



Collection Station
Stesen Kutipan

--	--



HOSPITALISATION CLAIM FORM (FOR INDIVIDUAL)

BORANG TUNTUTAN HOSPITALISASI (UNTUK INDIVIDU)

PART 1 : INFORMATION ON THE CERTIFICATE AND PERSON COVERED

BAHAGIAN 1 : MAKLUMAT SIJIL DAN ORANG DILINDUNGI

Certificate No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No. Sijil

Total Claim Amount (Medical Expenses only)
Jumlah Tuntutan (Perbelanjaan Perubatan sahaja)

RM

Name of Person Covered / *Nama Orang Dilindungi*

NRIC / Passport No. / *No. KP / Pasport*

Name of Claimant (if other than Person Covered)
Nama Penuntut (jika selain daripada Orang Dilindungi)

Relationship to Person Covered
Hubungan dengan Orang Dilindungi

Do you have other certificate with AIA PUBLIC?
Adakah anda mempunyai sijil lain bersama AIA PUBLIC? Yes / *Ya* No / *Tidak*

If Yes, please list down the certificate numbers.
Jika Ya, sila senaraikan nombor sijil anda.

Is the Person Covered also covered for accident benefits with other Takaful Operator / Insurance Company? If "Yes", please state.
Adakah Orang Dilindungi mempunyai faedah kemalangan dengan Pengendali Takaful / Syarikat Insurans yang lain? Jika "Ya", sila nyatakan.
 Yes / *Ya* No / *Tidak*

Name of Takaful Operator / Insurance Company
Nama Pengendali Takaful / Syarikat Insurans

Certificate / Policy No.
No. Sijil / Polisi

PART 2 : INFORMATION ON BANK ACCOUNT THIS CLAIM WILL BE PAID TO

BAHAGIAN 2 : MAKLUMAT AKAUN BANK UNTUK PEMBAYARAN TUNTUTAN

IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING
We will pay your approved claim to your bank account. Please complete this section and ensure that the bank account belong to the participant. / *Kami akan membuat pembayaran kepada akaun bank anda. Sila lengkapkan bahagian ini dan pastikan akaun bank dimiliki oleh peserta.*

Participant's Name / *Nama Peserta*

Name of Bank / *Nama Bank*

Participant's NRIC / Passport No. / *No. KP / Pasport Peserta*

Bank Account No. / *No. Akaun Bank*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Participant's Email Address / *Alamat Emel Peserta*

Participant's Mobile Tel. No. / *No. Tel. Bimbit Peserta*

PART 3 : INFORMATION ON THIS CLAIM
BAHAGIAN 3 : MAKLUMAT TUNTUTAN

TYPE OF CLAIM JENIS TUNTUTAN	DOCUMENTS TO BE SUBMITTED WITH THIS CLAIM FORM DOKUMEN-DOKUMEN YANG DIPERLUKAN UNTUK PENYERAHAN BORANG TUNTUTAN
<input type="checkbox"/> New Hospitalisation / Daycare <i>Hospitalisasi / Rawatan Harian</i> Please state date of hospitalisation / Sila berikan tarikh hospitalisasi <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="font-size: 10px;">DD/MM/YYYY</div> </div>	<input type="checkbox"/> Copy of Identity Card (NRIC) or Passport <i>Salinan Kad Pengenalan atau Pasport</i> <input type="checkbox"/> Original Itemised Bill, Official Receipt including deposit receipts. <i>Bil terperinci, Resit asal termasuk resit deposit</i> <input type="checkbox"/> Original Detailed Admission Bill <i>Butiran Bil Kemasukan Hospital (Invois/Penyata) asal</i> <input type="checkbox"/> Medical report completed by attending doctor. <i>Laporan kesihatan untuk faedah selain daripada vaksinasi and pemeriksaan kesihatan</i> <input type="checkbox"/> Copy of Lab and Radiology Reports <i>Keputusan Makmal & Radiologi</i>
<input type="checkbox"/> Pre or Post Hospitalisation Treatment <i>Rawatan Sebelum atau Selepas Hospitalisasi</i>	
<input type="checkbox"/> Hospital Income <i>Faedah Hospitalisasi</i>	
<input type="checkbox"/> Out-patient Kidney Dialysis/Out-patient Cancer Treatment <i>Rawatan Dialisis Pesakit Luar/Rawatan Kanser Pesakit Luar</i>	
<input type="checkbox"/> Emergency Accidental Out-patient Treatment <i>Rawatan Kecemasan Pesakit Luar</i> Please state date of accident / Sila berikan tarikh kemalangan <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="font-size: 10px;">DD/MM/YYYY</div> </div> <p>Tell us briefly how the accident happened / Terangkan dengan ringkas bagaimana ia berlaku:</p> <p>Tell us briefly about the injury suffered / Terangkan dengan ringkas kecederaan dialami:</p>	<input type="checkbox"/> For Overseas Treatment Rawatan di luar negara <input type="checkbox"/> Copy of Passport Indicating Biodata, Dates of Departure from Malaysia and Arrival Overseas or copy of Flight Ticket/Boarding Pass <i>Salinan Pasport yang menunjukkan biodata, tarikh keberangkatan dari Malaysia dan ketibaan di luar negara atau salinan tiket penerbangan/Boarding Pas</i> <input type="checkbox"/> Original Detailed Admission Bill showing breakdown of each charges and translation of foreign language to English Language <i>Butiran Bil asal yang menyenaraikan kos setiap caj dan terjemahan bahasa asing ke Bahasa Inggeris .</i> <input type="checkbox"/> For Prolonged Hospitalisation Hospitalisasi Berpanjangan <input type="checkbox"/> Copy of Lab Reports <i>Keputusan Makmal</i> <input type="checkbox"/> Copy of Itemised Bill <i>Salinan Bil terperinci</i>
<input type="checkbox"/> Flight Ticket for Overseas Treatment Benefit (A-Plus MedCare) <i>Faedah Tiket Penerbangan untuk Rawatan Luar Negara (A-Plus MedCare)</i>	<input type="checkbox"/> Copy of Identity Card (NRIC) or Passport <i>Salinan Kad Pengnalan atau Pasport</i> <input type="checkbox"/> Proof of hospitalisation or treatment or surgery done overseas <i>Bukti hospitalisasi, rawatan atau pembedahan di luar negara,</i> <input type="checkbox"/> Proof of payment of flight tickets <i>resit pembelian tiket penerbangan</i> <input type="checkbox"/> Referral letter from the Service Provider <i>Surat rujukan dari Penyedia Perkhidmatan</i>
<input type="checkbox"/> Health Wallet <input type="checkbox"/> Health Screening	<input type="checkbox"/> Copy of Identity Card (NRIC) or Passport <i>Salinan Kad Pengnalan atau Pasport</i> <input type="checkbox"/> Original Itemised Bill, Official Receipt. <i>Butiran Bil (Invois/Penyata) asal dan Resit asal</i> <input type="checkbox"/> Medical report for benefits other than Vaccination and health screening <i>Laporan kesihatan untuk faedah selain daripada vaaksinasi and pemeriksaan kesihatan</i>
<input type="checkbox"/> Review / Appeal of Existing Claim <i>Ulasan/Rayuan ke atas Tuntutan yang Sedia Ada</i>	<input type="checkbox"/> Supporting Documents <i>Dokumen tambahan</i>

PART 4 : DECLARATION AND AUTHORISATION
BAHAGIAN 4 : PENGISYTIHARAN DAN PEMBERIKUASAAN

- I/We confirm that the answers given are true and accurate. / Saya/kami mengesahkan bahawa jawapan yang diberikan adalah benar dan tepat.
- I/We understand that AIA PUBLIC's acceptance of this form is not an admission of AIA PUBLIC's liability of my/our claim. / Saya/kami memahami bahawa penerimaan borang oleh AIA PUBLIC tidak boleh dianggap sebagai penerimaan liabiliti ke atas tuntutan yang dibuat.
- I/We authorise any institution or individual that has any records or knowledge of my/our health and medical history to disclose such information to AIA PUBLIC or its representative. / Saya/kami memberi kuasa kepada mana-mana institusi atau individu yang mempunyai rekod atau maklumat tentang kesihatan dan sejarah perubatan saya/kami untuk mendatahkannya kepada AIA PUBLIC atau wakil AIA PUBLIC.

PRIVACY STATEMENT / KENYATAAN PRIVASI

I/We understand and agree that any personal information collected or held by AIA PUBLIC (whether contained in this application or otherwise obtained, including through credit reporting agencies) may be held, used, and disclosed by AIA PUBLIC to individuals/organizations related to and associated with AIA PUBLIC or any selected third party (within or outside of Malaysia, including but not limited to retakaful and claims investigation companies, industry associations/federations and credit reporting agencies) for the purpose of (a) processing this application; (b) providing subsequent service for this; (c) for AIA PUBLIC data matching; and (d) to review and advise on my/our coverage with AIA PUBLIC. I/We understand that I/we have a right to obtain access to and to request correction of any personal information held by AIA PUBLIC concerning me/us. Such request can be made to any of AIA's Customer Centre. / Saya/Kami faham dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh AIA PUBLIC (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain, termasuk melalui agensi pelaporan kredit) boleh dipegang, digunakan, dan diberikan oleh AIA PUBLIC kepada individu/organisasi yang berhubung dan berkaitan dengan AIA PUBLIC atau mana-mana pihak ketiga yang dipilih (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk tetapi tidak terhad kepada syarikat pengendali takaful semula dan syarikat penyiasatan tuntutan, persatuan/persekutuan industri dan agensi pelaporan kredit) bagi tujuan (a) memproses permohonan ini (b)memberikan khidmat seterusnya (c) untuk pepadanan data AIA PUBLIC; dan (d)menyemak dan memberi nasihat mengenai perlindungan saya/ kami dengan AIA PUBLIC. Saya/Kami faham bahawa saya/kami berhak memperoleh akses kepada, dan memohon pembetulan sebarang maklumat peribadi yang dipegang oleh AIA PUBLIC berkaitan dengan saya/kami. Permohonan seperti itu boleh dibuat di mana-mana Pusat Pelanggan AIA.

Important Note: / Nota Penting:

AIA PUBLIC may review and/or update the Privacy Statement from time to time to reflect the changes in law and/or AIA PUBLIC internal policy. For more information on how AIA PUBLIC deals with personal information, please refer to the latest Privacy Statement on our website at www.aia.com.my. / AIA PUBLIC mungkin menyemak semula dan/atau mengemas kini Kenyataan Privasi dari masa ke masa berdasarkan perubahan dalam undang-undang dan/atau polisi dalaman AIA PUBLIC. Untuk maklumat lanjut mengenai cara AIA PUBLIC menguruskan maklumat peribadi, sila rujuk Kenyataan Privasi terbaru di laman web kami di www.aia.com.my.

I/We authorise

Saya/Kami dengan ini membenarkan _____

NRIC No. _____ or my AIA Life Planner
No. KP _____ atau Perancang Hayat AIA _____

Life Planner Code _____ to assist me with this claim.
Kod Perancang Hayat _____ No. Tel. Perancang Hayat _____ bagi membantu dalam tuntutan ini.

Signed on _____ DD/MM/YYYY
Ditandatangani pada _____ HH/BB/TTTT

Signature of Person Covered/Claimant
Tandatangan Orang Dilindungi/Penuntut

Name / Nama _____

NRIC / Passport No. / No. KP / Pasport _____

MEDICAL INFORMATION REQUEST FOR HOSPITALISATION CLAIM FORM

BORANG PERMOHONAN MAKLUMAT PERUBATAN UNTUK TUNTUTAN HOSPITALISASI

TO BE COMPLETED BY DOCTOR, PAID FOR BY THE PERSON COVERED

UNTUK DILENGKAPKAN OLEH DOKTOR DENGAN PERBELANJAAN DITANGGUNG OLEH ORANG DILINDUNGI

Name of Patient

Nama Pesakit

NRIC / Passport No.

No. KP / Pasport

Age

Umur

Gender

Jantina

 Male
Lelaki Female
Perempuan

1. Hospitalisation Details

Faedah Hospitalisasi

Admission / Daycare / Outpatient Date

Tarikh Masuk / Rawatan Harian / Pesakit Luar

DD	MM	YYYY	-	HH	BB	TTTT
----	----	------	---	----	----	------

DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT

Admission No.

No. Kemasukan

Discharge Date

Tarikh Keluar

DD	MM	YYYY	-	HH	BB	TTTT
----	----	------	---	----	----	------

DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT

2. Was the patient referred to your hospital by another doctor?
If "Yes", please indicate his/her name, address and provide a copy of referral letter.

 Yes
Ya No
Tidak

Adakah pesakit dirujuk ke hospital anda oleh doktor lain?
Jika "Ya", sila nyatakan nama dan alamat beliau serta berikan salinan surat rujukan.

3. When did you first see the patient for this illness?

Tarikh ketika anda pertama kali merawat pesakit untuk penyakit ini?

DD	MM	YYYY	-	HH	BB	TTTT
----	----	------	---	----	----	------

DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT

4. What symptoms did the patient raise when he/she first saw you for this illness?

Apakah simptom yang dinyatakan oleh pesakit ketika dia mula melawat anda untuk penyakit ini?

5. (a) According to the patient, how long had he/she experienced those symptoms before first seeing you?
Menurut pesakit, berapa lama beliau telah mengalami simptom tersebut sebelum menemui anda?

(b) In your opinion, how long did the symptoms last?
Pada pendapat anda, berapa lamakah simptom tersebut telah berlaku?

6. Has the patient consulted another doctor for the same or similar symptoms in the past? If so, please give details.

Adakah pesakit menemui doktor lain sebelum ini berkaitan simptom tersebut? Jika ya, sila berikan maklumat lanjut.

 Yes
Ya No
Tidak

7. Have any investigations, tests or procedures been performed? If "Yes", please provide us the details or attach a certified true copy of the results.

Adakah sebarang pemeriksaan, ujian atau prosedur telah dijalankan? Jika "Ya", sila nyatakan maklumat tersebut atau sertakan salinan keputusan ujian yang telah disahkan benar.

