



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 – TRAVEL CLAIM FORM (GPA)

BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN PERJALANAN UNTU INSURANS BERKELOMPOK

PART 1 : INFORMATION ON THE POLICY AND PERSON COVERED

BAHAGIAN 1 : MAKLUMAT POLISI DAN ORANG YANG DILINDUNGI

Policy No.
No. Polisi

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

Name of Person Covered / Nama Orang Yang Dilindungi

NRIC / Passport No. / No. KP / Pasport

Email Address / Alamat Emel

Sex
Jantina

☐ Male
Lelaki

☐ Female
Perempuan

Is the Person Covered also covered for accident
benefits with other insurance companies?
If "Yes", please state.

Adakah Orang Yang Dilindungi juga dilindungi manfaat
faedah kemalangan dengan lain-lain syarikat?
Jika "Ya", sila nyatakan

☐ Yes / Ya

☐ No / Tidak

Name of Insurance Companies
Nama Syarikat Insurans

Policy No.
No. Polisi

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. / 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.

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 : DETAILS ON THE ACCIDENT/EVENT. PLEASE COMPLETE THIS SECTION
BAHAGIAN 3 : MAKLUMAT LANJUT MENGENAI KEMALANGAN/KEJADIAN. SILA LENGKAPKAN BAHAGIAN INI

1.	Name, Address and Telephone Number of workplace <i>Nama, Alamat dan Nombor Telefon tempat pekerjaan</i>	_____

2.	When did the accident/event happen? <i>Bila kemalangan/kejadian tersebut berlaku?</i>	- - DD/MM/YYYY HH/BB/TTTT
3.	Exact place where the loss, accident or illness occurred <i>Lokasi yang tepat di mana kerugian, kemalangan atau penyakit berlaku</i>	_____

4.	Describe of the incident, loss or illness <i>Terangkan kemalangan, kerugian atau penyakit</i>	_____

5.	Particulars of witness of the accident/event. <i>Maklumat saksi kemalangan/kejadian tersebut.</i>	Name <i>Nama</i> NRIC No. <i>No. KP</i> Tel. No. <i>No. Tel.</i> Email Address <i>Alamat Emel</i> Address <i>Alamat</i>

PERSONAL ACCIDENT MEDICAL EXPENSES
PERBELANJAAN KEMALANGAN PERUBATAN PERIBADI

DOCUMENT REQUIRED

- Original bill and payment receipts
- Medical report showing nature of injury/illness
- Receipt/tickets for amount claimed for additional travel/accommodation

Note:
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.

DOKUMEN DIPERLUKAN

- Bil perubatan dan resit bayaran yang asal
- Laporan perubatan yang menunjukkan ciri kecederaan/penyakit
- Resit/tiket jumlah untuk jumlah yang dituntut bagi perjalanan atau penginapan tambahan

Nota:
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.

1.	State nature of illness/injury <i>Nyatakan ciri penyakit/kecederaan</i>	_____

2.	For injury, describe briefly how the accident happened <i>Untuk kecederaan, terangkan dengan ringkas bagaimana kemalangan tersebut berlaku</i>	_____

3.	Have you ever suffered this or similar condition or a recurrence of a previous illness or injury? If "Yes", give full details. <i>Pernakah anda mengalami keadaan ini atau keadaan yang sama, atau penyakit atau kecederaan dulu yang berulang berlaku kembali? Jika "Ya", berikan butiran lengkap.</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
4.	State the net amount claimed <i>Nyatakan amaun bersih yang dituntut</i>	RM
5.	Give the name and address of your Attending Physician <i>Nyatakan nama dan alamat Pakar Perubatan tetap anda</i>	_____

CANCELLATION / LOSS OF DEPOSIT / CURTAILMENT / DELAY
PEMBATALAN / KEHILANGAN DEPOSIT / PEMENDEKAN / KELEWATAN

DOCUMENT REQUIRED / DOKUMEN DIPERLUKAN

- ☐ **Cancellation / Pembatalan**
- Tour Operators cancellation invoice (*The Travel Agent's accounts is not sufficient*)
Invois Pembatalan Operator pelancongan (Akaun Ejen Pelancongan sahaja tidak mencukupi)
 - If for medical reasons – Letter of confirmation from Attending Physician required
Jika untuk sebab perubatan – Surat Pengesahan daripada Pakar Perubatan yang dirawat diperlukan
- ☐ **Loss of Deposit / Kehilangan Deposit**
- Police report with amount state in the report
Laporan polis dan jumlah kehilangan perlu dinyatakan di dalam laporan tersebut
- ☐ **Curtailment / Pemendekan**
- If due to illness or accident while abroad, written confirmation from Attending Physician confirming that it is necessary to return
Sekiranya akibat penyakit atau kemalangan Ketika di luar negara, pengesahan bertulis daripada Pakar Perubatan yang merawat bahawa perlunya untuk pulang
 - Original receipt for all amount claimed
Resit asal untuk semua amaun yang dituntut
- ☐ **Delay / Kelewatan**
- Written confirmation from the airline or their agents on the period delayed (number of hours) and the reason(s) for delay
Pengesahan bertulis daripada syarikat penerbangan atau ejen mereka berhubung tempoh kelewatan (bilangan jam) dan sebab-sebab kelewatan

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.

