

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 simptom 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 si mati 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 : _____


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>			
Disease or condition directly leading to death / Penyakit atau keadaan utama yang menyebabkan kematian	Year / Tahun	Mths / Bulan	Days / Hari	Hours / Jam
a) _____ due to / disebabkan oleh				
b) _____ due to / disebabkan oleh				
c) _____				

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 _____

