



HOSPITALISATION CLAIM FORM (CREDIT LIFE)
BORANG TUNTUTAN RAWATAN HOSPITAL (TAKAFUL HAYAT KREDIT)

PART 1 : INFORMATION ON THE CERTIFICATE AND MASTER CERTIFICATE HOLDER
BAHAGIAN 1 : MAKLUMAT SIJIL DAN PEMEGANG SIJIL UTAMA

IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING

We will pay your approved claim (if any) directly to your bank account. Please fill out this section and ensure that the bank account details belong to the Master Certificate Holder. / Kami akan membuat pembayaran (jika ada) secara terus kepada akaun bank anda. Sila lengkapkan bahagian ini dan pastikan kesemua maklumat berkaitan akaun bank adalah dimiliki oleh Pemegang Sijil Utama.

Master Certificate Holder's Name / Nama Pemegang Sijil Utama

Address / Alamat

Contact Person & Telephone No. / Orang yang Dihubungi & No. Telefon

Email Address of Master Certificate Holder / Alamat Emel Pemegang Sijil Utama

Postcode

Country

Poskod

Negara

INFORMATION ON BANK ACCOUNT THIS CLAIM WILL BE PAID TO:
MAKLUMAT AKAUN BANK UNTUK PEMBAYARAN TUNTUTAN:

Name of Bank / Nama Bank

Bank Account No. / No. Akaun Bank

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

PART 2 : INFORMATION ON THE CERTIFICATE OF TAKAFUL AND PERSON COVERED
BAHAGIAN 2 : MAKLUMAT SIJIL TAKAFUL DAN ORANG DILINDUNGI

IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING

We will pay your approved claim (if any) directly to your bank account. Please fill out this section and ensure that the bank account details belong to the Person Covered. / Kami akan membuat pembayaran (jika ada) secara terus kepada akaun bank anda. Sila lengkapkan bahagian ini dan pastikan kesemua maklumat berkaitan akaun bank adalah dimiliki oleh Orang Dilindungi.

Certificate Number
Nombor Sijil

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Do you have other Certificates with AIA PUBLIC? Yes No

Adakah anda mempunyai Sijil lain dengan AIA PUBLIC?

Ya Tidak

If yes, please state the Certificate number(s)

Jika ada, sila nyatakan nombor Sijil

Name of Person Covered / Nama Orang Dilindungi

NRIC/Passport No. / No. KP/Passport

Telephone No. / No. Telefon

Email Address of Person Covered / Alamat Emel Orang Dilindungi

Residence
Rumah

Mobile Tel. No.
No. Tel. Bimbit

Is the Person Covered also covered by other Takaful companies? If "Yes", please state.

Adakah Orang Dilindungi mempunyai Sijil dengan lain-lain syarikat? Jika "Ya", sila nyatakan.

Yes
Ya

No
Tidak

Name of Takaful Companies
Nama Syarikat Takaful

Certificate No.
No. Sijil

Effective Date (DD/MM/YYYY)
Tarikh Mula Takaful (HH/BB/TTTT)

**INFORMATION ON BANK ACCOUNT THIS CLAIM WILL BE PAID TO:
MAKLUMAT AKAUN BANK UNTUK PEMBAYARAN TUNTUTAN:**

Name of Bank / Nama Bank _____

Bank Account No. / No. Akaun Bank _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|
| 1. | Admission Date <i>Tarikh Masuk Hospital</i> | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> DD/MM/YYYY HH/BB/TTTT | | | - | | | - | | | | | | |
| | | - | | | - | | | | | | | | | |
| 2. | Discharge Date <i>Tarikh Keluar Hospital</i> | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> DD/MM/YYYY HH/BB/TTTT | | | - | | | - | | | | | | |
| | | - | | | - | | | | | | | | | |
| 3. | Type of <i>Jenis</i> | <input type="checkbox"/> New Claim <i>Tuntutan Baru</i> <input type="checkbox"/> Claim for Pre or Post Hospitalisation Treatment <i>Tuntutan Rawatan Sebelum atau Selepas Rawatan Hospital</i> <input type="checkbox"/> Review/Appeal of Existing Claim <i>Ulasan/Rayuan ke atas Tuntutan yang sedia ada</i> | | | | | | | | | | | | |

