



**Corporate Solutions - Outpatient Claim
 July 2018**

CLAIM NO. For Office Use Only

IMPORTANT NOTE

- *1. Copy of Identity Card (NRIC) or Passport.
- 2. Please complete the information for Employee and Patient based on the NRIC and Member ID Card.
- 3. One form is applicable for one visit only.
- 4. Field marked with (*) is compulsory.

A. EMPLOYEE INFORMATION

*Name of Employee (as in NRIC)
 [Grid for name entry]

*Employee NRIC No. / Passport No. [Grid] *Mobile No. [Grid] - [Grid] This number will be used for your claim status notification.

*Email Address
 [Grid for email entry]

*Name of Company / Employer
 [Grid for company name entry]

B. PATIENT INFORMATION

*Name of Patient [Grid] Same as above

*Membership No. (as in Member ID Card) [Grid] Relationship to Employee
 Spouse Child

C. DETAILS OF VISIT

*Date of Visit [d][d] - [m][m] - [y][y][y][y] Time of Visit [] : [] am pm No. of Medical Certificate Days [][]

D. *TYPE OF CLAIM

Please tick one of the below box.	Required Document				Details	Amount (RM)
	Original Receipt	Detailed Itemised Bill For Each Medication / Immunisation / Injection / Lab Test / X-ray If Your Bill Amount Is	Referral Letter	Lab / X-ray Report (if any)		
<input type="checkbox"/> GP Claim GGP1	✓	Above RM80.00		✓	<input type="checkbox"/> Panel GP <input type="checkbox"/> Non-Panel GP	
<input type="checkbox"/> Specialist Claim GSP1 <i>(Paediatrician Claim only applicable for direct access benefit with no referral letter required.)</i>	✓	Above RM150.00	✓	✓	Follow up visit? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, is it related to <input type="checkbox"/> Specialist Care <input type="checkbox"/> Hospitalisation Date of last visit / admission [d][d] - [m][m] - [y][y][y][y]	
<input type="checkbox"/> Immunisation Claim GSP1 <i>(Only mandatory vaccination approved by Ministry of Health for children is eligible for reimbursement)</i>	✓	Above RM80.00			Name of Immunisation 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	
<input type="checkbox"/> Optical Claim OPTC	✓	Not Applicable				
<input type="checkbox"/> Health Screening Claim GMEX	✓	Not Applicable		✓		
<input type="checkbox"/> Dental Claim GDN1	✓	Above RM100.00			Dental Consultation Extraction Filling Scaling / Polishing Medication Others	_____ _____ _____ _____ _____

Sila tandakan salah satu kotak di bawah.	Dokumen Diperlukan				Maklumat Lanjut	Jumlah (RM)
	Resit Asal	Butiran Bil Terperinci Untuk Kos Setiap Ubat / Imunisasi / Suntikan / Ujian Makmal / X-ray Jika Amaun Bil Anda	Surat Rujukan	Ujian Makmal / Laporan X-ray (jika ada)		
<input type="checkbox"/> Tuntutan Kehamilan GMT1	✓	Melebihi RM150.00		✓	Pra-Natal Selepas Bersalin Bersalin <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pembedahan Keguguran	_____ _____ _____ _____
*Jumlah Tuntutan						