1. When was the journey/holiday booked?
Bilakah perjalanan/percutian tersebut ditempah?
- - DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT
2. Intended departure date
Tarikh berlepas yang dirancang
- - DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT
3. Date cancelled
Tarikh dibatalkan
- - DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT
4. Reason for Journey Curtailment/Cancellation
Alasan untuk Pemendekan/Pembatalan Perjalanan
- _____
- _____
- _____
5. If the Journey Curtailment/Cancellation is due to an Immediate Family Member or Close Business Partner, please state.
Sekiranya Pemendekan/Pembatalan Perjalanan adalah disebabkan Ahli Keluarga Terdekat atau Rakan Perniagaan yang Rapat, sila nyatakan.
- a) Full name of the person / Nama penuh orang tersebut
- _____
- b) Relationship to the claimant / Hubungan dengan penuntut
- _____
6. Amount paid by you
Amaun dibayar oleh anda
- RM
7. Amount claimed
Amaun yang dituntut
- RM

BAGGAGES & PERSONAL EFFECTS (DAMAGE / DELAY) / LOSS OF MONEY / TRAVEL DOCUMENTS

BAGASI & KESAN PERIBADI (KEROSAKAN / KELEWATAN) / KEHILANGAN WANG / DOKUMEN PERJALANAN

DOCUMENT REQUIRED

- Original receipt(s) for item(s) claimed
- Written confirmation from the airline on the period delayed (number of hours)
- Property irregularity report – if baggage lost, delayed or damaged by an airline
- For loss (delay) of personal baggage – original receipts for all (essential) items purchased money and theft claim – police report, currency exchange slips

Note:

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.

DOKUMEN DIPERLUKAN

- Resit asal untuk butiran yang dituntut
- Pengesahan bertulis daripada syarikat penerbangan tentang tempoh kelewatan (bilangan jam)
- Laporan ketaksekatan hak milik – sekiranya bagasi hilang, lewat atau rosak akibat syarikat penerbangan
- Untuk kerugian (kelewatan) bagasi peribadi – resit asal untuk semua butiran tuntutan wang and kecurian – laporan polis, slip tukaran mata wang (pending) yang dibeli

Nota:

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.

- Describe When, Where and How the loss occurred.

Terangkan Bila, Di mana dan Bagaimana kehilangan terjadi.

DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT

- Date when Police were advised. State Police Station and attach copy report hereto.

Tarikh Pihak Polis dimaklumkan. Nyatakan Stesen Polis dan lampirkan salinan laporan.

DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT

- Attach claim or complaint report against any Carrier/Airline or other authority or any individual responsible for the loss or damage to your property.

Lampirkan tuntutan atau aduan terhadap mana-mana syarikat Pengangkut/Penerbangan atau pihak berkuasa yang lain atau mana-mana individu yang bertanggungjawab ke atas kerugian atau kerosakan hak milik anda.

Airline
Penerbangan

Claim/Complaint Reference
Rujukan Tuntutan/Aduan

Note: / Nota:

The Warsaw Convention imposes a liability upon the Carrier and you should claim on them first. Time limit against carrier is 7 days.

Konvensyen Warsaw menetapkan liabiliti ke atas syarikat Pengangkut dan anda perlu menuntut kepada mereka terlebih dahulu. Had masa terhadap syarikat pengangkut adalah 7 hari.

- Give details of amount claimed

Berikan butiran amaun yang dituntut

Items <i>Butiran</i>	Description <i>Diskripsi</i>	When and Where items purchased <i>Bila dan di mana dibeli</i>	Original Cost Price <i>Harga kos Asal</i>	Description for wear and tear <i>Nilai haus dan lusuh</i>	Amount claimed <i>Amaun yang dituntut</i>

PART 4 : DECLARATION AND AUTHORISATION
BAHAGIAN 4 : 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 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. 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 penyiasatan 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. Permohonan seperti itu boleh dibuat di mana-mana Pusat Pelanggan AIA General Berhad.

Important Note: / Nota Penting:

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.

I/We authorise

Saya/Kami dengan ini membenarkan _____

NRIC No.

No. KP _____

or my AIA General Berhad Agent

atau Ejen AIA General Berhad 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

--	--

--	--

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



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: