

CLAIM NO. For Office Use Only

A. EMPLOYEE INFORMATION																													
*Name of Employee (as in NRIC)																													
*Employee NRIC No. / Passport No.															*Mobile No.														
															- This number will be used for your claim status notification.														
*Email Address																													
*Name of Company / Employer																													

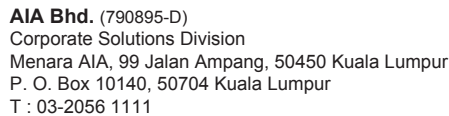
*Name of Patient ☐ Same as above 	
*Membership No. (as in Member ID Card) 	Relationship to Employee ☐ Spouse ☐ Child

*Date of Visit - - Time of Visit : am pm No. of Medical Certificate Days

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	Referral Letter	Lab / X-ray Report (if any)		
		If Your Bill Amount Is				
☐ GP Claim <i>GGP1</i>	☒	Above RM80.00		☒	☐ Panel GP ☐ Non-Panel GP	
☐ Specialist Claim <i>GSP1</i> <i>(Paediatrician Claim only applicable for direct access benefit with no referral letter required.)</i>	☒	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 <i>GSP1</i>	☒	Above RM80.00			Name of Immunisation 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	_____ _____ _____ _____
☐ Optical Claim <i>OPTC</i>	☒	Not Applicable				
☐ Health Screening Claim <i>GMEX</i>	☒	Not Applicable		☒		
☐ Dental Claim <i>GDN1</i>	☒	Above RM100.00			Dental Consultation Extraction Filling Scaling / Polishing Medication Others _____	_____ _____ _____ _____ _____

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	Referral Letter	Lab / X-ray Report		
		If Your Bill Amount Is				
☐ Maternity Claim GMT1	✓	Above RM150.00		✓	Pre-Natal Post-Natal Delivery ☐ Normal ☐ Caesarean Miscarriage	_____ _____ _____ _____
					*Total Claim Amount	

E. REASON FOR SEEKING TREATMENT	F. CLARIFICATION FOR REIMBURSEMENT						
☐ 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 _____	Emergency ☐ Yes ☐ No Please explain your reasons for the claim submission. _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____						
	G. E-PAYMENT REGISTRATION (If no selection is made, the payment will be made as per our record) ☐ Use the payment details that have been recorded by AIA Bhd. ☐ New enrollment / change of account number for this claim and future transactions. <table border="1"> <tr> <td>Bank Name</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bank Account Holder Name</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bank Account No.</td> <td></td> </tr> </table> (a) AIA shall not be responsible for losses as a result of inaccurate account details provided. (b) Only employee bank account details allowed.	Bank Name		Bank Account Holder Name		Bank Account No.	
Bank Name							
Bank Account Holder Name							
Bank Account No.							
	H. CHECKLIST (please tick ✓) ☐ I understand that claims without the Original Receipt and Detailed Itemised Bill for each medication / immunisation / injection / lab test / x-ray will be declined. ☐ I understand AIA Bhd. will keep my claim documents unless if I request for the documents to be returned to me within 60 days from the decision of claim. ☐ I 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 Bhd. ☐ I understand that for Overseas Treatment, I 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.						
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 _____	I. DECLARATION AND AUTHORISATION I/We confirm that the answers given are true and accurate. I/We understand that AIA Bhd.'s acceptance of this form is not an admission of AIA Bhd.'s liability of my/our claim. 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 Bhd. or its representative. I/We understand and agree that any personal information collected or held by AIA Bhd. (whether through this application or otherwise obtained) may be used and disclosed by AIA Bhd. to individuals/institutions related to and associated with AIA Bhd. 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 Bhd. Such requests can be made at any AIA Bhd. Customer Centres. _____ _____ Signature of Employee Date						



NO. TUNTUTAN Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja

Maklumat Pekerja & Pesakit - Sila lengkapkan maklumat seperti di dalam Kad Pengenalan dan Kad Ahli anda. **SETIAP BORANG ADALAH UNTUK SATU LAWATAN SAHAJA.** Tuntutan klinikal mesti dihantar dalam masa 90 hari dari tarikh rundingan.

*Nama Pekerja (seperti di dalam KP)

[illegible]

*No. KP Pekerja / No. Pasport												*No. Tel. Bimbit																																						
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																								<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																										
												Nombor telefon ini akan digunakan untuk makluman tuntutan anda.																																						

[illegible][illegible]

*Nama Pesakit ☐ Sama seperti di atas

[illegible]

*No. Keahlian (seperti di dalam Kad Keahlian)	Hubungan dengan Pekerja
	☐ Suami / Isteri ☐ Anak

*Tarikh Lawatan	h h - b b - t t t t	Masa Lawatan	: ☐ am ☐ pm	Jumlah Hari Cuti Sakit	
-----------------	--	--------------	---	------------------------	--------------------------------------

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	Surat Rujukan	Ujian Makmal / Laporan X-ray (jika ada)		
		Jika Bil Amaun Anda				
☐ Tuntutan GP <i>GGP1</i>	✓	Melebihi RM80.00		✓	☐ Klinik Panel ☐ Klinik Bukan Panel	
☐ Tuntutan Pakar <i>GSP1</i> <i>(Tuntutan pakar kanak-kanak hanya boleh diguna pakai untuk faedah rawatan secara terus tanpa memerlukan surat rujukan.)</i>	✓	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 <i>GSP1</i>	✓	Melebihi RM80.00			Nama Imunisasi 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	_____ _____ _____ _____
☐ Tuntutan Optik <i>OPTC</i>	✓	Tidak Berkenaan				
☐ Tuntutan Pemeriksaan Kesihatan <i>GMEX</i>	✓	Tidak Berkenaan		✓		
☐ Tuntutan Pergigian <i>GDN1</i>	✓	Melebihi RM100.00			Perundingan Pergigian 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	Surat Rujukan	Ujian Makmal / Laporan X-ray		
		Jika Bil Amaun Anda				
☐ Tuntutan Kehamilan GMT1	✓	Melebihi RM150.00		✓	Pra-Natal Selepas Bersalin Bersalin ☐ Normal ☐ Pembedahan Keguguran	
					*Jumlah Tuntutan	

E. SEBAB-SEBAB MENDAPAT RAWATAN	F. PENJELASAN UNTUK PEMBAYARAN BALIK					
☐ 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 _____	☐ Kecemasan ☐ Ya ☐ Tidak Sila jelaskan tujuan tuntutan ini dibuat. _____ _____ _____ _____ _____					
	G. PENDAFTARAN E-PEMBAYARAN (Jika tiada pilihan dibuat, pembayaran akan dibuat mengikut rekod kami yang sedia ada)					
	☐ Guna maklumat yang sedia ada di dalam rekod AIA Bhd. ☐ Untuk pendaftaran baru atau perubahan nombor akaun bagi transaksi pembayaran masa hadapan.					
	<table><tr><td>Nama Bank</td><td></td></tr><tr><td>Nama Pemegang Akaun Bank</td><td></td></tr><tr><td>No. Akaun Bank</td><td></td></tr></table> (a) AIA tidak akan bertanggungjawab terhadap sebarang kerugian sekiranya maklumat akaun yang diberikan tidak tepat. (b) Hanya maklumat akaun bank pekerja diterima.	Nama Bank		Nama Pemegang Akaun Bank		No. Akaun Bank
Nama Bank						
Nama Pemegang Akaun Bank						
No. Akaun Bank						
	H. SENARAI SEMAK (sila tanda ✓)					
	☐ Saya memahami bahawa tuntutan akan dikembalikan jika Resit Asal dan Butiran Bil Terperinci untuk kos setiap ubat / imunisasi / suntikan / ujian makmal / x-ray tidak disertakan. ☐ Saya memahami bahawa AIA Bhd. akan menyimpan dokumen tuntutan saya melainkan jika saya memohon untuk dokumen tersebut dikembalikan kepada saya dalam masa 60 hari dari tarikh keputusan tuntutan. ☐ Saya memahami penilaian ke atas tuntutan ini akan mengalami kelewatan sekiranya maklumat penting yang diserahkan kepada pihak AIA Bhd. tidak lengkap. ☐ Saya memahami bahawa untuk Rawatan Di Luar Negara, Butiran Bil Asal yang terperinci menyenaraikan butir-butir setiap caj dan terjemahan bahasa asing ke Bahasa Inggeris perlu disertakan.					
Penyakit Jangka Panjang ☐ 715 Sakit Artritis ☐ 493 Asma ☐ 433 Strok ☐ 250 Kencing Manis ☐ 345 Sawan ☐ 274 Gout ☐ 272 Kolesterol Tinggi ☐ 401 Darah Tinggi ☐ 411 Penyakit Jantung ☐ 332 Parkinson ☐ 533 Ulser Peptik ☐ 696 Penyakit Kulit ☐ 246 Penyakit Tiroid ☐ 06G Lain-lain, sila nyatakan _____	I. PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA Saya/Kami mengesahkan bahawa jawapan yang diberikan adalah benar dan tepat. Saya/Kami memahami bahawa penerimaan borang oleh AIA Bhd. tidak boleh dianggap sebagai penerimaan liabiliti ke atas tuntutan yang dibuat. 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 Bhd. atau wakil AIA Bhd. Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa maklumat peribadi yang dikumpul atau dipegang oleh AIA Bhd. (sama ada melalui pemohonan ini ataupun cara lain) boleh digunakan dan didedahkan kepada individu atau institusi yang berkaitan dengan AIA Bhd. atau mana-mana pihak ketiga di dalam atau di luar Malaysia seperti penanggung insurans semula (reinsurer), syarikat penyasatan tuntutan dan persatuan industri 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 Bhd. Permohonan tersebut boleh dibuat di mana-mana cawangan Pusat Khidmat Pelanggan AIA Bhd. _____ Tandatangan Pekerja _____ Tarikh					