



**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<br><i>Nama, Alamat dan Nombor Telefon tempat pekerjaan</i>                              | <div></div> <div></div> <div></div>                                                                                                                                                                                                    |
| 2. | When did the accident/event happen?<br><i>Bila kemalangan/kejadian tersebut berlaku?</i>                                                | <div><div></div><div></div></div> - <div><div></div><div></div></div> - <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> DD/MM/YYYY<br>HH/BB/TTTT                                                                               |
| 3. | Exact place where the loss, accident or illness occurred<br><i>Lokasi yang tepat di mana kerugian, kemalangan atau penyakit berlaku</i> | <div></div> <div></div> <div></div>                                                                                                                                                                                                    |
| 4. | Describe of the incident, loss or illness<br><i>Terangkan kemalangan, kerugian atau penyakit</i>                                        | <div></div> <div></div> <div></div>                                                                                                                                                                                                    |
| 5. | Particulars of witness of the accident/event.<br><i>Maklumat saksi kemalangan/kejadian tersebut.</i>                                    | <div>Name<br/><i>Nama</i></div> <div>NRIC No.<br/><i>No. KP</i></div> <div>Tel. No.<br/><i>No. Tel.</i></div> <div>Email Address<br/><i>Alamat Emel</i></div> <div>Address<br/><i>Alamat</i></div> <div></div> <div></div> <div></div> |

**PERSONAL ACCIDENT MEDICAL EXPENSES**  
**PERBELANJAAN KEMALANGAN PERUBATAN PERIBADI**

**DOCUMENT REQUIRED**

1. Original bill and payment receipts
2. Medical report showing nature of injury/illness
3. 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**

1. Bil perubatan dan resit bayaran yang asal
2. Laporan perubatan yang menunjukkan ciri kecederaan/penyakit
3. 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<br><i>Nyatakan ciri penyakit/kecederaan</i>                                                                                                                                                                                                                                 | <div></div> <div></div> <div></div>                                                                                  |
| 2. | For injury, describe briefly how the accident happened<br><i>Untuk kecederaan, terangkan dengan ringkas bagaimana kemalangan tersebut berlaku</i>                                                                                                                                                          | <div></div> <div></div> <div></div>                                                                                  |
| 3. | Have you ever suffered this or similar condition or a recurrence of a previous illness or injury? If "Yes", give full details.<br><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> | <div><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</div> <div></div> <div></div> <div></div> |
| 4. | State the net amount claimed<br><i>Nyatakan amaun bersih yang dituntut</i>                                                                                                                                                                                                                                 | <div>RM</div> <div></div>                                                                                            |
| 5. | Give the name and address of your Attending Physician<br><i>Nyatakan nama dan alamat Pakar Perubatan tetap anda</i>                                                                                                                                                                                        | <div></div> <div></div> <div></div>                                                                                  |

**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*
- ☐ **Curtalement / 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

1. Original receipt(s) for item(s) claimed
2. Written confirmation from the airline on the period delayed (number of hours)
3. Property irregularity report – if baggage lost, delayed or damaged by an airline
4. 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

1. Resit asal untuk butiran yang dituntut
2. Pengesahan bertulis daripada syarikat penerbangan tentang tempoh kelewatan (bilangan jam)
3. Laporan ketaksekatan hak milik – sekiranya bagasi hilang, lewat atau rosak akibat syarikat penerbangan
4. 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.

1. Describe When, Where and How the loss occurred.  
*Terangkan Bila, Di mana dan Bagaimana kehilangan terjadi.*

DD/MM/YYYY  
HH/BB/TTTT

2. 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

3. 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.

4. Give details of amount claimed  
*Berikan butiran amaun yang dituntut*

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

- 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.

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 berhubungan 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.

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](http://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 dalam 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](http://www.aia.com.my).

Saya/Kami dengan ini membenarkan \_\_\_\_\_

NRIC No. \_\_\_\_\_ or my AIA General Berhad Agent  
No. KP \_\_\_\_\_ atau Ejen AIA General Berhad saya \_\_\_\_\_

Agent Code 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

 Agent's Tel. No. \_\_\_\_\_ to assist me with this claim.  
*Kod Ejen* *No. Tel. Ejen* \_\_\_\_\_ *bagi membantu dalam tuntutan ini.*

Signed on    -    - 20   DD/MM/YYYY  
Ditandatangani pada    -    - 20   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](mailto: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](mailto: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](mailto: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: