



AIA Bhd. 200701032867 (790895-D)

Collection Station  
Stesen Kutipan



## HOSPITALISATION CLAIM FORM (FOR INDIVIDUAL)

BORANG TUNTUTAN HOSPITALISASI (UNTUK INDIVIDU)

### PART 1 : INFORMATION ON THE POLICY AND INSURED PERSON

BAHAGIAN 1 : MAKLUMAT POLISI DAN ORANG YANG DIINSURANSKAN

Policy No.  
No. Polisi

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

RM

Name of Insured Person / Nama Orang Yang Diinsuranskan

NRIC / Passport No. / No. KP / Pasport

Name of Person making this claim (if other than Insured Person)  
Nama Penuntut (jika selain daripada Orang Yang Diinsuranskan)

Relationship to Insured Person  
Hubungan dengan Orang Yang Diinsuranskan

Do you have other policies with AIA?  
Adakah anda mempunyai polisi lain bersama AIA?

Life  
Nyawa

Personal Accident  
Kemalangan Diri

Is the Insured Person also covered for hospitalisation benefits with other insurance companies? If "Yes", please state.

Name of Insurance Companies  
Nama Syarikat Insurans

Policy No.  
No. Polisi

Adakah Orang Yang Diinsuranskan juga dilindungi faedah hospitalisasi dengan lain-lain syarikat? Jika "Ya", sila nyatakan.

Yes / Ya

No / Tidak

### 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 directly to your bank account. Please fill out this section and ensure that the bank account details belong to the policyholder. / Kami akan membuat pembayaran secara terus kepada akaun bank anda. Sila lengkapkan bahagian ini dan pastikan kesemua maklumat adalah berkaitan akaun bank dimiliki oleh pemegang polisi.

Policyowner's Name / Nama Pemilik Polisi

Name of Bank / Nama Bank

Policyowner's NRIC No. / No. KP Pemilik Polisi

Bank Account No. / No. Akaun Bank

Policyowner's Email Address / Alamat Emel Pemilik Polisi

Policyowner's Mobile Tel. No. / No. Tel. Bimbit Pemilik Polisi

### 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"/> <b>New Hospitalisation / Daycare</b> <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> <span style="font-size: 20px;">-</span> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <span style="font-size: 20px;">-</span> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <div style="text-align: right; font-size: 10px;"> <b>DD/MM/YYYY</b>  <b>HH/BB/TTTT</b> </div>	<input type="checkbox"/> Copy of Identity Card (NRIC) or Passport <i>Salinan Kad Pengnalan atau Pasport</i> <input type="checkbox"/> Original Official Receipt including deposit receipts. <i>Resit asal termasuk resit deposit</i> <input type="checkbox"/> Original Itemised Bill <i>Butiran Bil (Invois/Penyata) asal</i> <input type="checkbox"/> Medical report - Part 4 of this claim form completed by attending doctor. <i>Laporan kesihatan untuk faedah selain daripada vaaksinasi and pemeriksaan kesihatan</i> <input type="checkbox"/> Copy of Lab and Radiology Reports <i>Keputusan Makmal &amp; Radiologi</i>
<input type="checkbox"/> <b>Pre or Post Hospitalisation Treatment</b> <i>Rawatan Sebelum atau Selepas Hospitalisasi</i>	<input type="checkbox"/> <b>For Overseas Treatment</b> <b>Rawatan di luar negara</b>
<input type="checkbox"/> <b>Out-patient Kidney Dialysis/Out-patient Cancer Treatment</b> <i>Rawatan Dialisis Pesakit Luar/Rawatan Kanser Pesakit Luar</i>	<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"/> <b>Emergency Accidental Out-patient Treatment</b> <i>Rawatan Kecemasan Pesakit Luar</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> <span style="font-size: 20px;">-</span> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <span style="font-size: 20px;">-</span> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <div style="text-align: right; font-size: 10px;"> <b>DD/MM/YYYY</b>  <b>HH/BB/TTTT</b> </div> <p style="font-size: 10px;">Tell us briefly how the accident happened / Terangkan dengan ringkas bagaimana ia berlaku:</p> <p>_____</p> <p style="font-size: 10px;">Tell us briefly about the injury suffered / Terangkan dengan ringkas kecederaan dialami:</p> <p>_____</p>	<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"/> <b>Flight Ticket for Overseas Treatment Benefit (A-Plus MedCare)</b> <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"/> 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"/> <b>Health Wallet</b>	<input type="checkbox"/> <b>Review / Appeal of Existing Claim</b> <i>Ulasan/Rayuan ke atas Tuntutan yang Sedia Ada</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.

