



AIA General Berhad
 201001040438 (924363-W)
 Corporate Solutions Division
 Non-Medical Claims - GTL / GPA
 Wisma AIA, Level 8
 99 Jalan Ampang
 50450 Kuala Lumpur
 Care Line : 1300 88 1899
 Fax : 03-2056 3992

GROUP PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM (GPA)

BORANG TUNTUTAN INSURAN KEMALANGAN BERKELOMPOK

DOCUMENTS TO BE SUBMITTED WITH THIS CLAIM FORM

DOKUMEN-DOKUMEN YANG PERLU DISERTAKAN DENGAN BORANG TUNTUTAN INI

1. Leader's Recommendation Form (for recommended cases) where Weekly Indemnity (WI) is less than 14 days and the total of WI and Medical Reimbursement (MR) is up to RM1000 where applicable.
2. All original receipts and bills for medical reimbursement claims.
3. Imaging Reports i.e. X-ray/Ultrasound/CT-Scan/MRI etc., Dengue Serology, Police Report if any.
4. Copy of NRIC or Passport.

For Dismemberment:

5. X-Ray Film/X-Ray Report and other imaging report if any.
6. Photograph showing injury/amputation (one full body and one showing the affected body part).
7. Visual Acuity Report and Visual Field Report for loss of vision.
8. Audiogram report for loss of hearing.

1. Borang Cadangan Pengurus Agensi/Penyelia Agensi (untuk kes yang dicadangkan bagi Tuntutan WI kurang daripada 14 hari yang mana jumlah MR dan WI tidak melebihi RM1000 yang mana berkenaan).
2. Semua resit dan bil asal untuk pembayaran balik perbelanjaan perubatan.
3. Laporan Pengimejan iaitu X-Ray/Ultrasound/CT/MRI dan lain-lain jika ada, Serologi Denggi, Laporan Polis, atau yang berkaitan.
4. Salinan Kad Pengenalan atau Pasport.

Bagi Kehilangan Anggota Badan:

5. Filem X-Ray/Laporan X-Ray dan laporan pengimejan yang lain jika ada.
6. Gambar menunjukkan kecederaan/pemotongan anggota, bahagian badan (satu gambar seluruh badan dan satu gambar menunjukkan anggota/bahagian badan yang cedera).
7. Laporan Akuiti Penglihatan dan Laporan Medan Penglihatan untuk kehilangan penglihatan.
8. Laporan Audiogram untuk kehilangan pendengaran.

GPA PLUS 3

CLAIMS CHECKLIST / SENARAI SEMAK TUNTUTAN

IMPORTANT NOTE: TO BE COMPLETED BY PERSON COVERED WITH GPA PLUS 3 ONLY TO MAKE A CLAIM IF ANY.

NOTA PENTING: UNTUK DIISIKAN OLEH ORANG DILINDUNGI DI BAWAH GPA PLUS 3 SAHAJA UNTUK MEMBUAT TUNTUTAN JIKA ADA.

