



Collection Station
Stesen Kutipan



HOSPITALISATION CLAIM FORM (FOR INDIVIDUAL)

BORANG TUNTUTAN HOSPITALISASI (UNTUK INDIVIDU)

PART 1 : INFORMATION ON THE POLICY AND INSURED PERSON

BAHAGIAN 1 : MAKLUMAT POLISI DAN ORANG YANG DIINSURANSKAN

Policy No.
No. Polisi

Total Claim Amount (Medical Expenses only)
Jumlah Tuntutan (Perbelanjaan Perubatan sahaja)

RM

Name of Insured Person / Nama Orang Yang Diinsuranskan

NRIC / Passport No. / No. KP / Pasport

Name of Person making this claim (if other than Insured Person)
Nama Penuntut (jika selain daripada Orang Yang Diinsuranskan)

Relationship to Insured Person
Hubungan dengan Orang Yang Diinsuranskan

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

Life / Nyawa Personal Accident / Kemalangan Diri

Is the Insured Person also covered for hospitalisation benefits with other insurance companies? If "Yes", please state.
Adakah Orang Yang Diinsuranskan juga dilindungi faedah hospitalisasi dengan lain-lain syarikat? Jika "Ya", sila nyatakan.

Name of Insurance Companies
Nama Syarikat Insurans

Policy No.
No. Polisi

Yes / Ya No / Tidak

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.

Policyowner's Name / Nama Pemilik Polisi

Name of Bank / Nama Bank

Policyowner's NRIC No. / No. KP Pemilik Polisi

Bank Account No. / No. Akaun Bank

Policyowner's Email Address / Alamat Emel Pemilik Polisi

Policyowner's Mobile Tel. No. / No. Tel. Bimbit Pemilik Polisi

DOCUMENTS TO BE SUBMITTED WITH THIS CLAIM FORM

DOKUMEN-DOKUMEN YANG DIPERLUKAN UNTUK PENYERAHAN BORANG TUNTUTAN

- Original itemised bills (Invoice/Statement) and original official receipts including deposit receipts. / Bil (Invois/Penyata) dan resit asal termasuk resit deposit.
- Copy of Lab and Radiology Reports (MRI, CT Scan, Ultrasound, X-Ray, ECG, Histopathology, Biopsy, Audiometry, Soundthreshold tests, Cardiac Enzyme Test (CPK-MB, Cardiac Troponin T, Cardiac Troponin I & Other Medical Tests). / Keputusan Makmal & Radiologi (Imbasan, CTScan, Ultrasound, X-Ray, ECG, Histopatologi, Biopsi, Audiometri, Ujian Pendengaran, Cardiac Enzyme Test (CPK-MB, Cardiac Troponin T, Cardiac Troponin I & Keputusan Ujian yang lain).
- For Overseas Treatment, to include: Copy of Passport Indicating Biodata, Dates of Departure from Malaysia and Arrival Overseas or copy of Flight Ticket/Boarding Pass, Original Detailed Admission Bill showing breakdown of each charges and translation of foreign language. / Untuk rawatan di luar negara, disertakan: Salinan Pasport yang menunjukkan biodata, tarikh keberangkatan dari Malaysia dan ketibaan di luar negara atau salinan tiket penerbangan/Boarding Pas, Butiran Bil asal yang menyenaraikan kos setiap caj dan terjemahan bahasa asing.
- For A-Plus Medcare -Flight Ticket for Overseas Treatment Benefit claims, to submit proof of hospitalisation, treatment or surgery done overseas, proof of payment of flight tickets and referral letter from the Service Provider. / Untuk A-Plus MedCare- tuntutan Faedah Tiket Penerbangan untuk Rawatan Luar Negara, perlu bukti hospitalisasi, rawatan atau pembedahan di luar negara, resit pembelian tiket penerbangan serta surat rujukan dari Penyedia Perkhidmatan.

PART 3 : INFORMATION ON THIS CLAIM
BAHAGIAN 3 : MAKLUMAT TUNTUTAN

Type of Claim New Claim
Jenis Tuntutan Tuntutan Baharu

Please state date of hospitalisation / Sila berikan tarikh hospitalisasi

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

Pre or Post Hospitalisation Treatment
Rawatan Sebelum atau Selepas Hospitalisasi

Emergency Accidental Out-patient Treatment
Rawatan Kecemasan Pesakit Luar

Please state date of accident / Sila berikan tarikh kemalangan

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

Tell us briefly how the accident happened
Terangkan dengan ringkas bagaimana ia berlaku

Tell us briefly about the injury suffered
Terangkan dengan ringkas kecederaan dialami

Out-patient Kidney Dialysis/Out-patient Cancer Treatment
Rawatan Dialisis Pesakit Luar/Rawatan Kanser Pesakit Luar

Review/Appeal of Existing Claim
Ulasan/Rayuan ke atas Tuntutan yang Sedia Ada

Health Wallet

Flight Ticket for Overseas Treatment Benefit (A-Plus MedCare)
Faedah Tiket Penerbangan untuk Rawatan Luar Negara (A-Plus MedCare)

PART 4 : DECLARATION AND AUTHORISATION
BAHAGIAN 4 : 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 Bhd.'s acceptance of this form is not an admission of AIA Bhd.'s liability of my/our claim. / Saya/kami memahami bahawa penerimaan borang oleh AIA Bhd 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 Bhd. 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 Bhd atau wakil AIA Bhd.
- 4) 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. / Saya/kami memahami dan bersetuju bahawa maklumat peribadi yang dikumpul atau dipegang oleh AIA Bhd. (sama ada melalui permohonan 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 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 Bhd. Permohonan tersebut boleh dibuat di mana-mana cawangan Pusat Khidmat Pelanggan AIA Bhd.

I/We authorise
Saya/Kami dengan ini membenarkan _____

NRIC No. _____ or my AIA Life Planner
No. KP _____ atau Perancang Hayat AIA _____

Life Planner Code Life Planner's Tel. No. _____ to assist me with this claim.
Kod Perancang Hayat _____ No. Tel. Perancang Hayat _____ 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

IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING

This section only needs to be completed if this is a New Claim. / Bahagian ini mesti diisi jika ianya Tuntutan Baharu.

MEDICAL INFORMATION REQUEST FOR HOSPITALISATION CLAIM FORM

BORANG PERMOHONAN MAKLUMAT PERUBATAN UNTUK TUNTUTAN HOSPITALISASI

TO BE COMPLETED BY DOCTOR, PAID FOR BY THE INSURED PERSON

UNTUK DILENGKAPKAN OLEH DOKTOR DENGAN PERBELANJAAN DITANGGUNG OLEH ORANG YANG DIINSURANSKAN

Name of Patient

Nama Pesakit

NRIC No.

No. KP

Age

Umur

Sex

Jantina

Male
Lelaki

Female
Perempuan

1. Hospitalisation Details

Faedah Hospitalisasi

Admission / Daycare / Outpatient Date

Tarikh Masuk / Rawatan Harian / Pesakit Luar

DD	MM	YYYY
----	----	------

DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT

Admission No.

No. Kemasukan

Discharge Date

Tarikh Keluar

DD	MM	YYYY
----	----	------

DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT

2. Was the patient referred to your hospital by another doctor?
If "Yes", please indicate his/her name, address and provide a copy of referral letter.

Yes
Ya

No
Tidak

Adakah pesakit dirujuk ke hospital anda oleh doktor lain?
Jika "Ya", sila nyatakan nama dan alamat beliau serta berikan salinan surat rujukan.

3. When did you first see the patient for this illness?

Tarikh ketika anda pertama kali merawat pesakit untuk penyakit ini?

DD	MM	YYYY
----	----	------

DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT

4. What symptoms did the patient raise when he/she first saw you for this illness?

Apakah simptom yang dinyatakan oleh pesakit ketika dia mula melawat anda untuk penyakit ini?

5. (a) According to the patient, how long had he/she experienced those symptoms before first seeing you?
Menurut pesakit, berapa lama beliau telah mengalami simptom tersebut sebelum menemui anda?

(b) In your opinion, how long did the symptoms last?
Pada pendapat anda, berapa lamakah simptom tersebut telah berlaku?

6. Has the patient consulted another doctor for the same or similar symptoms in the past? If so, please give details.
Adakah pesakit menemui doktor lain sebelum ini berkaitan simptom tersebut? Jika ya, sila berikan maklumat lanjut.

Yes
Ya

No
Tidak

7. Have any investigations, tests or procedures been performed? If "Yes", please provide us the details or attach a certified true copy of the results.

Adakah sebarang pemeriksaan, ujian atau prosedur telah dijalankan? Jika "Ya", sila nyatakan maklumat tersebut atau sertakan salinan keputusan ujian yang telah disahkan benar.

Yes
Ya

No
Tidak

8. Why was hospitalisation required? Could the patient have been treated as an outpatient?

Mengapa hospitalisasi diperlukan? Bolehkah sekiranya pesakit dirawat sebagai pesakit luar?

9. (a) What is your diagnosis and ICD9/ICD10 code?

Apakah diagnosis anda dan kod ICD9/ICD10?

(b) What was the underlying cause?

Apakah punca penyebabnya?

(c) Did you inform the patient of your diagnosis? If so, when did you do so?

Adakah anda memberitahu pesakit tentang diagnosis anda? Jika ya, bila anda memberitahunya?

Yes
Ya

Date Informed
Tarikh Diberitahu

DD	MM	YYYY
----	----	------

No
Tidak

10. (a) Nature of medical treatment given / planned and / or operation to be performed.
Bentuk rawatan perubatan yang diberi / dirancang dan / atau pembedahan yang akan dijalankan.
- (b) Name of Surgeon
Nama Pakar Bedah
- (c) Date of Operation
Tarikh Pembedahan
- (d) MMA OPCS code / PHFSR code
Kod MMA OPCS / Kod PHFSR

11. Is the treatment related to:
Adalah rawatan berkaitan dengan:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cosmetic / plastic surgery, routine health screening
<i>Pembedahan kosmetik / plastik, pemeriksaan perubatan rutin</i> | <input type="checkbox"/> Pregnancy, childbirth, sterilisation, infertility
<i>Kehamilan, kelahiran, pemandulan, kemandulan</i> |
| <input type="checkbox"/> Intoxication, illegal drugs, AIDS, ARC, HIV, related diseases
<i>Kemabukan, penyalahgunaan dadah, AIDS, ARC, HIV, penyakit berkenaan</i> | <input type="checkbox"/> Psychotic / mental disorder / anxiety / sleep disorder
<i>Psikotik / penyakit mental / keresahan / penyakit susah tidur</i> |
| <input type="checkbox"/> Self-inflicted injury, suicide, attempted suicide
<i>Tindakan melukakan diri sendiri, bunuh diri, percubaan bunuh diri</i> | <input type="checkbox"/> Hazardous sports, unlawful act
<i>Sukan berbahaya, tindakan melanggar undang-undang</i> |
| <input type="checkbox"/> Congenital
<i>Kongenital</i> | <input type="checkbox"/> Dental treatment
<i>Rawatan pergigian</i> |
| <input type="checkbox"/> Hereditary conditions
<i>Penyakit keturunan</i> | <input type="checkbox"/> Please provide details:
<i>Sila nyatakan:</i> |

12. Is there a possibility of a relapse?
Apa-apa kemungkinan penyakit ini akan berulang? Yes / *Ya* No / *Tidak*

13. Has the patient previously been treated or hospitalised in this or any other hospital for this or any other serious disorder? If so, please state.
Adakah pesakit sebelum ini dirawat atau dimasukkan ke hospital ini atau mana-mana hospital lain untuk penyakit ini atau apa-apa gangguan serius lain? Jika ya, sila nyatakan.

Date (DD/MM/YYYY) <i>Tarikh (HH/BB/TTTT)</i>	Diseases / Disorders <i>Penyakit / Gangguan</i>	Details of Treatments / Hospitalisations <i>Butiran Rawatan / Hospitalisasi</i>	Doctors' / Hospitals' Names <i>Nama Doktor / Hospital</i>
(a) _____	_____	_____	_____
(b) _____	_____	_____	_____
(c) _____	_____	_____	_____

14. To be completed if patient is female
Untuk diisi sekiranya pesakit adalah wanita
- Was the patient pregnant at the time of hospitalisation?
Adakah pesakit mengandung ketika hospitalisasi? Yes / *Ya* _____ months / *bulan* No / *Tidak*

I hereby certify that I have personally examined and treated the Insured Person 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 Orang yang Diinsuranskan seperti yang tersebut di atas dan bahawa fakta-fakta yang dinyatakan di atas merupakan pandangan perubatan saya mengenai keadaan beliau.

Signature of Attending Physician <i>Tandatangan Pegawai Perubatan Yang Merawat</i>	_____	Qualification <i>Kelayakan</i>

	_____	Contact No. <i>No. Untuk Dihubungi</i>

Name & Address (Official Stamp) <i>Nama dan Alamat (Cop Rasmi)</i>	_____	Date (DD/MM/YYYY) <i>Tarikh (HH/BB/TTTT)</i>