



--	--

**TOTAL & PERMANENT DISABILITY CLAIM FORM**

BORANG TUNTUTAN HILANG UPAYA KEKAL DAN MENYELURUH

PART 1 : INFORMATION ON THE POLICY AND INSURED PERSON

BAHAGIAN 1 : MAKLUMAT POLISI DAN ORANG YANG DIINSURANSKAN

Policy Number
Nombor Polisi

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

Name of Insured Person / Nama Orang Yang Diinsuranskan

NRIC No. / No. KP

Current Residential Address
Alamat Rumah SemasaCorrespondence Address (If different from Current Residential Address)
Alamat Surat Menyurat (Jika berbeza daripada Alamat Rumah Semasa)Postcode
PoskodCountry
NegaraPostcode
PoskodCountry
Negara

Telephone No. / No. Telefon

Residence
RumahOffice
Pejabat

Is the Insured Person also covered for total & permanent disability benefits with other insurance companies? If "Yes", please state.
Adakah Orang Yang Diinsuranskan juga dilindungi manfaat hilang upaya kekal dan menyeluruh dengan lain-lain syarikat insurans? Jika "Ya", sila nyatakan.

☐ Yes / Ya☐ No / TidakName of Insurance Companies
Nama Syarikat InsuransPolicy No.
No. Polisi

		Before Disability Sebelum Mengalami Hilang Upaya	Current Employment Status Status Pekerjaan Sekarang																				
1.	Occupation / Pekerjaan																						
2.	(a) Please state and describe your exact occupational duties Sila nyatakan dan jelaskan tugas sebenar pekerjaan anda																						
	(b) Your monthly income / Pendapatan bulanan	RM	RM																				
3.	Name and address of business or employer Nama dan alamat perniagaan atau majikan																						
	Contact No. / No. Telefon																						
4.	(a) Last working date (if you are not currently employed) Tarikh kerja terakhir (jika anda kini tidak bekerja)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">DD / HH</td><td></td><td colspan="2">MM / BB</td><td></td><td colspan="4">YYYY / TTTT</td></tr></table>			-			-					DD / HH			MM / BB			YYYY / TTTT				
		-			-																		
DD / HH			MM / BB			YYYY / TTTT																	
	(b) Date you returned to work (if "No", please give expected date of return) Tarikh anda kembali kerja (jika "Tidak", berikan tarikh anda dijangka kembali bekerja)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">DD / HH</td><td></td><td colspan="2">MM / BB</td><td></td><td colspan="4">YYYY / TTTT</td></tr></table>			-			-					DD / HH			MM / BB			YYYY / TTTT				
		-			-																		
DD / HH			MM / BB			YYYY / TTTT																	
	(c) Are you currently:- Adakah pergerakan anda kini:-	☐ Bed-Ridden Terlantar di katil ☐ Able to Walk with Aids Bergerak dengan Bantuan	☐ Wheel Chair Bound Menggunakan Kerusi Roda ☐ Able to Walk without Aids Bergerak tanpa Bantuan																				
			☐ House Rumah																				

5.	Your education level / Latar belakang pendidikan anda	
6.	Are you medically boarded out (MBO)? Adakah anda diberhentikan kerja atas alasan kesihatan?	☐ Yes, please submit the following: Ya, sila lampirkan berikut: ☐ Letter from Employer / SOSCO / Surat dari Majikan / Perkeso ☐ Medical report for MBO / Laporan perubatan untuk pemberhentian kerja atas alasan kesihatan

To be COMPLETED ONLY if the disability was due to an accident:
Untuk DILENGKAPKAN HANYA jika hilang upaya disebabkan kemalangan:

7.	(a) When did the accident happen? Bila kemalangan tersebut berlaku?	DD / HH MM / BB YYYY / TTTT HR / JAM MIN / MIN ☐ am ☐ pm
	(b) Tell us briefly how the accident happened. Terangkan dengan ringkas bagaimana ia berlaku.	
	(c) Tell us briefly about the injuries suffered. Terangkan dengan ringkas kecederaan dialami.	

To be COMPLETED ONLY if the disability was due to illness:
Untuk DILENGKAPKAN HANYA jika hilang upaya disebabkan penyakit:

8.	(a) Indicate the illness and give a brief description of the symptoms. Nyatakan penyakit yang dihadapi dan berikan penerangan ringkas mengenai simptom.	
	(b) Date symptoms started and how long the Insured Person had the symptoms before the first consultation? Tarikh simptom bermula dan sudah berapa lama beliau menghadapi simptom ini sebelum rundingan rawatan yang pertama?	DD / HH MM / BB YYYY / TTTT
	(c) Give details of consultation: Berikan butiran rundingan rawatan:	
	i. The doctor first consulted for this illness Doktor yang pertama memberikan rundingan rawatan bagi penyakit ini	
	ii. The doctor who referred the Insured Person to hospital Doktor yang merujuk Orang Yang Diinsuranskan ke hospital	

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.

Policyholder's Name / Nama Pemegang Polisi

Name of Bank / Nama Bank

Policyholder's Email Address / Alamat Emel Pemegang Polisi

Policyholder's NRIC No. / No. KP Pemegang Polisi

Bank Account No. / No. Akaun Bank

Policyholder's Mobile Tel. No. / No. Tel. Bimbit Pemegang Polisi

PART 3 : DECLARATION AND AUTHORISATION BAHAGIAN 3 : PENGISYTIHARAN DAN PEMBERIKUASAAN

- 1) *I/We confirm that the answers given are true and accurate. / Saya/kami mengesahkan bahawa jawapan yang diberikan adalah benar dan tepat.*
- 2) *I/We understand that AIA General Berhad's acceptance of this form is not an admission of AIA General Berhad's liability of my/our claim. / Saya/kami memahami bahawa penerimaan borang ini oleh AIA General Berhad tidak dianggap sebagai penerimaan liabiliti ke atas tuntutan yang dibuat.*
- 3) *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 General Berhad 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 General Berhad atau wakil AIA General Berhad.*

PRIVACY STATEMENT / KENYATAAN PRIVASI

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

Important Note: / Nota Penting:

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

No. KP _____

or my AIA Agent

atau Ejen AIA Saya _____

Agent Code

Kod Ejen _____

Agent's Tel. No.

No. Tel. Ejen _____

to assist me with this claim.

bagi membantu dalam tuntutan ini.

Signed on

Ditandatangani pada

- -

DD/MM/YYYY

HH/BB/TTTT

Signature of Insured Person/Person making this claim

Tandatangan Orang Yang Diinsuranskan/Penuntut

Name / Nama

NRIC No. / No. KP

DOCUMENTS TO BE SUBMITTED WITH THIS CLAIM FORM

DOKUMEN-DOKUMEN YANG DIPERLUKAN UNTUK PENYERAHAN BORANG TUNTUTAN

Checklist: This is only for point-of-submission reference of basic and supporting requirement for the claim. AIA General Berhad reserves the rights to request for other relevant document and information, or to view original of copied document submitted whenever necessary. Upon full completion of this statement, please return together with the following documents (non-original documents must be certified as true copy).

Senarai Semakan: Ini hanya sebagai rujukan pada takat serahan asas dan tata syarat sokongan untuk tuntutan. Apabila perlu, AIA General Berhad berhak untuk meminta lain-lain dokumen berkaitan dan informasi, atau memerhati salinan asal untuk dokumen yang telah diserahkan. Selepas melengkapkan penyata ini, sila kembalikan bersama dengan dokumen berikut (salinan bukan asal perlu disahkan).

(A) Total & Permanent Disability (TPD) due to Illness <i>Hilang Upaya Kekal & Menyeluruh kerana Penyakit</i>		(B) TPD due to Accident <i>Hilang Upaya Kekal & Menyeluruh kerana Kemalangan</i>
1. Claim Form <i>Borang Tuntutan</i>	6. 5 copies of the Consent Form & Patient's Appointment Card <i>5 salinan Borang Keizinan & Kad Temujanji Pesakit</i>	1. All of Item (A) <i>Semua Butir-butir dalam (A)</i>
2. Attending Physician's Statement – TPD <i>Kenyataan Pakar Perubatan – Tuntutan Hilang Upaya</i>	7. NRIC of Claimant (if claimant is other than Insured Person) <i>Kad Pengenalan Penuntut (jika penuntut lain daripada Orang Yang Diinsuranskan)</i>	2. Police Report(s) <i>Laporan Polis dan Laporan Polis Pihak Ketiga</i>
3. NRIC of Insured Person <i>Kad Pengenalan Orang Yang Diinsuranskan</i>	8. Full length photograph of Insured Person (for loss/amputation/bed-ridden) <i>Foto menyeluruh Orang Yang Diinsuranskan (untuk kehilangan/amputasi/terlantar di katil)</i>	3. Newspaper Cutting (if any) <i>Laporan Akhbar (jika ada)</i>
4. All Medical Test Results including MRI/CT Scan, Dialysis Card etc. <i>Semua Laporan Keputusan Ujian Kesihatan termasuk imbasan MRI/CT, Dialisis dan lain-lain</i>		
5. Medically Boarded Out letter from Employer with medical report/letter from SOCSO <i>Surat persaraan atas sebab kesihatan dari pihak majikan berserta laporan perubatan/ surat dari SOCSO</i>		