

**KOPERASI KOSPETA MALAYSIA BERHAD (KOP-PBT 14)**

NO. 10&12, TINGKAT 1, JALAN 6/3A, KM 12, JALAN IPOH

PUSAT BANDAR UTARA, 68100 BATU CAVES, KUALA LUMPUR. TEL: 03-61366097 FAX: 03-61384463

**BORANG TUNTUTAN DERMA KEMATIAN ANAK ANGGOTA**

Nama Anggota : ..... No. K/P : .....

Anggota Koperasi Kawasan : ..... No. Anggota : .....

Alamat Anggota : .....

**BAHAGIAN B:KETERANGAN ANAK ANGGOTA YANG MENINGGAL DUNIA**

Nama : .....

No.Sijil Kelahiran : ..... No. K/P : .....

*(Salinan Sijil kelahiran anak hendaklah disertakan)*

Sebab kematian : ..... Tarikh Lahir : ..... Tempat Lahir : .....

No. Sijil Perakaun Kematian & Tarikh : .....

*(Salinan Sijil Kematian yang telah disahkan oleh wakil kawasan atau Pihak Pengurusan hendaklah disertakan)*

**Tandatangan Anggota Koperasi : .....**

Nama : ..... No. K/P : .....

**BAHAGIAN C : PENGESAHAN WAKIL KAWASAN ATAU PIHAK PENGURUSAN**

Saya mengesahkan keterangan diatas adalah benar dan memperakukan anggota yang dinyatakan layak menerima derma atas kematian anak.

Tarikh : .....

Tandatangan & Cop

Nama : .....

**BAHAGIAN D :KEGUNAAN IBU PEJABAT**

Borang tuntutan diterima pada.....

Sijil Asal Perakuan Kematian diwasilkan pada : .....

No. Baucer pembayaran : ..... Amaun : .....

No. Cek : .....

Tarikh : .....

Setiausaha / Bendahari KOSPETA