



Collection Station  
Stesen Kutipan



## TOTAL & PERMANENT DISABILITY CLAIM FORM

BORANG TUNTUTAN HILANG UPAYA KEKAL DAN MENYELURUH

### PART 1 : INFORMATION ON THE POLICY AND INSURED PERSON

BAHAGIAN 1 : MAKLUMAT POLISI DAN ORANG YANG DIINSURANSKAN

Policy Number / Nombor Polisi

Name of Insured Person / Nama Orang Yang Diinsuranskan

NRIC No. / No. KP

Current Residential Address  
Alamat Rumah Semasa

Correspondence Address (If different from Current Residential Address)  
Alamat Surat Menyurat (Jika berbeza daripada Alamat Rumah Semasa)

Postcode / Poskod Country / Negara

Postcode / Poskod Country / Negara

Telephone No. / No. Telefon

Residence / Rumah

Office / Pejabat

Is the Insured Person also covered for total & permanent disability benefits with other insurance companies? If "Yes", please state.

Adakah Orang Yang Diinsuranskan juga dilindungi manfaat hilang upaya kekal dan menyeluruh dengan lain-lain syarikat insurans? Jika "Ya", sila nyatakan.

Yes / Ya  No / Tidak

Name of Insurance Companies  
Nama Syarikat Insurans

Policy No.  
No. Polisi

		Before Disability Sebelum Mengalami Hilang Upaya	Current Employment Status Status Pekerjaan Sekarang
1.	Occupation / Pekerjaan		
2.	(a) Please state and describe your exact occupational duties Sila nyatakan dan jelaskan tugas sebenar pekerjaan anda		
	(b) Your monthly income / Pendapatan bulanan	RM	RM
3.	Name and address of business or employer Nama dan alamat perniagaan atau majikan		
	Contact No. / No. Telefon		
4.	(a) Last working date (if you are not currently employed) Tarikh kerja terakhir (jika anda kini tidak bekerja)	DD / HH - MM / BB - YYYY / TTTT	
	(b) Date you returned to work (if "No", please give expected date of return) Tarikh anda kembali kerja (jika "Tidak", berikan tarikh anda dijangka kembali bekerja)	DD / HH - MM / BB - YYYY / TTTT	
	(c) Are you currently:- Adakah pergerakan anda kini:-	<input type="checkbox"/> Bed-Ridden Terlantar di katil <input type="checkbox"/> Wheel Chair Bound Menggunakan Kerusi Roda <input type="checkbox"/> House Rumah	
		<input type="checkbox"/> Able to Walk with Aids Bergerak dengan Bantuan <input type="checkbox"/> Able to Walk without Aids Bergerak tanpa Bantuan	

5.	Your education level / Latar belakang pendidikan anda	
6.	Are you medically boarded out (MBO)? Adakah anda diberhentikan kerja atas alasan kesihatan?	<input type="checkbox"/> Yes, please submit the following: Ya, sila lampirkan berikut: <input type="checkbox"/> No Tidak <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letter from Employer / SOSCO / Surat dari Majikan / Perkeso</li> <li>• Medical report for MBO / Laporan perubatan untuk pemberhentian kerja atas alasan kesihatan</li> </ul>

To be COMPLETED ONLY if the disability was due to an accident:  
Untuk DILENGKAPKAN HANYA jika hilang upaya disebabkan kemalangan:

7.	(a) When did the accident happen? Bila kemalangan tersebut berlaku?	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> am DD / HH MM / BB YYYY / TTTT HR / JAM MIN / MIN <input type="checkbox"/> pm
	(b) Tell us briefly how the accident happened. Terangkan dengan ringkas bagaimana ia berlaku.	
	(c) Tell us briefly about the injuries suffered. Terangkan dengan ringkas kecederaan dialami.	

To be COMPLETED ONLY if the disability was due to illness:  
Untuk DILENGKAPKAN HANYA jika hilang upaya disebabkan penyakit:

8.	(a) Indicate the illness and give a brief description of the symptoms. Nyatakan penyakit yang dihadapi dan berikan penerangan ringkas mengenai simptom.	
	(b) Date symptoms started and how long the Insured Person had the symptoms before the first consultation? Tarikh simptom bermula dan sudah berapa lama beliau menghadapi simptom ini sebelum rundingan rawatan yang pertama?	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DD / HH MM / BB YYYY / TTTT
	(c) Give details of consultation: Berikan butiran rundingan rawatan:	
	i. The doctor first consulted for this illness Doktor yang pertama memberikan rundingan rawatan bagi penyakit ini	
	ii. The doctor who referred the Insured Person to hospital Doktor yang merujuk Orang Yang Diinsuranskan ke hospital	

