AIA General Berhad 201001040438 (924363-W)

Collection Station
Stesen Kutipan

* P 2 0 0 6 2 0 9 *

ACCIDENT CLAIM FORM
BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN

PART 1 : INFORMATION ON THE POLICY AND PERSON COVERED
BAHAGIAN 1 : MAKLUMAT POLISI DAN ORANG YANG DILINDUNGI

Policy No.
No. Polisi

Total 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 Dilindungi

Person Covered is
Orang Yang Dilindungi menggunakan

☐ Right Handed *Tangan Kanan*
☐ Left Handed *Tangan Kiri*

Do you have other policies with AIA?
Adakah anda mempunyai polisi lain dengan AIA?

☐ Life *Nyawa*
☐ Personal Accident *Kemalangan Diri*
☐ None *Tiada*

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 : INFORMATION ON THIS CLAIM
BAHAGIAN 3 : MAKLUMAT TUNTUTAN

Type of Claim
Jenis Tuntutan

☐ New Claim *Tuntutan Baharu*

☐ Follow-up Claim *Tuntutan Susulan*

Please state date of accident / *Sila nyatakan tarikh kemalangan*
DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT

Please tick below if applicable
Sila tandakan di bawah yang berkenaan

☐ Dismemberment Claim
Tuntutan Kehilangan Anggota Badan

Did you lose a body part? / *Adakah anda telah kehilangan anggota badan?*
☐ Yes / *Ya*
☐ No / *Tidak*

☐ Dengue or Infectious Disease Claim
Tuntutan Denggi 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 work.
Sila nyatakan dan jelaskan pekerjaan anda.

(a) For students, please state Standard/Form, name of class and school.
Untuk pelajar, sila nyatakan Darjah/Tingkatan, nama kelas dan sekolah.

(b) Nature of employment
Bidang pekerjaan

☐ Self-Employed *Bekerja Sendiri* ☐ Employer *Majikan* ☐ Parent (for student's claim) *Ibu atau bapa (untuk tuntutan pelajar)*

Name, Address and Telephone Number of workplace/parents
Nama, Alamat dan Nombor Telefon tempat pekerjaan/ibu atau bapa

---

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

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

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

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

(d) Particulars of witness of the accident.
Maklumat saksi kemalangan 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
Doktor yang pertama memberikan rundingan rawatan bagi kemalangan tersebut

Name
Nama
Clinic or Hospital Name
Nama Klinik atau Hospital

---

3. (a) The date you returned to work.
Tarikh anda kembali bekerja.

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

(b) Briefly explain the duties that you were not able to fully carry out upon returning to work, if any.
Terangkan secara ringkas tugas yang anda 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 dilengkapkan, 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*

PART 5 : DECLARATION AND AUTHORISATION
BAHAGIAN 5 : 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 Bhd. (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 Bhd. (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 pemadanan 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. */ 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 | | | - | | | - | 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*

DOCUMENTS TO BE SUBMITTED WITH THIS CLAIM FORM
DOKUMEN-DOKUMEN YANG DIPERLUKAN UNTUK PENYERAHAN BORANG TUNTUTAN

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. Student/Teacher Member Listing for School PA Claim.
4. Imaging/X-ray Reports, Dengue Serology, Police Report if any.
5. Copy of NRIC or Passport.

For Dismemberment:
6. X-Ray Film/X-Ray Report.
7. Photograph showing injury/amputation (one full body and one showing the affected body part).
8. Visual Acuity Report for loss of vision.
9. Audiogram report for loss of hearing.

1. *Borang Cadangan Pengurus Agensi/Penyelia Agensi (untuk kes yang dicadangkan) untuk Tuntutan WI kurang dari 14 hari yang mana jumlah MR dan WI ialah sehingga RM1000 yang mana berkenaan.*
2. *Semua resit dan bil asal untuk pembayaran balik perbelanjaan perubatan.*
3. *Senarai Murid Sekolah/Guru Sekolah, untuk tuntutan School PA.*
4. *Laporan Pengimejan X-Ray, Serologi Denggi, Laporan Polis, di mana sesuai/berkaitan.*
5. *Salinan Kad Pengenalan atau Pasport.*

Bagi Kehilangan Anggota:
6. *Filem X-Ray/Laporan X-Ray.*
7. *Gambar asal menunjukkan kecederaan pemotongan anggota (satu gambar seluruh badan dan satu gambar menunjukkan anggota yang cedera).*
8. *Laporan Akuiti Penglihatan untuk kehilangan penglihatan.*
9. *Laporan Audiogram untuk kehilangan pendengaran.*

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 ☐ Male *Lelaki* ☐ Female *Perempuan*

Date and time of accident
Tarikh dan masa kemalangan

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ ☐☐ : ☐☐ ☐ am / *pg* ☐ pm / *ptg*

DD / *HH* MM / *BB* YYYY / *TTTT* HR / *JAM* MIN / *MIN*

1. According to the patient, how did the accident happen?
Berdasarkan kepada pesakit, bagaimanakah kemalangan 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*				Foot *Kaki*			
Thumb *Ibu Jari*	☐ Left *Kiri*	☐ Right *Kanan*		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
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 jangkamasa.

_____

_____

_____

(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 stiches, 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 immobilised, please indicate when:
Jika pesakit diletakkan pada 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*

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)