

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 DENGAN 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="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;">DD/MM/YYYY HH/BB/TTTT</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 dan pemeriksaan kesihatan</i> <input type="checkbox"/> Copy of Lab and Radiology Reports <i>Keputusan Makmal dan Radiologi</i>
<input type="checkbox"/> Pre or Post Hospitalisation Treatment <i>Rawatan Sebelum atau Selepas Hospitalisasi</i>	<input type="checkbox"/> For Overseas Treatment Rawatan di luar negara
<input type="checkbox"/> Hospital Income <i>Faedah Hospitalisasi</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"/> For Prolonged Hospitalisation <i>Hospitalisasi Berpanjangan</i> <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"/> Out-patient Kidney Dialysis/Out-patient Cancer Treatment <i>Rawatan Dialisis Pesakit Luar/Rawatan Kanser Pesakit Luar</i>	<input type="checkbox"/> Copy of Identity Card (NRIC) or Passport <i>Salinan Kad Pengenalan 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"/> 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="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;">DD/MM/YYYY HH/BB/TTTT</div> <p>Tell us briefly how the accident happened / Terangkan dengan ringkas bagaimana ia berlaku:</p> <p>_____</p> <p>Tell us briefly about the injury suffered / Terangkan dengan ringkas kecederaan dialami:</p> <p>_____</p>	<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. <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 vaksinasi dan pemeriksaan kesihatan</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"/> 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 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.
- 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 mendedehkannya kepada AIA Bhd atau wakil AIA Bhd.
- 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

IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING

This section only needs to be completed if this is a **New Claim**. / Bahagian ini mesti diisi jika ianya Tuntutan Baharu.

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

Lelaki

Female

Perempuan

1. Hospitalisation Details

Faedah Hospitalisasi

Admission / Daycare / Outpatient Date

Tarikh Masuk / Rawatan Harian / Pesakit Luar

DD	MM	YYYY
----	----	------

DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT

Admission No.

No. Kemasukan

Discharge Date

Tarikh Keluar

DD	MM	YYYY
----	----	------

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

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
Ya

Date Informed
Tarikh Diberitahu

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

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 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)