 Yes
Ya No
Tidak

8. Why was hospitalisation required? Could the patient have been treated as an outpatient?

Mengapa hospitalisasi diperlukan? Bolehkah sekiranya pesakit dirawat sebagai pesakit luar?

9. (a) What is your diagnosis and ICD9/ICD10 code?

Apakah diagnosis anda dan kod ICD9/ICD10?

- (b) What was the underlying cause?

Apakah punca penyebabnya?

- (c) Did you inform the patient of your diagnosis? If so, when did you do so?

Adakah anda memberitahu pesakit tentang diagnosis anda? Jika ya, bila anda memberitahunya?

 Yes
YaDate Informed
Tarikh Diberitahu

DD	HH	-	MM	BB	-	YYYY	TTTT
----	----	---	----	----	---	------	------

 No
Tidak

10. (a) Nature of medical treatment given / planned and / or operation to be performed.
Bentuk rawatan perubatan yang diberi / dirancang dan / atau pembedahan yang akan dijalankan. _____
- (b) Name of Surgeon
Nama Pakar Bedah _____
- (c) Date of Operation
Tarikh Pembedahan - - DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT
- (d) MMA OPCS code / PHFSR code
Kod MMA OPCS / Kod PHFSR _____

11. Is the treatment related to:
Adalah rawatan berkaitan dengan:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cosmetic / plastic surgery, routine health screening
<i>Pembedahan kosmetik / plastik, pemeriksaan perubatan rutin</i> | <input type="checkbox"/> Pregnancy, childbirth, sterilisation, infertility
<i>Kehamilan, kelahiran, pemandulan, kemandulan</i> |
| <input type="checkbox"/> Intoxication, illegal drugs
<i>Kemabukan, penyalahgunaan dadah</i> | <input type="checkbox"/> Psychotic / mental disorder / anxiety / sleep disorder
<i>Psikotik / penyakit mental / keresahan / penyakit susah tidur</i> |
| <input type="checkbox"/> Self-inflicted injury, suicide, attempted suicide
<i>Tindakan melukakan diri sendiri, bunuh diri, percubaan bunuh diri</i> | <input type="checkbox"/> Hazardous sports, unlawful act
<i>Sukan berbahaya, tindakan melanggar undang-undang</i> |
| <input type="checkbox"/> Congenital
<i>Kongenital</i> | <input type="checkbox"/> Dental treatment
<i>Rawatan pergigian</i> |
| <input type="checkbox"/> Hereditary conditions
<i>Penyakit keturunan</i> | <input type="checkbox"/> Please provide details:
<i>Sila nyatakan:</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> AIDS, ARC, HIV, related diseases
<i>AIDS, ARC, HIV, penyakit berkenaan</i> | |

12. Is there a possibility of a relapse?
Apa-apa kemungkinan penyakit ini akan berulang? Yes / Ya No / Tidak

13. Has the patient previously been treated or hospitalised in this or any other hospital for this or any other serious disorder? If so, please state.
Adakah pesakit sebelum ini dirawat atau dimasukkan ke hospital ini atau mana-mana hospital lain untuk penyakit ini atau apa-apa gangguan serius lain? Jika ya, sila nyatakan.
- | Date (DD/MM/YYYY)
<i>Tarikh (HH/BB/TTTT)</i> | Diseases / Disorders
<i>Penyakit / Gangguan</i> | Details of Treatments / Hospitalisations
<i>Butiran Rawatan / Hospitalisasi</i> | Doctors' / Hospitals' Names
<i>Nama Doktor / Hospital</i> |
|---|--|--|--|
| (a) _____ | _____ | _____ | _____ |
| (b) _____ | _____ | _____ | _____ |
| (c) _____ | _____ | _____ | _____ |

14. To be completed if patient is female
Untuk diisi sekiranya pesakit adalah wanita
- Was the patient pregnant at the time of hospitalisation?
Adakah pesakit mengandung ketika hospitalisasi? Yes / Ya _____ months / bulan No / Tidak

I hereby certify that I have personally examined and treated the Person Covered for his/her injuries/illness described and that the facts as stated above represent my medical opinion of his/her condition.
Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya sendiri telah memeriksa dan merawat kecederaan Orang Dilindungi seperti yang tersebut di atas dan bahawa fakta-fakta yang dinyatakan di atas merupakan pandangan perubatan saya mengenai keadaan beliau.

Signature of Attending Physician
Tandatangan Pegawai Perubatan Yang Merawat

Qualification
Kelayakan

Contact No.
No. Untuk Dihubungi

Name & Address (Official Stamp)
Nama dan Alamat (Cop Rasmi)

Date (DD/MM/YYYY)
Tarikh (HH/BB/TTTT)