masa Kematian:
Keterangan Ringkas Kejadian :			

Tandatangan Peserta / Waris / Pengadu	Tandatangan Ketua Kerani / Pegawai Tadbir / Majikan
	Beserta Cop
Nama :	Nama :
No Telefon :	No Telefon :
No Telefon Bimbit :	No Telefon Bimbit :
No Faks :	No Faks :
Alamat E-mel :	Alamat E-mel :
Tarikh :	Tarikh :

***Wajib diisi**



BORANG NOTIFIKASI AWAL TUNTUTAN

Nota Penting

- i) Adalah diingatkan semua Peserta / Pasukan / Waris / Wasi hendaklah memajukan Borang ini kepada Unit Insurans, Koperasi Tentera dalam tempoh tiga puluh (30) hari selepas berlakunya kecederaan / kematian.
- ii) Bagi kes kematian, sila kekilkan bersama Salinan Sijil Kematian yang telah disahkan oleh Pegawai Pemerintah / Memerintah / Majikan.

Nama Peserta :			
Pangkat / Jawatan :			
No MyTentera :		No MyKad:	
Alamat Pasukan :			
.....			
Alamat surat-menyurat terkini :			
.....			
*Tarikh Kecederaan:	Masa Kecederaan:	*Tarikh Kematian:	Masa Kematian:
Keterangan Ringkas Kejadian :			

Tandatangan Peserta / Waris / Pengadu	Tandatangan Ketua Kerani / Pegawai Tadbir / Majikan
	Beserta Cop
Nama :	Nama :
No Telefon :	No Telefon :
No Telefon Bimbit :	No Telefon Bimbit :
No Faks :	No Faks :
Alamat E-mel :	Alamat E-mel :
Tarikh :	Tarikh :

***Wajib diisi**

BORANG TUNTUTAN HILANG UPAYA AKIBAT KEMALANGAN

- Hilang Upaya Penuh & Kekal (HUPK)
 Hilang Upaya Separa & Kekal (HUSK)
 Manfaat Perubatan Akibat Kemalangan (MPAK) (*Bagi anak berumur 15 hari hingga 15 tahun*)

Kembaran G**1. MAKLUMAT PESERTA (Diisi oleh Peserta)**

1. Nama : _____
2. Pangkat : _____ 3. No. Tentera / No. MyKad : _____
4. Pasukan : _____ 5. No. Telefon Bimbit : _____

2. MAKLUMAT ANAK

6. Nama : _____
7. No. Mykad / No. Mykid : _____

3. BUTIR-BUTIR KEMALANGAN

8. a) Tarikh dan tempat kejadian : _____ Masa : _____ Lokasi : _____
b) Keterangan ringkas kejadian : _____
c) Semasa bertugas Semasa tidak bertugas Tidak Berkaitan
d) Kecederaan di bahagian (Sila nyatakan) :
 Kepala : _____ Badan : _____
 Tangan : _____ Kaki : _____
 Lain-lain : _____
e) Nama dan alamat doktor yang merawat kecederaan tersebut.

	Tarikh Rawatan	Nama Doktor	Klinik / Hospital
1.			
2.			
3.			

- * Sila sertakan salinan dokumen bukti rawatan. (Sijil Sakit, Laporan Perubatan, Surat Rujukan dan lain-lain)
* Bagi tuntutan Manfaat Perubatan Akibat Kemalangan (MPAK), sila sertakan dokumen seperti yang tertera pada Senarai Semak Dokumen Tuntutan.

4. LAPORAN RINGKAS (Diisi oleh Pegawai Memerintah/ Pemerintah/ Majikan/ Peserta)

1. Keterangan ringkas perihal kecederaan

**Sila lampirkan nota tambahan sekiranya ruangan di atas tidak mencukupi*

Tandatangan Pegawai Memerintah / Pemerintah / Majikan dan Cop Jawatan

Tarikh

PENGISYTIHARAN & KEBENARAN

i) Pengisytiharan berkaitan tuntutan dan kebenaran untuk mendapatkan maklumat lanjut.