- 1) I/We understand that AIA Bhd.'s acceptance of this form is not an admission of AIA Bhd.'s liability of my/our claim. / Saya/kami memahami bahawa penerimaan borang oleh AIA Bhd tidak boleh dianggap sebagai penerimaan liabiliti ke atas tuntutan yang dibuat.
- 2) 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 Bhd. 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 mendedahkannya kepada AIA Bhd atau wakil AIA Bhd.
- 3) I/We understand and agree that any personal information collected or held by AIA Bhd. (whether through this application or otherwise obtained) may be used and disclosed by AIA Bhd. to individuals/institutions related to and associated with AIA Bhd. or any selected third party within or outside Malaysia such as reinsurers, claims investigation companies and industry associations to process this application. The information may also be used to provide service for this and other financial products ad to communicate with me/us. I/We understand that I/we have a right to get access to and request for correction of any personal information held by AIA Bhd. Such requests ca be made at any AIA Bhd. Customer Centres. / Saya/kami memahami dan bersetuju bahawa maklumat peribadi yang dikumpul atau dipegang oleh AIA Bhd. (sama ada melalui permohonan ini ataupun cara lain) boleh digunakan dan didedahkan kepada individu atau institusi yang berkaitan dengan AIA Bhd.atau mana-mana pihak ketiga di dalam atau di luar Malaysia seperti penanggung insurans semula (reinsurer), syarikat penyiasatan tuntutan dan persatuan industry bagi memproses permohonan ini. Maklumat tersebut juga boleh digunakan untuk memberikan perkhidmatan ke atas permohonan ini dan juga produk kewangan lain. Saya/Kami memahami bahawa saya/kami mempunyai hak untuk mendapatkan dan memohon pembetulan dibuat ke atas mana-mana maklumat persendirian yang disimpan oleh AIA Bhd. Permohonan tersebut boleh dibuat di mana-mana cawangan Pusat Khidmat Pelanggan AIA Bhd.

I/We authorise

Saya/Kami dengan ini membenarkan \_\_\_\_\_

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

Life Planner Code \_\_\_\_\_ Life Planner's Tel. No. \_\_\_\_\_ 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 Insured Person/Person making this claim  
 Tandatangan Orang Yang Diinsuranskan/Penuntut

\_\_\_\_\_ Name / Nama

\_\_\_\_\_ NRIC No. / No. KP

**MEDICAL INFORMATION REQUEST FOR HOSPITALISATION CLAIM FORM**

BORANG PERMOHONAN MAKLUMAT PERUBATAN UNTUK TUNTUTAN HOSPITALISASI

**TO BE COMPLETED BY DOCTOR, PAID FOR BY THE INSURED PERSON**

UNTUK DILENGKAPKAN OLEH DOKTOR DENGAN PERBELANJAAN DITANGGUNG OLEH ORANG YANG DIINSURANSKAN

Name of Patient

Nama Pesakit

NRIC No.

No. KP

Age

Umur

Sex

Jantina

Male  
LelakiFemale  
Perempuan

## 1. Hospitalisation Details

Faedah Hospitalisasi

Admission / Daycare / Outpatient Date

Tarikh Masuk / Rawatan Harian / Pesakit Luar

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

DD/MM/YYYY  
HH/BB/TTTT

Admission No.

No. Kemasukan

Discharge Date

Tarikh Keluar

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

DD/MM/YYYY  
HH/BB/TTTT2. 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  
YaNo  
TidakAdakah 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

## 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  
YaNo  
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  
YaNo  
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  
Ya

Date 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<br><i>Pembedahan kosmetik / plastik, pemeriksaan perubatan rutin</i>     | <input type="checkbox"/> Pregnancy, childbirth, sterilisation, infertility<br><i>Kehamilan, kelahiran, pemandulan, kemandulan</i>                       |
| <input type="checkbox"/> Intoxication, illegal drugs<br><i>Kemabukan, penyalahgunaan dadah</i>   | <input type="checkbox"/> Psychotic / mental disorder / anxiety / sleep disorder<br><i>Psikotik / penyakit mental / keresahan / penyakit susah tidur</i> |
| <input type="checkbox"/> Self-inflicted injury, suicide, attempted suicide<br><i>Tindakan melukakan diri sendiri, bunuh diri, percubaan bunuh diri</i> | <input type="checkbox"/> Hazardous sports, unlawful act<br><i>Sukan berbahaya, tindakan melanggar undang-undang</i>                                     |
| <input type="checkbox"/> Congenital<br><i>Kongenital</i>   | <input type="checkbox"/> Dental treatment<br><i>Rawatan pergigian</i>   |
| <input type="checkbox"/> Hereditary conditions<br><i>Penyakit keturunan</i>  | <input type="checkbox"/> Please provide details:<br><i>Sila nyatakan:</i> _____   |
| <input type="checkbox"/> AIDS, ARC, HIV, related diseases<br><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)<br><i>Tarikh (HH/BB/TTTT)</i> | Diseases / Disorders<br><i>Penyakit / Gangguan</i> | Details of Treatments / Hospitalisations<br><i>Butiran Rawatan / Hospitalisasi</i> | Doctors' / Hospitals' Names<br><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 Insured Person 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 yang Diinsuranskan 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)*