PLEASE "TICK" THE RELEVANT CLAIM BENEFITS SILA "TANDA" FAEDAH BAGI TUNTUTAN YANG BERKAITAN		CLAIM FORM / BORANG TUNTUTAN	CTC OF IDENTIFICATION CARD / PASSPORT / SALINAN KAD PENGENALAN ATAU PASPORT	CTC OF EMPLOYMENT LETTER / SALINAN DIAKUI SAH SURAT TAWARAN PEKERJAAN	CTC OF THREE (3) MONTHS LATEST PAYSLIPS / SALINAN DIAKUI SAH PENYATA GAJI TERKINI TIGA (3) BULAN	MEDICAL REPORT, LAB REPORT, DIAGNOSTIC REPORT, X-RAY / LAPORAN PERUBATAN, LAPORAN MAKMAL, LAPORAN DIAGNOSTIK, LAPORAN X-RAY	ORIGINAL MEDICAL BILLS & PAYMENT RECEIPTS / BIL PERUBATAN ASAL & RESIT BAYARAN ASAL	MEDICAL CERTIFICATE / SIJIL CUTI SAKIT	PHOTOGRAPHS OF DISABILITY / GAMBAR KECEDEeraan, KEILATAN	CTC OF POLICE REPORT / SALINAN DIAKUI SAH LAPORAN POLIS	CTC DEATH CERTIFICATE & BURIAL PERMIT / SALINAN DIAKUI SAH SIJIL KEMATIAN & PERMIT PENGUBURAN	POST-MORTEM REPORT / LAPORAN BEDAH SIASAT	PROOF OF RELATIONSHIP (CLAIMANT) / BUKTI HUBUNGAN (PENUNTUT)	DISCHARGE NOTE OR INPATIENT BILL / NOTA PERLEPASAN HOSPITAL ATAU BILL PESAKIT DALAM	NEWSPAPER CUTTING (IF ANY) / POTONGAN AKHBAR (JIKA ADA)	FLIGHT TICKET/LRT TICKET (ANY RELEVANT DOCUMENT) / TIKET PENERBANG/TIKET LRT (SEBARANG DOKUMEN BERKAITAN)	CTC REPATRIATION EXPENSES / SALINAN DIAKUI SAH PERBELANJAAN PENGHANTARAN BALIK	CREDIT CARD STATEMENT / PENYATA KAD KREDIT
☐	Fractured Bones Benefit / Faedah Tulang Patah		☒	☒		☒												
☐	Medical report & ambulance fee Laporan perubatan & bayaran ambulans		☒	☒		☒	☒											
☐	Medical Reimbursement for Dengue Fever Bayaran Balik Perubatan untuk Demam Denggi		☒	☒		☒	☒	☒					☒	☒				
☐	Dengue Recuperation / Pemulihan Denggi		☒	☒		☒		☒					☒	☒				
☐	Replacement Staff/Recruitment Costs Kos Penggantian Kakitangan/Pengambilan		☒	☒	☒	☒				☒	☒	☒	☒					
☐	Visitors Benefit / Faedah Pelawat		☒	☒		☒			☒	☒	☒	☒	☒					
☐	Coma Benefit / Faedah Koma		☒	☒	☒	☒							☒	☒				
☐	Dependent Child Supplement / Suplemen Anak Tanggungan		☒	☒	☒	☒				☒	☒	☒	☒		☒			
☐	Mobility Expenses and/or Home Renovation Expenses Perbelanjaan Mobiliti dan/atau Perbelanjaan Pengubahsuaian Rumah		☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒								
☐	Trauma Counselling Compensation / Pampasan Kaunseling Trauma		☒	☒		☒	☒											
☐	Credit Card Indemnity / Indemniti Kad Kredit		☒	☒	☒	☒				☒	☒	☒	☒		☒			☒
☐	Premature Birth/Miscarriage / Kelahiran Prematang/Keguguran		☒	☒	☒	☒	☒			☒			☒					
☐	Accidental HIV Infection / Jangkitan HIV akibat Kemalangan		☒	☒		☒												
☐	Get Well Benefit / Faedah Baik Pulih		☒	☒									☒	☒				
☐	Temporary Disability Benefit / Faedah Hilang Upaya Sementara		☒	☒	☒	☒		☒					☒					

Note: / Nota:

We reserve the rights to request for additional medical reports and/or any other relevant documents to substantiate the claim whenever necessary. We also reserve the rights to view the original copy of the document submitted whenever necessary. / Kami berhak untuk meminta laporan perubatan tambahan dan/atau dokumen tambahan lain yang berkenaan untuk membuktikan kebenaran tuntutan pada bila-bila masa jika perlu. Kami juga berhak untuk merujuk kepada salinan asal dokumen yang telah diserahkan, sekiranya diperlukan.

PART 1 : INFORMATION ON THE POLICY AND PERSON COVERED**BAHAGIAN 1 : MAKLUMAT POLISI DAN ORANG YANG DILINDUNGI**Policy No.

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

No. PolisiTotal Claim Amount (Medical Expenses only)
Jumlah Tuntutan (Perbelanjaan Perubatan sahaja)RM

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

Name of Person Covered / Nama Orang Yang Dilindungi

NRIC / Passport No. / No. KP / Pasport

Claimant's Name (if other than Person Covered)
Nama Penuntut (jika selain daripada Orang Yang Dilindungi)Relationship to Person Covered
Hubungan dengan Orang Yang DilindungiPerson Covered is
Orang Yang Dilindungi menggunakan☐ Right Handed
Tangan Kanan☐ Left Handed
Tangan KiriDo you/person covered have other policies with AIA General Berhad?
Adakah anda/orang yang dilindungi mempunyai polisi lain dengan AIA General Berhad?☐ Life
Nyawa☐ Personal Accident
Kemalangan Diri☐ None
TiadaIs the Person Covered also covered for accident/
disability benefits with other insurance companies?
If "Yes", please state.Adakah Orang Yang Dilindungi juga dilindungi manfaat
faedah kemalangan/keilatan dengan lain-lain syarikat?
Jika "Ya", sila nyatakan.Name of Insurance Companies
Nama Syarikat InsuransPolicy No.
No. Polisi☐ 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 shall belong to the policyholder/rightful claim payee. / 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/penerima tuntutan yang sah.

Policy Owner's Name / Nama Pemilik Polisi

Name of Bank / Nama Bank

Policy Owner's NRIC / Passport No. / No. KP / Pasport Pemilik Polisi

Bank Account No. / No. Akaun Bank

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

Policy Owner's Email Address / Alamat Emel Pemilik Polisi

Policy Owner's Mobile Tel. No. / No. Tel. Bimbit Pemilik Polisi

PART 3 : INFORMATION ON THIS CLAIM**BAHAGIAN 3 : MAKLUMAT TUNTUTAN**Type of Claim ☐ New Claim
Jenis Tuntutan Tuntutan Baharu☐ Follow-up Claim
Tuntutan SusulanPlease state date of accident/event
Sila nyatakan tarikh kemalangan/kejadian

--	--	--

 -

--	--	--

 -

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

 DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTTPlease tick below if applicable
Sila tandakan di bawah yang berkenaan☐ Dismemberment Claim
Tuntutan Kehilangan Anggota BadanDid you/person covered lose a body part?
Adakah anda/orang yang dilindungi telah kehilangan anggota badan?☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak☐ Dengue, Food Poisoning or Infectious Disease Claim
Tuntutan Denggi, Kercacunan Makanan atau Penyakit Berjangkit

PART 4 : DETAILS ON THE ACCIDENT/EVENT. PLEASE COMPLETE THIS SECTION
BAHAGIAN 4 : MAKLUMAT LANJUT MENGENAI KEMALANGAN/KEJADIAN. SILA LENGKAPKAN BAHAGIAN INI

1. Please state and describe your/person covered's work.
Sila nyatakan dan jelaskan pekerjaan anda/orang yang dilindungi.

(a) Nature of employment
Bidang pekerjaan

☐ Self-Employed
Bekerja Sendiri ☐ Employer
Majikan

(b) Name, Address and Telephone Number of workplace
Nama, Alamat dan Nombor Telefon tempat pekerjaan

2. (a) When did the accident/event happen?
Bila kemalangan/kejadian tersebut berlaku?

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

(b) Tell us briefly how the accident/event happened.
Terangkan dengan ringkas bagaimana kemalangan/kejadian tersebut berlaku.

(c) Tell us briefly about the injuries suffered.
Terangkan dengan ringkas kecederaan dialami.

(d) Particulars of witness of the accident/event.
Maklumat saksi kemalangan/kejadian tersebut.

Name

Nama

NRIC No.

No. KP

Tel. No.

No. Tel.

Email Address

Alamat Emel

Address

Alamat

(e) The first doctor consulted for this accident/event
Doktor yang pertama memberikan rundingan rawatan bagi kemalangan/kejadian ini

Name

Nama

Clinic/Hospital Name

Nama Klinik/Hospital

Tel. No.

No. Tel.

Email Address

Alamat Emel

Address

Alamat

3. (a) The date you/person covered returned to work.
Tarikh anda/orang yang dilindungi kembali bekerja.

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

(b) Briefly explain the duties that you/person covered were not able to fully carry out upon returning to work, if any.
Terangkan secara ringkas tugas yang anda/orang yang dilindungi tidak dapat jalankan sepenuhnya semasa kembali bekerja, jika ada.

Note / Nota

We will assume that you were able to perform all duties on the date you returned to work if item (b) are not completed. / Jika soalan (b) tidak dilengkapi, kami akan andaikan bahawa anda berupaya menjalankan semua tanggungjawab anda pada tarikh anda kembali bekerja.

(c) State the date that you managed to fully perform all your duties.
Nyatakan tarikh anda berupaya menjalankan tugas sepenuhnya.

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

- 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/person covered's 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 perubahan saya/kami/orang yang dilindungi untuk mendedahkannya kepada AIA General Berhad atau wakil AIA General Berhad.

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 General Berhad to individuals/organizations related to and associated with AIA General Berhad 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 General Berhad data matching; and (d) to review and advice on my/our coverage with AIA General Berhad. I/We understand that I/we have a right to obtain access to and to request correction of any personal information held by AIA General Berhad concerning me/us/person covered. Such request can be made to any of AIA General Berhad'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 General Berhad kepada individu/organisasi yang berhubung dan berkaitan dengan AIA General Berhad atau mana-mana pihak ketiga yang dipilih (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk tetapi tidak terhad kepada syarikat reinsurans dan syarikat penyiataan tuntutan dan persatuan industri/persekutuan) bagi tujuan (a) memproses permohonan ini (b) memberikan khidmat seterusnya (c) untuk pemadanan data AIA General Berhad; dan d) menyemak dan memberi nasihat mengenai perlindungan saya/kami dengan AIA General Berhad. Saya/Kami faham bahawa saya/kami berhak memperoleh akses kepada, dan memohon pembetulan sebarang maklumat peribadi yang dipegang oleh AIA General Berhad berkaitan dengan saya/kami/orang yang dilindungi. Permohonan seperti itu boleh dibuat di mana-mana Pusat Pelanggan AIA General Berhad.

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

Saya/Kami dengan ini membenarkan

No. KP

Kod Ejen

--	--	--	--	--

atau Ejen AIA General Berhad saya

No. Tel. Eien bagi membantu dalam tuntutan ini

bagi membantu dalam tuntutan ini.

						2	0		
--	--	--	--	--	--	---	---	--	--

DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT

Signature of Person Covered/Claimant
Tandatangan Orang Yang Dilindungi/Penuntut

Name / Nama

NRIC / Passport No. / No. KP / Pasport

MEDICAL INFORMATION REQUEST FOR ACCIDENT CLAIM FORM

BORANG PERMOHONAN MAKLUMAT PERUBATAN UNTUK TUNTUTAN KEMALANGAN

TO BE COMPLETED BY DOCTOR, PAID FOR BY THE PERSON COVERED

UNTUK DILENGKAPKAN OLEH DOKTOR DENGAN PERBELANJAAN DITANGGUNG OLEH ORANG YANG DIINSURANSKAN

Name of Patient

Nama Pesakit

NRIC / Passport No.

No. KP / Pasport

Age

Umur

Gender

Jantina

☐

Male

Lelaki

☐

Female

Perempuan

Date and time of accident/disability

Tarikh dan masa kemalangan/keilatan

DD / HH

MM / BB

YYYY / TTTT

HR / JAM

MIN / MIN

☐ am / pg

☐ pm / ptg

1. According to the patient, how did the accident/disability happen?

Berdasarkan kepada pesakit, bagaimanakah kemalangan/
keilatan tersebut berlaku?

2. Did you see any visible external injuries during the first consultation? If yes, please describe the extent of injuries.

Adakah anda dapat melihat kecederaan luaran semasa konsultasi pertama dibuat? Jika ya, sila nyatakan tahap kecederaan tersebut.

(a) Location, size and depth of wound (cm).

Lokasi, saiz dan kedalaman luka (sm).

(b) Type and location of fracture, if any.

Jenis dan lokasi keretakan, jika ada.

(c) Was there any amputation on the patient's fingers or toes? If yes, which part was amputated?

Adakah mana-mana jari tangan atau jari kaki telah dipotong? Jika ya, bahagian mana?

