AIA PUBLIC Takaful Bhd. (935955-M)
99 Jalan Ampang, 50450 Kuala Lumpur
T 03-2056 1111
AIA.COM.MY

CLAIM NO. For Office Use Only

Corporate Solutions - Outpatient Claim
July 2018

IMPORTANT NOTE

*1. Provide 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

*Employee NRIC No. / Passport No.

*Mobile No. - This number will be used for your claim status notification.

*Email Address

*Name of Company / Employer

B. PATIENT INFORMATION

*Name of Patient ☐ Same as above

*Membership No. (as in Member ID Card)

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

TCS_OP_0718/V1

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)		
☐ **Maternity Claim** *GMT1*	✓	Above RM150.00		✓	Pre-Natal Post-Natal Delivery ☐ Normal ☐ Caesarean Miscarriage	_____ _____ _____ _____
					***Total Claim Amount**	

E. REASON FOR SEEKING TREATMENT

- ☐ DN Dental
- ☐ 06G Optical
- ☐ MT Maternity

General Illness

- ☐ 789 Abdominal Pain
- ☐ 724 Backache
- ☐ 466 Bronchitis
- ☐ 879 Cuts / Wound / Scalding
- ☐ 311 Depression
- ☐ 787 Diarrhea / Vomiting
- ☐ 388 Ear Disorder
- ☐ 379 Eye Disorder
- ☐ 465 Fever / Cough / Cold
- ☐ 005 Food Poisoning
- ☐ 535 Gastritis
- ☐ 629 Gynaecology
- ☐ 346 Headache / Migraine
- ☐ V06 Immunisation
- ☐ 719 Joint Pain
- ☐ 709 Skin Disease
- ☐ 599 Urinary Tract Infection
- ☐ 06G Others, please specify

_____

Long Term Illness

- ☐ 715 Arthritis
- ☐ 493 Asthma
- ☐ 433 Stroke
- ☐ 250 Diabetes Mellitus
- ☐ 345 Epilepsy
- ☐ 274 Gout
- ☐ 272 Hyperlipidemia
- ☐ 401 Hypertension
- ☐ 411 IHD / Coronary Heart Disease
- ☐ 332 Parkinson
- ☐ 533 Peptic Ulcer
- ☐ 696 Psoriasis
- ☐ 246 Thyroid
- ☐ 06G Others, please specify

_____

F. *CLARIFICATION FOR REIMBURSEMENT

Emergency ☐ Yes ☐ No

Please explain your reasons for the claim submission.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

G. *E-PAYMENT REGISTRATION (MANDATORY REQUIREMENT)

- ☐ Change of account number for this claim and future transactions.
- ☐ Use the existing payment details in AIA PUBLIC record.

Bank Name	
Bank Account Holder Name	
Bank Account No.	

Notes:
(a) AIA PUBLIC Takaful Bhd. (AIA PUBLIC) shall not be responsible for losses as a result of inaccurate account details provided.
(b) Only employee bank account details allowed.

H. DECLARATION AND AUTHORISATION

1. I/We understand that a copy of my/our Identity Card (NRIC) or Passport must be provided.
2. I/We confirm that the information given are true and accurate.
3. I/We understand that claims without the Original Official Receipt and Detailed Itemised Bill for each medication / immunisation / injection / lab test / x-ray will be declined.
4. I/We understand that AIA PUBLIC will keep my/our claim documents unless if I/we request for the documents to be returned to me/us within 60 days from the decision of claim.
5. I/We understand that assessment of the claim may be delayed if all the necessary sections are incomplete or if the required documents are not provided to AIA PUBLIC.
6. I/We understand that for Overseas Treatment, I/we must include the Original Detailed Admission Bill showing details of each charges. The bill must have the English translation if it is in a foreign language.
7. I/We understand that AIA PUBLIC's acceptance of this Outpatient Claim form is not an admission of AIA PUBLIC's liability of my/our claim.
8. 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 PUBLIC or its representative.
9. I/We understand and agree that any personal information collected or held by AIA PUBLIC (whether through this Outpatient Claim form or otherwise obtained) may be used and disclosed by AIA PUBLIC to individuals/institutions related to and associated with AIA PUBLIC or any selected third party within or outside Malaysia such as reinsurers/ retakaful operators, claims investigation companies and industry associations to process this Outpatient Claim form. The information may also be used to provide service for this and other financial products and to communicate with me/ us. I/We understand that I/we have a right to get access to and request for correction of any personal information held by AIA PUBLIC. Such requests can be made at any AIA Customer Centres.

_____ Signature of Employee

_____ Date

AIA PUBLIC Takaful Bhd. (935955-M)
99 Jalan Ampang, 50450 Kuala Lumpur
T 03-2056 1111
AIA.COM.MY

NO. TUNTUTAN Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja

Corporate Solutions - Tuntutan Pesakit Luar
July 2018

NOTA PENTING

*1. Salinan Kad Pengenalan (KP) atau Pasport.
2. Sila lengkapkan maklumat bagi Pekerja dan Pesakit berdasarkan Kad Pengenalan dan Kad Keahlian.
3. Satu borang hanya terpakai untuk satu lawatan sahaja.
4. Ruangan bertanda (*) wajib diisi.

A. MAKLUMAT PEKERJA

*Nama Pekerja

*No. KP / No. Pasport Pekerja

*No. Tel. Bimbit

Nombor telefon ini akan digunakan untuk makluman tuntutan anda.

*Alamat Emel

*Nama Syarikat / Majikan

B. MAKLUMAT PESAKIT

*Nama Pesakit ☐ Sama seperti di atas

*No. Keahlian (seperti di dalam Kad Keahlian)

Hubungan dengan Pekerja
☐ Suami / Isteri ☐ Anak

C. BUTIRAN LAWATAN

*Tarikh Lawatan h h - b b - t t t t

Masa Lawatan : ☐ am ☐ pm

Jumlah Hari Cuti Sakit

D. JENIS TUNTUTAN

Sila tandakan salah satu kotak di bawah.	Dokumen Diperlukan: Resit Asal	Dokumen Diperlukan: Butiran Bil Terperinci Untuk Kos Setiap Ubat / Imunisasi / Suntikan / Ujian Makmal / X-ray — Jika Bil Amaun Anda	Dokumen Diperlukan: Surat Rujukan	Dokumen Diperlukan: Ujian Makmal / Laporan X-ray (jika ada)	Maklumat Lanjut	Jumlah (RM)
☐ **Tuntutan GP** *GGP1*	✓	Melebihi RM80.00		✓	☐ Klinik Panel ☐ Klinik Bukan Panel	
☐ **Tuntutan Pakar** *GSP1* *(Tuntutan pakar kanak-kanak hanya boleh diguna pakai untuk faedah rawatan secara terus tanpa memerlukan surat rujukan.)*	✓	Melebihi RM150.00	✓	✓	Rawatan susulan? ☐ Ya ☐ Tidak Jika Ya, adakah ia berkaitan dengan ☐ Rawatan Pakar ☐ Rawatan Hospital Tarikh rawatan terakhir / diwadkan h h - b b - t t t t	
☐ **Tuntutan Imunisasi** *GSP1* *(Hanya vaksinasi mandatori yang diluluskan oleh Kementerian Kesihatan bagi kanak-kanak layak untuk pembayaran balik)*	✓	Melebihi RM80.00			Nama Imunisasi 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	_____ _____ _____ _____
☐ **Tuntutan Optik** *OPTC*	✓	Tidak Berkenaan				
☐ **Tuntutan Pemeriksaan Kesihatan** *GMEX*	✓	Tidak Berkenaan		✓		
☐ **Tuntutan Pergigian** *GDN1*	✓	Melebihi RM100.00			Konsultasi Pencabutan Tampalan Mengikis / Membersih Ubat-Ubatan Lain-Lain _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____

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 Bil Amaun Anda	Surat Rujukan	Ujian Makmal / Laporan X-ray (jika ada)		
☐ **Tuntutan Kehamilan** *GMT1*	✓	Melebihi RM150.00		✓	Pra-Natal Selepas Bersalin Bersalin ☐ Normal ☐ Pembedahan Keguguran	_____ _____ _____ _____
					***Jumlah Tuntutan**	

E. SEBAB-SEBAB MENDAPAT RAWATAN

- ☐ DN Pergigian
- ☐ 06G Optik
- ☐ MT Kehamilan

Penyakit Umum

- ☐ 789 Sakit Perut
- ☐ 724 Sakit Tulang Belakang
- ☐ 466 Bronkitis
- ☐ 879 Luka / Melecur
- ☐ 311 Kemurungan
- ☐ 787 Cirit-birit / Muntah-muntah
- ☐ 388 Sakit Telinga
- ☐ 379 Sakit Mata
- ☐ 465 Demam / Batuk / Selsema
- ☐ 005 Keracunan Makanan
- ☐ 535 Gastrik
- ☐ 629 Sakit Puan
- ☐ 346 Sakit Kepala / Migrain
- ☐ V06 Imunisasi
- ☐ 719 Sakit Sendi
- ☐ 709 Penyakit Kulit
- ☐ 599 Jangkitan Saluran Kencing
- ☐ 06G Lain-lain, sila nyatakan

_____

Penyakit Jangka Panjang

- ☐ 715 Sakit Artritis
- ☐ 493 Asma
- ☐ 433 Strok
- ☐ 250 Kencing Manis
- ☐ 345 Sawan
- ☐ 274 Gout
- ☐ 272 Kolestrol Tinggi
- ☐ 401 Darah Tinggi
- ☐ 411 Penyakit Jantung
- ☐ 332 Parkinson
- ☐ 533 Ulser Peptik
- ☐ 696 Psoriasis
- ☐ 246 Penyakit Tiroid
- ☐ 06G Lain-lain, sila nyatakan

_____

F. *PENJELASAN UNTUK PEMBAYARAN BALIK

Kecemasan ☐ Ya ☐ Tidak

Sila jelaskan tujuan tuntutan ini dibuat.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

G. *PENDAFTARAN E-BAYARAN (MANDATORI UNTUK DIISI)

☐ Perubahan nombor akaun untuk tuntutan ini dan untuk transaksi pembayaran masa hadapan.

☐ Gunakan butiran pembayaran sedia ada dalam rekod AIA PUBLIC.

Nama Bank	
Nama Pemegang Akaun Bank	
No. Akaun Bank	

Nota:
(a) AIA PUBLIC Takaful Bhd. (AIA PUBLIC) tidak akan bertanggungjawab terhadap sebarang kerugian sekiranya maklumat akaun yang diberikan tidak tepat.
(b) Hanya maklumat akaun bank pekerja diterima.

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 PUBLIC 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 PUBLIC 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 PUBLIC 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 PUBLIC atau wakil AIA PUBLIC.
9. Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa maklumat peribadi yang dikumpul atau dipegang oleh AIA PUBLIC (sama ada melalui Borang Tuntutan Pesakit Luar ini ataupun cara lain) boleh digunakan dan didedahkan kepada individu atau institusi yang berkaitan dengan AIA PUBLIC atau mana-mana pihak ketiga di dalam atau di luar Malaysia seperti penanggung insurans semula (reinsurers/syarikat retakaful), 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 PUBLIC. Permohonan tersebut boleh dibuat di mana-mana cawangan Pusat Pelanggan AIA.

_____ Tandatangan Pekerja

_____ Tarikh