**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 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.

Policyholder's Name / Nama Pemegang Polisi

Policyholder's NRIC No. / No. KP Pemegang Polisi

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name of Bank / Nama Bank

Bank Account No. / No. Akaun Bank

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Policyholder's Email Address / Alamat Emel Pemegang Polisi

Policyholder's Mobile Tel. No. / No. Tel. Bimbit Pemegang Polisi

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PART 3 : DECLARATION AND AUTHORISATION**  
**BAHAGIAN 3 : 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 oleh AIA General Berhad tidak boleh 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.
- 4) I/We understand and agree that any personal information collected or held by AIA General Berhad (whether through this application or otherwise obtained) may be used and disclosed by AIA General Berhad to individuals/institutions related to and associated with AIA General Berhad or any selected third party within or outside Malaysia such as reinsurers, claims investigation companies and industry associations to process this application. 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 General Berhad. Such requests can be made at any AIA Customer Service Centres. / Saya/kami memahami dan bersetuju bahawa maklumat peribadi yang dikumpul atau dipegang oleh AIA General Berhad (sama ada melalui permohonan ini ataupun cara lain) boleh digunakan dan didedahkan kepada individu atau institusi yang berkaitan dengan AIA General Berhad atau mana-mana pihak ketiga di dalam atau di luar Malaysia seperti penanggung insurans semula (reinsurer), syarikat penyiasatan tuntutan dan persatuan industry bagi memproses permohonan 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 General Berhad. Permohonan tersebut boleh dibuat di mana-mana Pusat Khidmat Pelanggan AIA.

I/We authorise

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

NRIC No. \_\_\_\_\_ or my AIA Agent  
 No. KP \_\_\_\_\_ atau Ejen AIA 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 \_\_\_\_\_ DD/MM/YYYY  
 Ditandatangani pada \_\_\_\_\_ HH/BB/TTTT

Signature of Insured Person/Person making this claim  
 Tandatangan Orang Yang Diinsuranskan/Penuntut

\_\_\_\_\_  
 Name / Nama

\_\_\_\_\_  
 NRIC No. / No. KP

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

Checklist: This is only for point-of-submission reference of basic and supporting requirement for the claim. AIA General Berhad reserves the rights to request for other relevant document and information, or to view original of copied document submitted whenever necessary. Upon full completion of this statement, please return together with the following documents (non-original documents must be certified as true copy).

Senarai Semakan: Ini hanya sebagai rujukan pada takat serahan asas dan tata syarat sokongan untuk tuntutan. Apabila perlu, AIA General Berhad berhak untuk meminta lain-lain dokumen berkaitan dan informasi, atau memerhati salinan asal untuk dokumen yang telah diserahkan. Selepas melengkapkan penyata ini, sila kembalikan bersama dengan dokumen berikut (salinan bukan asal perlu disahkan).

(A) Total & Permanent Disability (TPD) due to Illness Hilang Upaya Kekal & Menyeluruh kerana Penyakit		(B) TPD due to Accident Hilang Upaya Kekal & Menyeluruh kerana Kemalangan
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Claim Form Borang Tuntutan</li> <li>2. Attending Physician's Statement – TPD Kenyataan Pakar Perubatan – Tuntutan Hilang Upaya</li> <li>3. NRIC of Insured Person Kad Pengenalan Orang Yang Diinsuranskan</li> <li>4. All Medical Test Results including MRI/CT Scan, Dialysis Card etc. Semua Laporan Keputusan Ujian Kesihatan termasuk imbasan MRI/CT, Dialisis dan lain-lain</li> <li>5. Medically Boarded Out letter from Employer with medical report/letter from SOCSO Surat persaraan atas sebab kesihatan dari pihak majikan berserta laporan perubatan/ surat dari SOCSO</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. 5 copies of the Consent Form &amp; Patient's Appointment Card 5 salinan Borang Kezinaan &amp; Kad Temujanji Pesakit</li> <li>7. NRIC of Claimant (if claimant is other than Insured Person) Kad Pengenalan Penuntut (jika penuntut lain daripada Orang Yang Diinsuranskan)</li> <li>8. Full length photograph of Insured Person (for loss/amputation/bed-ridden) Foto menyeluruh Orang Yang Diinsuranskan (untuk kehilangan/amputasi/terlantar di katil)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. All of Item (A) Semua Butir-butir dalam (A)</li> <li>2. Police Report(s) Laporan Polis dan Laporan Polis Pihak Ketiga</li> <li>3. Newspaper Cutting (if any) Laporan Akhbar (jika ada)</li> </ol>