Hand
Tangan

Thumb
Ibu Jari

☐

Left

Kiri

☐

Right

Kanan

Foot
Kaki

Big Toe
Ibu Jari

☐

Left

Kiri

☐

Right

Kanan

Index Finger

Jari Kedua

☐

Left

Kiri

☐

Right

Kanan

2nd Toe

Jari Kedua

☐

Left

Kiri

☐

Right

Kanan

Middle Finger

Jari Ketiga

☐

Left

Kiri

☐

Right

Kanan

3rd Toe

Jari Ketiga

☐

Left

Kiri

☐

Right

Kanan

Ring Finger

Jari Keempat

☐

Left

Kiri

☐

Right

Kanan

4th Toe

Jari Keempat

☐

Left

Kiri

☐

Right

Kanan

Little Finger

Jari Kelima

☐

Left

Kiri

☐

Right

Kanan

5th Toe

Jari Kelima

☐

Left

Kiri

☐

Right

Kanan

(d) Final Diagnosis and ICD9/ICD10 code

Diagnosis Muktamad dan kod ICD9/ICD10

(e) Patient is

Pesakit menggunakan

☐

Right Handed

Tangan Kanan

☐

Left Handed

Tangan Kiri

(f) What is the underlying or proximate cause of the accident/
disability

Apakah penyebab utama kemalangan tersebut

3. Please answer the questions below for amputation, loss of fingers/toes or dismemberment claim.

Sila jawab soalan di bawah untuk tuntutan kehilangan anggota badan, kehilangan jari tangan atau jari kaki.

(a) Is the patient undergoing any form of rehabilitation? If yes,
please explain briefly including the duration of the process.

Adakah pesakit menjalani rawatan pemulihan atau rehabilitasi?
Jika ya, sila beri keterangan termasuk jangka masa.

(b) Can the patient's condition be corrected by surgery?

Please explain why.

Adakah keadaan pesakit dapat dirawat melalui
pembedahan? Sila jelaskan mengapa.

(c) What is the Range of Motion (ROM) of the patient?

Apakah Julat Pergerakan (JP) pesakit tersebut?

(d) What is the percentage of the Whole Person Impairment based on the AMA guidelines?

Apakah peratusan "Whole Person Impairment" mengikut rujukan AMA?

(e) What is the patient's prognosis with appropriate treatment and management for the next 12 months.

Apakah prognosis pesakit dengan rawatan dan pengurusan yang sesuai dalam masa 12 bulan yang berikutnya.

4. Did intoxication, physical defects or the patient's medical history contribute to the accident or disability? If yes, please explain briefly.

Adakah kemabukan, kecacatan fizikal atau sejarah perubatan pesakit menyumbang kepada kemalangan atau ketidakupayaan? Jika ya, sila jelaskan.

5. Please list the type of treatment provided such as number of stitches, types of dressing, physiotherapy etc. This includes any follow-up treatment.

Sila senaraikan jenis rawatan yang diberikan seperti bilangan jahitan, jenis pembalut, fisioterapi dan lain-lain. Ini termasuk rawatan susulan.

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

Treatment/Types of Medication and Dosage
Rawatan/Jenis Ubat dan Dos

Healing Progress*
Perkembangan Pemulihan*

* If patient complained of experiencing pain, please provide the pain level before and after taking medication (from 0 to 10 : 0 for no pain and 10 being most painful).

* Jika pesakit memaklumkan kesakitan, sila nyatakan tahap kesakitan dialami sebelum dan selepas mengambil ubat (daripada 0 ke 10 : 0 untuk tidak sakit dan 10 untuk amat sakit).

6. If the patient was put on a P.O.P./Backslab or was immobilized, please indicate when:

Jika pesakit diletak P.O.P./Backslab atau lumpuh, sila nyatakan bila:

(a) P.O.P. / Backslab was applied

P.O.P. / Backslab digunakan

 - -

DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT

(b) P.O.P. was removed

P.O.P. dikeluarkan

 - -

DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT

(c) Patient started physiotherapy

Pesakit memulakan fisioterapi

 - -

DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT

(d) Patient was started on full Weight Bearing (if any)

Pesakit memulakan Weight Bearing lengkap (jika ada)

 - -

DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT

7. Names, addresses and dates of other physicians who treated the patient for the same injury.

Nama, alamat dan tarikh pakar perubatan lain yang merawat pesakit untuk kecederaan yang sama.

