

DEATH CLAIM / TUNTUTAN KEMATIAN PHYSICIAN'S STATEMENT / KENYATAAN DOKTOR

To be completed for claim incurred within 2 years from the Issue Date or date of any reinstatement. / Untuk dilengkapkan jika tuntutan berlaku dalam masa 2 tahun dan tarikh polisi dikeluarkan atau tarikh masa penguatkuasaan semula.

Full name of Deceased / Nama penuh Simati: _____

IC No. / No. KP: _____

Date of death / Tarikh mati: _____

Age at death or date of birth / Umur ketika mati atau tarikh lahir: _____

Residence at death / Alamat ketika mati: _____

Place of death / Tempat kematian: _____

CAUSE OF DEATH / SEBAB KEMATIAN	Approximate interval between onset and death <i>Anggaran jangkamasa antara permulaan penyakit dan kematian</i>			
<p>Disease or condition directly leading to death / Penyakit atau keadaan utama yang menyebabkan kematian</p> <p>a) _____ due to / disebabkan oleh</p>	Year / Tahun	Mths / Bulan	Days / Hari	Hours / Jam
<p>Antecedent causes / Sebab kedua</p> <p>b) _____ due to / disebabkan oleh</p>				
<p>c) _____</p>				

Other significant conditions contributing to the death but not related to the disease or condition causing death. / Keadaan-keadaan penting yang lain yang memberi sumbangan kepada sebab kematian, tetapi tidak berkaitan dengan penyakit atau keadaan yang menyebabkan kematian.

Date you first treated deceased / Tarikh anda merawat simati buat pertama kali. _____

Specify whether death was due to accident, suicide, homicide or natural causes. / Nyatakan sama ada kematian disebabkan oleh kemalangan, bunuh diri, dibunuh atau sebab-sebab semulajadi. _____

Was an inquest held? / Adakah inques dijalankan? _____

Was an autopsy performed? If yes, please attach report. / Adakah bedah siasat dilakukan? Jika ya, sila lampirkan laporan tersebut. _____

Have you treated or advised the deceased during the last five years prior to death? / Adakah anda merawat atau menasihati simati di dalam jangkamasa lima tahun sebelum kematiannya? _____

Did the deceased receive treatment from any other physician, hospital or institution in the last five years? / Adakah simati menerima rawatan daripada mana-mana doktor, hospital atau institusi lain didalam jangkamasa lima tahun sebelum kematiannya? _____

If answer to either of the last two questions was "Yes", please provide the following details:

Sekiranya jawapan kepada mana-mana satu daripada dua soalan terakhir ialah "Ya", sila beri butir-butir berikut:

Name and address / Nama dan alamat	Nature of illness or injury / Jenis penyakit atau kecederaan	Dates of treatment / Tarikh rawatan

Declaration / Pengakuan

I hereby declare that my statements above are complete and true to the best of my knowledge and belief. / Saya, dengan ini mengesahkan bahawa kenyataan saya di atas adalah lengkap dan benar, sejauh mana yang saya ketahui dan percayai.

Signature of doctor / Tandatangan doktor _____

Name & practice stamp / Cop nama & alamat _____

Name & address of clinic/hospital / Nama & alamat klinik/hospital _____

Date / Tarikh _____



CLAIMANT'S STATEMENT KENYATAAN PIHAK YANG MENUNTUT

DEATH CLAIM / TUNTUTAN KEMATIAN

Policy No. / No. Polisi	i.	ii.	iii.	iv.
Face Amount / Amaun Muka				
Amount Claimed / Amaun Dituntut				

1. **Name of Insured / Nama Insured:** _____
2. **IC No. / No. KP:** _____
3. **Residence at Death / Alamat Ketika Mati:** _____
4. **Deceased's Date of Birth / Tarikh Lahir Simati:** _____
5. **Date and place of Death / Tarikh dan Tempat Kematian**
(a) Date / Tarikh: _____ **(b) Place / Tempat:** _____
6. **Cause of Death / Sebab Kematian:** _____
7. **Date deceased first experienced symptoms of his illness / Tarikh simati mula-mula mengalami simtom penyakitnya**

8. **Date deceased first consulted a doctor for his illness / Tarikh simati mula-mula mendapat rawatan doktor untuk penyakitnya**

9. **Last Occupation / Pekerjaan Terakhir:**

10. **Name and address of last employer / Nama dan alamat majikan terakhir**

11. **Date deceased last attended to his usual duties / Tarikh terakhir simati melakukan tugas-tugasnya yang biasa**

12. Name and address of all doctors who attended to deceased during the past three years
Nama dan alamat semua doktor yang pernah merawat simati dalam jangka masa tiga tahun sebelum kematiannya

Name / Nama	Address / Alamat	Dates of Attendance / Tarikh Rawatan	Reason for Consultation / Sebab Rawatan

13. Please give details of policies taken with other insurance companies / Sila beri butir-butir polisi yang telah diambil dengan syarikat insuran lain

Name of Company / Nama Syarikat	Date of Policy / Tarikh Polisi	Face Amount / Amaun Muka

14. Claimant details / Butir-butir pihak yang menuntut

- (a) **Name / Nama:** _____
- (b) **IC No. / No. KP:** _____
- (c) **Address / Alamat:** _____

- (d) **Relationship with deceased / Hubungan dengan simati:** _____

Declaration / Pengakuan

I hereby declare that my answers above are all complete and true, to the best of my knowledge and belief. / Saya, dengan ini mengaku bahawa kenyataan saya di atas adalah lengkap dan benar, sejauh mana yang saya ketahui dan percayai.

Signature of Claimant / Tandatangan Pihak Yang Menuntut

Name / Nama : _____

IC No. / No. KP : _____

Date / Tarikh : _____

Signature of Witness / Tandatangan Saksi

Name / Nama : _____

IC No. / No. KP : _____

Date / Tarikh : _____