Saya mengisytiharkan bahawa jawapan di atas adalah betul dan benar serta saya bersetuju jika saya membuat atau akan membuat sebarang kenyataan yang tidak tepat atau menahan atau menyembunyikan sebarang fakta **material**; Hak saya/ Orang yang Dilindungi untuk menerima pampasan akan dilucutkan dengan mutlak. Saya, Orang yang Dilindungi/ Pemilik Sijil/ Pihak yang Menuntut dengan ini membenarkan dan memberi kebenaran kepada mana-mana doktor, pengamal perubatan, pakar perubatan, hospital, makmal, pakar bedah, jururawat, kakitangan perubatan, klinik, Pengendali Takaful atau syarikat insurans, agensi pelaporan kredit, organisasi, institusi atau individu yang mungkin mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan berkenaan kesihatan atau sejarah kesihatan saya/ Orang yang Dilindungi (Pemberi Maklumat) bagi menyediakan maklumat tersebut kepada Pengendali Takaful dan penyedia perkhidmatan berdaftar dan/ atau pekerjaanya bagi memproses maklumat data peribadi, pekerjaan, dan maklumat kredit saya [seperti yang ditakrifkan dalam Akta 2010 Agensi Pelaporan Kredit (APK)] bagi memproses tuntutan Takaful saya. Saya memberi kuasa kepada Pengendali Takaful dan wakilnya untuk memberi dan mengeluarkan sebarang maklumat kepada mana-mana pihak yang berkaitan dengan permohonan saya atau transaksi dengan Syarikat untuk tujuan berikut tetapi tidak terhad kepada mengesahkan maklumat yang diberikan berdasarkan tuntutan ini, pemeriksaan latar belakang, penilaian kredit, penyelesaian pemarkahan, pentadbiran, analisis atau pemantauan sijil dengan Syarikat atau pemrosesan tuntutan. Saya, Orang yang Dilindungi/ Pemilik Sijil/ Pihak yang Menuntut, bagi pihak saya atau mana-mana individu yang mempunyai sebarang tuntutan atau kepentingan dalam mana-mana sijil di bawah ini, mengenyepikan semua peruntukan undang-undang atau etika profesional yang melarang mana-mana Pemberi Maklumat daripada mendedahkan sebarang maklumat yang diperlukan semasa memberi perkhidmatan kepada saya dalam kapasiti sebagai seorang profesional.

ii) Pengisytiharan dan kebenaran untuk penyerahan borang di atas talian.

Saya bersetuju bahawa salinan dokumen dikemukakan adalah sah seperti salinan asal dan saya mengesahkan bahawa maklumat yang diberi melalui penyerahan borang di atas talian adalah yang terbaik dari pengetahuan dan kepercayaan saya, benar dari segala aspek. Saya faham bahawa Pengendali Takaful berhak untuk mengesahkan dokumen untuk tujuan pemrosesan tuntutan saya dan bersetuju untuk memberi salinan asli kepada Pengendali Takaful apabila diminta.

Saya faham bahawa membuat penipuan tuntutan dengan mengemukakan maklumat yang tidak benar atau salah adalah kesalahan jenayah yang boleh membawa kepada pendakwaan. Selanjutnya, saya faham dan bersetuju bahawa Pengendali Takaful mempunyai hak mutlak meminta jumlah tuntutan sepenuhnya daripada saya jika terdapat sebarang maklumat yang diberikan adalah tidak benar atau tidak tepat atau penyerahan maklumat yang diubah atau maklumat yang dikemukakan adalah salah atau tidak benar untuk tuntutan.

Tandatangan Peserta / Cap Jari

Nama : _____

Tarikh : _____

Tandatangan Pegawai Memerintah/
Pemerintah/ Majikan dan Cop Jawatan

Nama : _____

Tarikh : _____

KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA

Jumlah Unit Semasa : _____

No. Daftar Insurans : _____

Tandatangan Pengurusan Unit Insurans, Koperasi Tentera

Nama : _____

Tarikh : _____

BORANG TUNTUTAN HILANG UPAYA AKIBAT KEMALANGAN

- Hilang Upaya Penuh & Kekal (HUPK)
 Hilang Upaya Separa & Kekal (HUSK)
 Manfaat Perubatan Akibat Kemalangan (MPAK) *(Bagi anak berumur 15 hari hingga 15 tahun)*

Kembaran G**1. MAKLUMAT PESERTA (Diisi oleh Peserta)**

1. Nama : _____
2. Pangkat : _____ 3. No. Tentera / No. MyKad : _____
4. Pasukan : _____ 5. No. Telefon Bimbit : _____

2. MAKLUMAT ANAK

6. Nama : _____
7. No. Mykad / No. Mykid : _____

3. BUTIR-BUTIR KEMALANGAN

8. a) Tarikh dan tempat kejadian : _____ Masa : _____ Lokasi : _____
b) Keterangan ringkas kejadian : _____
c) Semasa bertugas Semasa tidak bertugas Tidak Berkaitan
d) Kecederaan di bahagian (Sila nyatakan) :
 Kepala : _____ Badan : _____
 Tangan : _____ Kaki : _____
 Lain-lain : _____
e) Nama dan alamat doktor yang merawat kecederaan tersebut.

	Tarikh Rawatan	Nama Doktor	Klinik / Hospital
1.			
2.			
3.			

- * Sila sertakan salinan dokumen bukti rawatan. (Sijil Sakit, Laporan Perubatan, Surat Rujukan dan lain-lain)
* Bagi tuntutan Manfaat Perubatan Akibat Kemalangan (MPAK), sila sertakan dokumen seperti yang tertera pada Senarai Semak Dokumen Tuntutan.

4. LAPORAN RINGKAS (Diisi oleh Pegawai Memerintah/ Pemerintah/ Majikan/ Peserta)

1. Keterangan ringkas perihal kecederaan

**Sila lampirkan nota tambahan sekiranya ruangan di atas tidak mencukupi*

Tandatangan Pegawai Memerintah / Pemerintah / Majikan dan Cop Jawatan

Tarikh

PENGISYTIHARAN & KEBENARAN

i) Pengisytiharan berkaitan tuntutan dan kebenaran untuk mendapatkan maklumat lanjut.

Saya mengisytiharkan bahawa jawapan di atas adalah betul dan benar serta saya bersetuju jika saya membuat atau akan membuat sebarang kenyataan yang tidak tepat atau menahan atau menyembunyikan sebarang fakta **material**; Hak saya/ Orang yang Dilindungi untuk menerima pampasan akan dilucutkan dengan mutlak. Saya, Orang yang Dilindungi/ Pemilik Sijil/ Pihak yang Menuntut dengan ini membenarkan dan memberi kebenaran kepada mana-mana doktor, pengamal perubatan, pakar perubatan, hospital, makmal, pakar bedah, jururawat, kakitangan perubatan, klinik, Pengendali Takaful atau syarikat insurans, agensi pelaporan kredit, organisasi, institusi atau individu yang mungkin mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan berkenaan kesihatan atau sejarah kesihatan saya/ Orang yang Dilindungi (Pemberi Maklumat) bagi menyediakan maklumat tersebut kepada Pengendali Takaful dan penyedia perkhidmatan berdaftar dan/ atau pekerjaanya bagi memproses maklumat data peribadi, pekerjaan, dan maklumat kredit saya [seperti yang ditakrifkan dalam Akta 2010 Agensi Pelaporan Kredit (APK)] bagi memproses tuntutan Takaful saya. Saya memberi kuasa kepada Pengendali Takaful dan wakilnya untuk memberi dan mengeluarkan sebarang maklumat kepada mana-mana pihak yang berkaitan dengan permohonan saya atau transaksi dengan Syarikat untuk tujuan berikut tetapi tidak terhad kepada mengesahkan maklumat yang diberikan berdasarkan tuntutan ini, pemeriksaan latar belakang, penilaian kredit, penyelesaian pemarkahan, pentadbiran, analisis atau pemantauan sijil dengan Syarikat atau pemprosesan tuntutan. Saya, Orang yang Dilindungi/ Pemilik Sijil/ Pihak yang Menuntut, bagi pihak saya atau mana-mana individu yang mempunyai sebarang tuntutan atau kepentingan dalam mana-mana sijil di bawah ini, mengenyepikan semua peruntukan undang-undang atau etika profesional yang melarang mana-mana Pemberi Maklumat daripada mendedahkan sebarang maklumat yang diperlukan semasa memberi perkhidmatan kepada saya dalam kapasiti sebagai seorang profesional.

ii) Pengisytiharan dan kebenaran untuk penyerahan borang di atas talian.

Saya bersetuju bahawa salinan dokumen dikemukakan adalah sah seperti salinan asal dan saya mengesahkan bahawa maklumat yang diberi melalui penyerahan borang di atas talian adalah yang terbaik dari pengetahuan dan kepercayaan saya, benar dari segala aspek. Saya faham bahawa Pengendali Takaful berhak untuk mengesahkan dokumen untuk tujuan pemprosesan tuntutan saya dan bersetuju untuk memberi salinan asli kepada Pengendali Takaful apabila diminta.

Saya faham bahawa membuat penipuan tuntutan dengan mengemukakan maklumat yang tidak benar atau salah adalah kesalahan jenayah yang boleh membawa kepada pendakwaan. Selanjutnya, saya faham dan bersetuju bahawa Pengendali Takaful mempunyai hak mutlak meminta jumlah tuntutan sepenuhnya daripada saya jika terdapat sebarang maklumat yang diberikan adalah tidak benar atau tidak tepat atau penyerahan maklumat yang diubah atau maklumat yang dikemukakan adalah salah atau tidak benar untuk tuntutan.

Tandatangan Peserta / Cap Jari

Nama : _____

Tarikh : _____

Tandatangan Pegawai Memerintah/
Pemerintah/ Majikan dan Cop Jawatan

Nama : _____

Tarikh : _____

KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA

Jumlah Unit Semasa : _____

No. Daftar Insurans : _____

Tandatangan Pengurusan Unit Insurans, Koperasi Tentera

Nama : _____

Tarikh : _____

DISABILITY ASSESSMENT FORM
Annexe D / Kembaran D
(LAPORAN PENILAIAN HILANG UPAYA)

- 1) The form to be completed by a qualified and licensed Malaysian Armed Forces physician.
- 2) To be assessed after 1 year from the date of incident and must be submitted to Koperasi Tentera within 2 years from date of the event.

PATIENT INFORMATION (To be fill in by patient)

Patient Name : _____
 Rank : _____ Service No. / MyKad No.: _____

PATIENT MEDICAL HISTORY (To be fill in by Doctor)

a) Date of Assessment : _____

b) Details of Illness / Injury : _____

i. Date and time of the incident : _____

ii. Location of incident : _____

iii. Describe in detail the symptoms of illness / the nature of injury:

c) Initial treatment details regarding to the injury
 *Is the patient currently treated by the same doctor on the day of the incident
 If Yes,

i. Date and time of the first consultation : _____

ii. Doctor's name and Hospital / HAT / RSAT / PPAT / Clinic :

If No,

iii. Was the patient referred to another doctor?
 *Please indicate the doctor's name, Hospital / HAT / RSAT / PPAT / Clinic name and provide a copy of medical report and referral letter (if any).

d) Are the patient's illness / injuries / current condition / permanent impairment/accident caused by / contributed by / due to

i. Attempted Suicide / Self-inflicted Yes No

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

iii. Retroviral Disease / Venereal Disease Yes No

If 'Yes', please provide details and state previous record / medical history where applicable.

e) Does the patient previously suffered from any existing degenerative disease or conditions or any other illnesses / injuries / physical impairment based on your knowledge or medical history record? Yes No

If 'Yes', Please provides the following: (Please attach supplementary pages if necessary)

Medical Condition / Impairment	Date of Diagnosis	Medication / Treatment	Attending Doctor's Name	Name of Hospital / Clinic

EXAMINATION FINDINGS

(Please provide Permanent Disability Assessment details as per Guides of Evaluation of Permanent Impairment)

1. EAR (IF APPLICABLE)

a. Diagnosis :

b. Detail of impairment : (please specify degree of Hearing Loss based on Pure Tone Audiometry and attach results)

	Degree of Hearing Loss	Hearing Threshold (dB)	Remarks
		Decibel Sum Hearing Loss Threshold of Ear at 500, 1000, 2000, 3000 Hz	
Right Ear			
Left Ear			

c. Calculation of Whole Person Impairment :

*(Please attach supplementary pages if necessary.)***2. EYE (IF APPLICABLE)**

a. Diagnosis :

b. Visual acuity of both eyes :

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

c. Details of impairment : (Please specify side of impairment)

d. Calculation of Whole Person Impairment :

*(Please attach supplementary pages if necessary.)***3. PSYCHIATRY (IF APPLICABLE)**

a. Diagnosis :

b. Details of impairment :

c. Calculation of Whole Person Impairment :

4. BODILY INJURIES - SURGICAL RELATED (IF APPLICABLE)

a. Diagnosis :

b. Details of impairment :

(If injuries involve neurological deficit, please specify detail of examination findings)

c. Calculation of Whole Person Impairment :

(Please attach supplementary pages if necessary.)

5. ORTHOPAEDIC (IF APPLICABLE)

a. For AMPUTATION injuries, please state level of amputation :

b. For NON - FRACTURE injuries, please state detailed injury (Type / Site / Size / Severity / Others) :

c. For FRACTURE injuries, please state location & type of fracture :

d. Refer to Question a - c; Please state treatment given including during follow-up (healing progress / physiotherapy / others)

i). Details of treatment or diagnostic procedure :

ii). If investigation, test or procedure was performed, please describe the results or attach a certified true copy of result/report (eg: X-Ray / MRI / CT Scan / Others) :

iii). If any surgery done, kindly state :

(a) Date of surgery: ____ / ____ / ____ (dd/mm/yyyy)

(b) Detail of surgery done :

(c) Name the hospital :

iv). Date patient started physiotherapy (if applicable) : ____ / ____ / ____ (dd/mm/yyyy)

v). Date patient started on partial weight bearing / full weight bearing (if applicable) :
____ / ____ / ____ (dd/mm/yyyy)

e. Calculation of Whole Person Impairment :

(Please attach supplementary pages if necessary.)

6. ASSESSMENT OF ACTIVITIES OF DAILY LIVING CAPABILITIES (ADL).
 (Mandatory to be filled by Assessor for TPD case) (Kindly ✓ the appropriate boxes.)

Activities of Daily Living	Not Limited	Limited	Incapable
(a) Transfer Getting in and out of a chair without requiring physical assistance.			
(b) Mobility The ability to move from room to room without requiring physical assistance.			
(c) Contenance The ability to voluntarily control bowel and bladder functions such as to maintain personal hygiene.			
(d) Dressing Putting on and taking off all necessary items of clothing without requiring assistance of another person.			
(e) Bathing / Washing The ability to wash in the bathroom or shower (including getting in and out) or wash by any other means.			
(f) Eating All tasks of getting food into the body once it has been served.			

7. IMPAIRMENT ASSESSMENT (TOTAL WPI %)

Please provide the Whole Person Impairment assessment for the Parmanent Disability Assessment in details as per the 5th Edition of the American Medical Association Guides of the Evaluation of Permanent Impairment.

(Please attach supplimentary pages if nessary.)

8. DECLARATION & AUTHORIZATION

I, the undersigned, certify that I have examined the above patient and that I have answered the above questions truly and to the best of my knowledge and belief.

 Signature & Official Stamp

Name : _____

Hospital / Clinic : _____

This Report Completed on (Date) : _____

DISABILITY ASSESSMENT FORM
Annexe D / Kembaran D
(LAPORAN PENILAIAN HILANG UPAYA)

- 1) The form to be completed by a qualified and licensed Malaysian Armed Forces physician.
- 2) To be assessed after 1 year from the date of incident and must be submitted to Koperasi Tentera within 2 years from date of the event.

PATIENT INFORMATION (To be fill in by patient)

Patient Name : _____
 Rank : _____ Service No. / MyKad No.: _____

PATIENT MEDICAL HISTORY (To be fill in by Doctor)

a) Date of Assessment : _____

b) Details of Illness / Injury : _____

i. Date and time of the incident : _____

ii. Location of incident : _____

iii. Describe in detail the symptoms of illness / the nature of injury:

c) Initial treatment details regarding to the injury
 *Is the patient currently treated by the same doctor on the day of the incident
 If Yes,

i. Date and time of the first consultation : _____

ii. Doctor's name and Hospital / HAT / RSAT / PPAT / Clinic :

If No,

iii. Was the patient referred to another doctor?
 *Please indicate the doctor's name, Hospital / HAT / RSAT / PPAT / Clinic name and provide a copy of medical report and referral letter (if any).

d) Are the patient's illness / injuries / current condition / permanent impairment/accident caused by / contributed by / due to

i. Attempted Suicide / Self-inflicted Yes No

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

iii. Retroviral Disease / Venereal Disease Yes No

If 'Yes', please provide details and state previous record / medical history where applicable.

e) Does the patient previously suffered from any existing degenerative disease or conditions or any other illnesses / injuries / physical impairment based on your knowledge or medical history record? Yes No

If 'Yes', Please provides the following: (Please attach supplementary pages if necessary)

Medical Condition / Impairment	Date of Diagnosis	Medication / Treatment	Attending Doctor's Name	Name of Hospital / Clinic

EXAMINATION FINDINGS

(Please provide Permanent Disability Assessment details as per Guides of Evaluation of Permanent Impairment)

1. EAR (IF APPLICABLE)

a. Diagnosis :

b. Detail of impairment : (please specify degree of Hearing Loss based on Pure Tone Audiometry and attach results)

	Degree of Hearing Loss	Hearing Threshold (dB)	Remarks
		Decibel Sum Hearing Loss Threshold of Ear at 500, 1000, 2000, 3000 Hz	
Right Ear			
Left Ear			

c. Calculation of Whole Person Impairment :

*(Please attach supplementary pages if necessary.)***2. EYE (IF APPLICABLE)**

a. Diagnosis :

b. Visual acuity of both eyes :

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

c. Details of impairment : (Please specify side of impairment)

d. Calculation of Whole Person Impairment :

*(Please attach supplementary pages if necessary.)***3. PSYCHIATRY (IF APPLICABLE)**

a. Diagnosis :

b. Details of impairment :

c. Calculation of Whole Person Impairment :

4. BODILY INJURIES - SURGICAL RELATED (IF APPLICABLE)

a. Diagnosis :

b. Details of impairment :

(If injuries involve neurological deficit, please specify detail of examination findings)

c. Calculation of Whole Person Impairment :

(Please attach supplementary pages if necessary.)

5. ORTHOPAEDIC (IF APPLICABLE)

a. For AMPUTATION injuries, please state level of amputation :

b. For NON - FRACTURE injuries, please state detailed injury (Type / Site / Size / Severity / Others) :

c. For FRACTURE injuries, please state location & type of fracture :

d. Refer to Question a - c; Please state treatment given including during follow-up (healing progress / physiotherapy / others)

i). Details of treatment or diagnostic procedure :

ii). If investigation, test or procedure was performed, please describe the results or attach a certified true copy of result/report (eg: X-Ray / MRI / CT Scan / Others) :

iii). If any surgery done, kindly state :

(a) Date of surgery: ____ / ____ / ____ (dd/mm/yyyy)

(b) Detail of surgery done :

(c) Name the hospital :

iv). Date patient started physiotherapy (if applicable) : ____ / ____ / ____ (dd/mm/yyyy)

v). Date patient started on partial weight bearing / full weight bearing (if applicable) :
____ / ____ / ____ (dd/mm/yyyy)

e. Calculation of Whole Person Impairment :

(Please attach supplementary pages if necessary.)