Name of Physician
Nama Pakar Perubatan

Address
Alamat

Date
Tarikh

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

8. (a) Date last examined.
Tarikh rawatan terakhir.

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

- (b) Present injury condition including limitation of movement, if any.
Keadaan kecederaan sekarang termasuk apa-apa had pergerakan, jika ada.

- (c) Was it a difficult healing process such as the patient experiencing wound breakdown, secondary infection or non-union of fracture? If yes, state why and was there any special treatment given?

Adakah pesakit melalui proses pemulihan yang sukar seperti luka atau kepatahan yang tidak sembuh atau jangkitan sampingan? Jika ya, sila nyatakan mengapa dan jika terdapat rawatan khas yang diberi.

9. Was the patient hospitalised due to the injuries? If so, please complete the following:

Adakah pesakit dimasukkan ke hospital akibat kecederaan dialami? Jika ya, sila lengkapkan butiran berikut:

- (a) Name of Hospital
Nama Hospital

Date Admitted / Tarikh Masuk

- -
DD / HH MM / BB YYYY / TTTT

Date Discharged / Tarikh Keluar

- -
DD / HH MM / BB YYYY / TTTT

- (b) X-ray report results
Keputusan Laporan X-ray

- (c) Special Diagnostic Procedure or Treatment
Rawatan atau Prosedur Diagnostik Khas

Date Performed / Tarikh Dijalankan

- -
DD / HH MM / BB YYYY / TTTT

- (d) Type of Surgery Performed
Jenis Pembedahan Dijalankan

Date Performed / Tarikh Dijalankan

- -
DD / HH MM / BB YYYY / TTTT

I hereby certify that I have personally examined and treated the Patient 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/penyakit Pesakit 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)



AIA Bhd.
200701032867 (790895-D)
Non-Medical Claims,
Group Term Life-
Operations
Level 8, Wisma AIA
99, Jalan Ampang
50450 Kuala Lumpur
Careline: 1-300-88-1899
F : 03 - 2056 3992
E : my.customer@aia.com
AIA.COM.MY



**AIA PUBLIC
TAKAFUL**

AIA PUBLIC Takaful Bhd.
201101007816 (935955-M)
Non-Medical Claims,
Group Term Takaful-
Operations
Level 8, Wisma AIA
99, Jalan Ampang
50450 Kuala Lumpur
Careline: 1-300-88-8922
F : 03 - 2056 3992
E : my.customer@aiapublic.com.my
AIA.COM.MY



AIA General Berhad
201001040438 (924363-W)
Non-Medical Claims,
Group Personal Accident-
Operations
Level 8, Wisma AIA
99, Jalan Ampang
50450 Kuala Lumpur
Careline: 1-300-88-1899
F : 03 - 2056 3992
E : my.customer@aia.com
AIA.COM.MY

Policy / Certificate Number: _____

e-Invoicing Data Collection

Important Note:

As part of the requirements from the Inland Revenue Board of Malaysia, we are now obligated to collect additional information of **Corporate Policyholder/Certificate Holder (refers to Parent Company if the corporate is a subsidiary) / Beneficiary** for e-invoicing purposes. Please provide these details to ensure seamless claims processing and payment. You may disregard this form if the information has been provided to us earlier.

Data	Mandatory / Optional	Input Required
Company Registered Name	Mandatory	
Tax Identification Number (TIN)	Mandatory	
Business Registration Number	Mandatory	
SST Registration Number	Mandatory for SST-registrant	
Tourism Tax Registration Number	Mandatory for tourism tax registrant	
Official E-mail Address	Optional	
Malaysia Standard Industrial Classification (MSIC) Code	Mandatory	
Business Activity Description	Mandatory	
Address	Mandatory	
Official Contact Number	Mandatory	

Attested by:

Signature

Name:

Designation:

Department:

Date:

Company Stamp: