

PERAKUAN PERUBATAN
Medical Certificate

AKTA PAMPASAN PEKERJA, 1952
Workmen's Compensation Act, 1952

Nama Pekerja : _____ Jantina : _____
Name of Employee : _____ Sex : _____

Pekerjaan : _____ K/P No. / No. Pasport : _____
Occupation : _____ I/C No. / Passport No : _____

No. Permit Kerja : _____ Kewarganegaraan : _____
Work Permit No.: _____ Nationality: _____

Nama Majikan : _____
Name Of Employer : _____

Saya Pegawai / Pengamal Perubatan yang bertandatangan di bawah ini, mendapat tahu bahawa pihak menuntut di atas ada membuat suatu tuntutan pampasan di bawah Akta Pampasan Pekerja dan setelah memeriksa pihak menuntut tersebut, saya dengan ini memperakui bahawa:

I, the undersigned Medical Officer/Practitioner, understand that the above claimant is making a claim for compensation under the Workmen's Compensation Act, and having examined the said claimant, I hereby certify that:

1. sepanjang yang saya percayai pihak menuntut itu berumur ____ tahun.
to the best of my belief the claimant is ____ years of age.

2. pihak menuntut mengidap penyakit atau hilang upaya seperti berikut :-
the claimant is suffering from the following disease or disability :-

3. pada pendapat saya pihak menuntut itu telah menanggung had hilang upaya yang disebabkan oleh kemalangan dalam pekerjaan itu :-

in my opinion the claimant has sustained the following degree of disablement as a result of an occupational accident:-

*(i) Hilang upaya kekal bagi sementara yang dianggar akan ditanggung dari _____ hingga _____
Temporary total disablement which is estimated to last from _____ to _____

*(ii) Hilang upaya separa bagi sementara yang dianggar akan ditanggung dari _____ hingga _____
dan dalam tempoh itu kerja ringan adalah disyorkan, jika ada.

Temporary partial disablement which is estimated to last from _____ to _____ and during which period light duty if available, is recommended.

*(iii) Tiada apa-apa hilang upaya kekal.
No permanent disablement.

*(iv) Hilang upaya langsung yang kekal disebabkan oleh
Permanent total disablement caused by

*(v) Hilang upaya separa kekal sebagaimana yang disenaraikan dalam Jadual Pertama Akta itu.
Permanent partial disablement as listed in the First Schedule of the Act.

*(vi) Hilang upaya separa yang kekal berjenis kelemahan anggota yang diperihalkan di bawah ini:
Permanent partial disablement in the form of physical impairment described hereunder:

Tarikh (Date): _____ Tandatangan (Signature): _____

Nama dan Kelayakan (Name and Qualification): _____