



6. a. Adakah si mati menderita daripada penyakit-penyakit lain.  
*Did the deceased suffer from any other illness.*

b. Jika ya, Sila nyatakan penyakit-penyakit tersebut dan sejak bila  
*If yes, please state the illness and duration of illness.*

c. Adakah sebarang penyiasatan, ujian atau prosedur dijalankan?  
Jika ya, sila nyatakan maklumat lanjut atau salinan keputusan ujian asal yang disahkan  
*have any investigation, test or procedures been performed? If yes, please furnish us the details or certified true copy of the result.*

7. Berapa lamakah si mati berada di rumah atau terhalang daripada bekerja sebelum kematiannya?  
*For how long was deceased confined to the house or prevented from attending to his/her business?*

8. a. Adakah sebab-sebab tertentu berlakunya kematian, samada secara langsung atau tidak yang diakibatkan oleh amalan, pekerjaan atau kediaman si mati? Jika ya, sila terangkan.  
*Was there any special cause, directly or indirectly, for the death in the habits, occupation or residence of the deceased? If yes, please specify.*

b. Adakah kematian ini ada kaitan dengan penyakit HIV, AIDS atau yang berkaitan dengannya?  
*Is the cause of death was due to HIV, AIDS or related disease?*

c. Jika ya, apakah punca asal mendapat penyakit tersebut?  
(e.g. blood transfusion, STD, etc.)  
*If yes, what is the cause of the disease (e.g. blood transfusion, STD, etc.)*

9. Adakah si mati menggunakan alkohol atau narkotik?  
*Did the deceased consume alcohol or narcotic?*

10. Sila beri nama dan alamat semua pakar dan pangamal perubatan di mana di dalam pengetahuan anda telah merawat si mati dalam masa tiga tahun yang lalu.  
*Give names and addresses of all physicians and other practitioners who to your knowledge have attended the deceased during the past three years.*

| Nama / Name | Alamat / Address | Tarikh / Date |
|-------------|------------------|---------------|
|             |                  |               |
|             |                  |               |
|             |                  |               |

11. Jika helaian borang ini tidak mencukupi, sila tulis di lampiran lain dan hantarkan bersama borang ini  
*If the form is not enough to write all the information, please add paper and submit together.*

**C. MAKLUMAT PEGAWAI PERUBATAN / PHYSICIAN DETAILS**

1. a. Berapa lamakah anda telah bekerja sebagai pakar perubatan?  
*How long have you practiced as a physician?*

b. Dimanakah anda menerima pengajian perubatan anda dan bila?  
*Where did you received your medical education and when?*

**D. PENGAKUAN / DECLARATION**

Saya, penandatanganan di bawah, di sini mengaku bahawa saya adalah doktor yang mengendali sakit terakhir Tuan /Puan / Cik \_\_\_\_\_ yang dilindungi oleh Takaful Ikhlas Sdn Bhd di bawah No. Sijil \_\_\_\_\_ dan setiap keterangan-keterangan yang diberikan adalah benar di dalam pengetahuan dan kepercayaan saya.

*I, the undersigned, hereby declare that I was the doctor in attendance during the last illness of Mr/Mrs/Miss \_\_\_\_\_ who was insured with Takaful Ikhlas Sdn Bhd under the Certificate no. \_\_\_\_\_ and those of the foregoing answers are true to the best of my knowledge and belief.*

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Pegawai Perubatan  
*Signature of Medical Officer*

\_\_\_\_\_  
Cop Rasmi Hospital  
*Hospital Official Stamp*

Nama doktor / Name of doctor : \_\_\_\_\_

Kelulusan / Qualification : \_\_\_\_\_

Tarikh / Date : \_\_\_\_\_