E. *SEBAB-SEBAB MENDAPAT RAWATAN	F. *PENJELASAN UNTUK PEMBAYARAN BALIK						
<input type="checkbox"/> DN Pergigian <input type="checkbox"/> 06G Optik <input type="checkbox"/> MT Kehamilan Penyakit Umum <input type="checkbox"/> 789 Sakit Perut <input type="checkbox"/> 724 Sakit Belakang <input type="checkbox"/> 466 Bronkitis <input type="checkbox"/> 879 Luka / Melecur <input type="checkbox"/> 311 Kemurungan <input type="checkbox"/> 787 Cirit-birit / Muntah-muntah <input type="checkbox"/> 388 Sakit Telinga <input type="checkbox"/> 379 Sakit Mata <input type="checkbox"/> 465 Demam / Batuk / Selsema <input type="checkbox"/> 005 Keracunan Makanan <input type="checkbox"/> 535 Gastrik <input type="checkbox"/> 629 Sakit Puan <input type="checkbox"/> 346 Sakit Kepala / Migrain <input type="checkbox"/> V06 Imunisasi <input type="checkbox"/> 719 Sakit Sendi <input type="checkbox"/> 709 Penyakit Kulit <input type="checkbox"/> 599 Jangkitan Saluran Kencing <input type="checkbox"/> 06G Lain-lain, sila nyatakan _____	Kecemasan <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Sila jelaskan tujuan tuntutan ini dibuat. _____ _____ _____ _____ _____ _____						
	G. *PENDAFTARAN E-PEMBAYARAN (MANDATORI UNTUK DIISI) <input type="checkbox"/> Perubahan nombor akaun bagi transaksi pembayaran masa hadapan. <input type="checkbox"/> Gunakan butiran pembayaran sedia ada dalam rekod AIA Bhd. <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nama Bank</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nama Pemegang Akaun Bank</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No. Akaun Bank</td> <td></td> </tr> </table> Nota: (a) AIA tidak akan bertanggungjawab terhadap sebarang kerugian sekiranya maklumat akaun yang diberikan tidak tepat. (b) Hanya maklumat akaun bank pekerja diterima.	Nama Bank		Nama Pemegang Akaun Bank		No. Akaun Bank	
Nama Bank							
Nama Pemegang Akaun Bank							
No. Akaun Bank							
	H. PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA 1. Saya/Kami memahami bahawa salinan Kad Pengenalan (KP) atau Pasport perlu disertakan. 2. Saya/Kami mengesahkan bahawa maklumat yang diberikan adalah benar dan tepat. 3. Saya/Kami memahami bahawa tuntutan akan dikembalikan jika Resit Rasmi Asal dan Butiran Bil Terperinci untuk kos setiap ubat / imunisasi / suntikan / ujian makmal / x-ray tidak disertakan. 4. Saya/Kami memahami bahawa AIA Bhd. akan menyimpan dokumen tuntutan saya/kami melainkan jika saya/kami memohon untuk dokumen tersebut dikembalikan kepada saya/kami dalam masa 60 hari dari tarikh keputusan tuntutan. 5. Saya/Kami memahami penilaian ke atas tuntutan ini akan mengalami kelewatan sekiranya maklumat penting yang diserahkan kepada pihak AIA Bhd. tidak lengkap. 6. Saya/Kami memahami bahawa untuk Rawatan Di Luar Negara, saya/kami perlu menyertakan Butiran Bil Asal yang terperinci menyenaraikan butir-butir setiap caj bil tersebut dan bil perlu diterjemahkan ke Bahasa Inggeris jika ianya dalam bahasa asing. 7. Saya/Kami memahami bahawa penerimaan Borang Tuntutan Pesakit Luar oleh AIA Bhd. tidak boleh dianggap sebagai penerimaan liabiliti ke atas tuntutan yang dibuat. 8. 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. 9. Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa maklumat peribadi yang dikumpul atau dipegang oleh AIA Bhd. (sama ada melalui Borang Tuntutan Pesakit Luar 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 industri bagi memproses Borang Tuntutan Pesakit Luar 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.						
Penyakit Jangka Panjang <input type="checkbox"/> 715 Arthritis <input type="checkbox"/> 493 Asma <input type="checkbox"/> 433 Strok <input type="checkbox"/> 250 Kencing Manis <input type="checkbox"/> 345 Sawan <input type="checkbox"/> 274 Gout <input type="checkbox"/> 272 Kolesterol Tinggi <input type="checkbox"/> 401 Darah Tinggi <input type="checkbox"/> 411 Penyakit Jantung <input type="checkbox"/> 332 Parkinson <input type="checkbox"/> 533 Ulser Peptik <input type="checkbox"/> 696 Psoriasis <input type="checkbox"/> 246 Penyakit Tiroid <input type="checkbox"/> 06G Lain-lain, sila nyatakan _____	_____ Tandatangan Pekerja						
	_____ Tarikh						