

# No.2 Kenyataan Pakar Perubatan

## No.2 Physician's Statement

---

1 a) Nama penuh si mati / *Deceased's name in full*

\_\_\_\_\_

b) Tempat tinggal pada masa kematian / *Residence at time of death*

\_\_\_\_\_

c) Pekerjaan / *Occupation*

\_\_\_\_\_

2 Berapa lamakah anda telah mengenali si mati? / *How long have you known the deceased?*

\_\_\_\_\_

3 Berapa lamakah anda telah menjadi perunding atau penasihat si mati? / *How long have you been the medical attendant or adviser of the deceased?*

\_\_\_\_\_

4 a) Adakah anda merawat si mati ketika penyakit terakhir beliau? / *Did you attend to the deceased during his last illness?*

\_\_\_\_\_

b) Jika ya, untuk penyakit apa? / *If so, for what disease?*

\_\_\_\_\_

5 a) Tarikh rawatan pertama anda / *Date of your first visit*   D  D  M  M  Y  Y  Y  Y  

b) Tarikh rawatan terakhir anda / *Date of your last visit*   D  D  M  M  Y  Y  Y  Y  

6 a) Tempat kematian / *Place of death*

\_\_\_\_\_

b) Tarikh kematian / *Date of death*   D  D  M  M  Y  Y  Y  Y  

7 a) Apakah punca langsung kematian? / *What was the immediate cause of death?*

\_\_\_\_\_

b) Berapa lamakah, pada pandangan anda, si mati mengalami penyakit ini? / *How long, in your opinion, did the deceased suffer from this disease?*

\_\_\_\_\_

8 a) Apakah penyakit penting lain, jika ada, yang dialami oleh si mati? / *From what other important disease, if any, did the deceased suffer?*

---

b) Nyatakan, dengan setepat mungkin, tempoh setiap penyakit / *State, as accurately as possible, the duration of each one*

---

9 Selama berapa lamakah si mati terlantar di rumah, atau dilarang dari mengurus hal rasmi? / *For how long was the deceased confined to the house, or prevented from attending to business?*

---

10 Adakah terdapat sebarang sebab khas, langsung atau tidak langsung, dalam tabiat, pekerjaan, atau tempat tinggal si mati? / *Was there any special cause, direct or indirect, for the death in the habits, occupation, or residence of the deceased?*

---

11 a) Adakah si mati menggunakan alkohol atau narkotik? / *Did the deceased use alcohol or narcotics?*

---

b) Jika ada, adakah ia merupakan penyebab kepada penyakit yang mengancam nyawa beliau? / *If so, did they contribute to the fatal disease?*

---

12 Sila berikan nama dan alamat, semua pakar perubatan lain, yang pada pengetahuan anda, merawat si mati dalam masa tiga tahun kebelakangan ini.

*Give names and addresses, of all other physicians and other practitioners who, to your knowledge, attended to the deceased during the past three years.*

Nama / Name	Alamat / Address	Penyakit atau Kelemahan dan Tarikh / Disease or Impairment and Date
----------------	---------------------	--

a)	a)	a)
----	----	----

---

b)	b)	b)
----	----	----

---

c)	c)	c)
----	----	----

---

13 a) Berapakah umur si mati? / *What was the age of the deceased?* \_\_\_\_\_

b) Tinggi / *Height* \_\_\_\_\_ cm    c) Berat / *Weight* \_\_\_\_\_ kg

d) Warna rambut / *Colour of hair* \_\_\_\_\_

e) Warna mata / *Colour of eyes* \_\_\_\_\_

f) Nyatakan sebarang tanda lahir, parut, atau tanda pengenalalan lain pada tubuh si mati / *Describe any birth marks, scars or other marks of identification on the deceased's body*

---

---

14 Kenyataan Tambahan / *Additional Remarks*

15 a) Sudah berapa lamakah anda bertugas sebagai pakar perubatan? / *How long have you practiced as a physician?*

b) Di manakah anda menerima pendidikan perubatan anda, dan bila? / *When did you receive your medical education and when?*

Saya, yang bertandatangan di bawah, dengan ini mengesahkan bahawa saya merupakan doktor yang merawat ketika penyakit terakhir \_\_\_\_\_ yang diinsuranskan dengan ZURICH LIFE INSURANCE MALAYSIA BERHAD di bawah no. Polisi \_\_\_\_\_ dan setiap jawapan di atas adalah benar pada pengetahuan dan kepercayaan terbaik saya.  
*I, the undersigned, hereby declare that I was the doctor in attendance during the last illness of \_\_\_\_\_ who was insured with ZURICH LIFE INSURANCE MALAYSIA BERHAD under Policy No. \_\_\_\_\_ and that each of the foregoing answers are true to the best of my knowledge and belief.*

Bertarikh pada / *Dated at*     D   D   M   M   Y   Y   Y   Y  
\_\_\_\_\_

Saya/Kami dengan ini memberikan kebenaran tanpa syarat dan tanpa keraguan kepada pihak syarikat dan syarikat-syarikat bersekutunya untuk memproses data peribadi saya/kami yang didedahkan di sini. Pihak syarikat adalah berkebebasan untuk memproses data berkenaan dan berkongsi maklumat yang didedahkan di sini kepada mana-mana penyedia perkhidmatan dan mana-mana syarikat bersekutunya dengan syarat bahawa pendedahan maklumat peribadi berkenaan adalah bertujuan dan berkaitan dengan insurans yang saya/kami pohon di sini. Kebenaran ini diberikan selaras dengan peruntukan di bawah Akta Perlindungan Data Peribadi 2010.  
*I/We hereby give my/our unconditional and unequivocal consent to you and all your related companies to process my/our personal data revealed hereto. You are at liberty to process the data and share the information revealed thereto with any of your service providers and your other related companies provided that the revelation of my/our personal data is strictly for the purposes in relation to the insurance which I/we have applied hereto. The consent given hereto is in line with the requirement set forth in the Personal Data Protection Act 2010.*

Tandatangan Pakar Perubatan /  
*Physician's Signature*

Cop Rasmi Hospital /  
*Hospital Official Stamp*

\_\_\_\_\_  
Nama Penuh / *Full Name* \_\_\_\_\_

Kelayakan / *Qualification* \_\_\_\_\_ No. K.P. / *I.C. No.* \_\_\_\_\_

Alamat / *Address* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
No. Tel / *Tel. No.* \_\_\_\_\_