

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	a) _____ due to / disebabkan oleh	Year / Tahun	Mths / Bulan	Days / Hari	Hours / Jam
Antecedent causes / Sebab kedua	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 _____