**PLEASE COMPLETE THIS SECTION IF THE STAY IN HOSPITAL WAS CAUSED BY AN ACCIDENT
SILA LENGKAPKAN BAHAGIAN INI JIKA HOSPITALISASI ADALAH AKIBAT KEMALANGAN**

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|---|---|--|---|--|--|--|--|--|--|
| 4. | (a) When did the accident happen? <i>Bila kemalangan tersebut berlaku?</i> | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> DD / HH MM / BB YYYY / TTTT HR / JAM MIN / MIN <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm | | | - | | | - | | | | | | |
| | | | - | | | - | | | | | | | | |
| | (b) Tell us briefly how the accident happened. <i>Terangkan dengan ringkas bagaimana ia berlaku.</i> | | | | | | | | | | | | | |
| (c) Tell us briefly about the injuries suffered. <i>Terangkan dengan ringkas kecederaan dialami.</i> | | | | | | | | | | | | | | |

**PART 5 : DECLARATION AND AUTHORIZATION
BAHAGIAN 5 : PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA**

- 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 mendedahkannya 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 pemadanan 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 hereby authorise _____

Saya/Kami dengan ini membenarkan _____

NRIC No.
No. KP _____

Relationship
Hubungan _____

Contact No.
No. Telefon _____

to assist me/us with this claim.
untuk membantu saya/kami dalam tuntutan ini.

Signature of Witness
Tandatangan Saksi

Name / *Nama*

NRIC No. / *No. KP*

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

Signature of Person Covered
Tandatangan Orang Dilindungi

Name / *Nama*

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

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

BY MASTER CERTIFICATE HOLDER / OLEH PEMEGANG SIJIL UTAMA

The Master Certificate Holder hereby gives notice of the *disability/death of the Person Covered/Deceased and makes claim for the said Takaful to AIA PUBLIC and agrees that the written statements and affidavits of all the physicians who attended or treated the Person Covered/Deceased and all other papers called for by the instructions hereon shall constitute and be made part of the proof of *disability/death. / *Dengan ini pihak Pemegang Sijil Utama memberi notis *kehilangan upaya/kematian Orang Dilindungi/Simati dan membuat tuntutan pampasan kepada AIA PUBLIC dan bersetuju bahawa semua kenyataan bertulis dan affidavit para doktor yang pernah merawat Orang Dilindungi/Simati dan lain-lain dokumen bersurat yang telah diperolehi adalah kandungan atau sebahagian dari bukti *kehilangan upaya/kematian.*

Authorised Signatory / *Tandatangan yang Disahkan*

Company Stamp / *Cop Rasmi Syarikat*

Address / *Alamat*

Note: *Delete where inapplicable
*Nota: *Potong mana yang tidak berkenaan*

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

DOCUMENTS TO BE SUBMITTED WITH THIS CLAIM FORM
DOKUMEN-DOKUMEN YANG DIPERLUKAN UNTUK PENYERAHAN BORANG TUNTUTAN

1. Copy of discharge note/hospital bill showing admission and discharge date and Diagnosis Result for Hospital Benefit Claim (If medical report is not provided).
2. Original itemised bills (Invoice/Statement) and original official receipts including deposit receipts.
3. Copy of Lab and Radiology Reports (MRI, CT Scan, Ultrasound, X-Ray, ECG, Histopathology, Biopsy & Other Medical Tests).
4. For Overseas Treatment, to include: Copy of Passport Indicating Biodata, Dates of Departure from Malaysia and Arrival Overseas or copy of Flight Ticket/Boarding Pass, Original Detailed Admission Bill showing breakdown of each charges and translation of foreign language.

1. Salinan nota keluar hospital/bil hospital menunjukkan tarikh masuk dan keluar hospital berserta keputusan diagnosis untuk tuntutan Faedah Hospital (jika laporan perubatan tidak diberi).
2. Bil (Invois/Penyata) dan resit asal termasuk resit deposit.
3. Keputusan Makmal & Radiologi (Imbasan CT, Ultrasound, X-Ray, ECG, Histopatologi, Biopsi & Keputusan Ujian yang lain).
4. Untuk rawatan di luar negara, disertakan: Salinan Pasport yang menunjukkan biodata, tarikh keberangkatan dari Malaysia dan ketibaan di luar negara atau salinan tiket penerbangan/ Pas Berlepas, Butiran Bil asal yang menyenaraikan kos setiap caj dan terjemahan bahasa asing.