6. ASSESSMENT OF ACTIVITIES OF DAILY LIVING CAPABILITIES (ADL).
 (Mandatory to be filled by Assessor for TPD case) (Kindly ✓ the appropriate boxes.)

Activities of Daily Living	Not Limited	Limited	Incapable
(a) Transfer Getting in and out of a chair without requiring physical assistance.			
(b) Mobility The ability to move from room to room without requiring physical assistance.			
(c) Contenance The ability to voluntarily control bowel and bladder functions such as to maintain personal hygiene.			
(d) Dressing Putting on and taking off all necessary items of clothing without requiring assistance of another person.			
(e) Bathing / Washing The ability to wash in the bathroom or shower (including getting in and out) or wash by any other means.			
(f) Eating All tasks of getting food into the body once it has been served.			

7. IMPAIRMENT ASSESSMENT (TOTAL WPI %)

Please provide the Whole Person Impairment assessment for the Parmanent Disability Assessment in details as per the 5th Edition of the American Medical Association Guides of the Evaluation of Permanent Impairment.

(Please attach supplimentary pages if nessary.)

8. DECLARATION & AUTHORIZATION

I, the undersigned, certify that I have examined the above patient and that I have answered the above questions truly and to the best of my knowledge and belief.

 Signature & Official Stamp

Name : _____

Hospital / Clinic : _____

This Report Completed on (Date) : _____



BORANG PENGESAHAN KECEDEeraan

1. BUTIR-BUTIR PESERTA

- a. Nama Penuh : _____
- b. No. Tentera / No. Mykad / Mykid : _____
- c. Pangkat : _____
- d. Pasukan : _____
- e. No. Daftar Insurans : _____

2. BUTIR-BUTIR KECEDEeraan

- a. Jenis Kecederaan : _____
- b. Bahagian yang cedera : _____
- c. Adakah kecederaan itu akan menyebabkan hilang upaya yang kekal?
 Ya Tidak Tidak Dapat Ditentukan

d. Catatan

Tandatangan Pegawai Perubatan dan Cop Jawatan

Tarikh

3. BUTIR-BUTIR KECEDEeraan

- 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 dan masa _____
- c. Adakah kecederaan berlaku semasa tugas?
i. Ya Tidak
ii. Jika Ya sila nyatakan tugas tersebut

- d. Adakah kecederaan disengajakan? Ya Tidak Tidak Dapat Ditentukan

Tandatangan Pegawai Memerintah dan Cop Jawatan

Tarikh

Pangkat: _____

Nama : _____



BORANG PENGESAHAN KECEDEeraan

1. BUTIR-BUTIR PESERTA

- a. Nama Penuh : _____
- b. No. Tentera / No. Mykad / Mykid : _____
- c. Pangkat : _____
- d. Pasukan : _____
- e. No. Daftar Insurans : _____

2. BUTIR-BUTIR KECEDEeraan

- a. Jenis Kecederaan : _____
- b. Bahagian yang cedera : _____
- c. Adakah kecederaan itu akan menyebabkan hilang upaya yang kekal?
 Ya Tidak Tidak Dapat Ditentukan

d. Catatan

Tandatangan Pegawai Perubatan dan Cop Jawatan

Tarikh

3. BUTIR-BUTIR KECEDEeraan

- 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 dan masa _____
- c. Adakah kecederaan berlaku semasa tugas?
i. Ya Tidak
ii. Jika Ya sila nyatakan tugas tersebut

- d. Adakah kecederaan disengajakan? Ya Tidak Tidak Dapat Ditentukan

Tandatangan Pegawai Memerintah dan Cop Jawatan

Tarikh

Pangkat: _____

Nama : _____