




Accident Claim Form / Borang Tuntutan Kemalangan
PART I / BAHAGIAN I

Dismemberment claim
Tuntutan Pembahagian

Collection Station
Stesen Kutipan

--	--

	Policy Number / Nombor Polisi Basic Plan / Pelan Asas Basic Term (P) / Tempoh Asas (P)		Servicing Agent Code / Kod Ejen				Servicing Agency Code / Kod Agensi					
	<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="text"/>	<input type="text"/>
	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)
	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)
	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)
	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)
	(8)	(8)	(8)	(8)	(8)	(8)	(8)	(8)	(8)	(8)	(8)	(8)
	(9)	(9)	(9)	(9)	(9)	(9)	(9)	(9)	(9)	(9)	(9)	(9)
	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)

Name of Assured / Nama Asured

Age / Umur :

NRIC No. / No. KP

Gender / Jantina

Name of Claimant (if other than Assured)
Nama Penuntut (jika selain daripada Asured)

Relationship to Assured
Hubungan dengan Asured

Mobile Tel No
No Telefon Bimbit

You are /
Anda menggunakan : Right Handed / Tangan Kanan
 Left Handed / Tangan Kiri

This case is a / Kes ini adalah untuk:

New Claim / Tuntutan Baru

Further Claim / Tuntutan Tambahan

Please supply date of accident
Sila berikan tarikh kemalangan DD MM YYYY
HH BB TTTT

Review/Appeal / Ulasan/Rayuan

Other policies nos. / Lain-lain nos. polisi

Please Complete in detail / Sila Lengkapkan dengan jelas

1. Present Occupation (Describe in detail the occupational duties)
Pekerjaan Sekarang (Terangkan dengan jelas tanggungjawab pekerjaan)

2. Name, address and telephone No. of Business or Employer or school
(If student)
Nama, Alamat dan No. Telefon Perniagaan atau Majikan atau Sekolah
(Jikalau pelajar)

For Student, please provide: Std/Form:
Untuk Pelajar, Sila Nyatakan Darjah/Tingkatan

3. Date and Time of Accident / Tarikh dan Masa Kemalangan

A.M.
PG
 P.M.
PTG

Place of Accident
Tempat Kemalangan

(DD/MM/YYYY) / (HH/BB/TTTT) HR / JAM : MIN / MIN

4. Please state how the accident occurred and what you were doing at the time. / Sila nyatakan bagaimana kemalangan berlaku dan apa yang sedang anda lakukan ketika itu.

5. Please state in details the injuries you have sustained. / Sila nyatakan dengan jelas kecederaan yang anda alami.

6. Please give the following details / Sila berikan butiran berikut

Dates of Consultations (DD/MM/YYYY)
Tarikh Rundingan (HH/BB/TTTT)

Names of Doctors Who Treated You for the Injury
Nama doktor yang merawat anda untuk kemalangan tersebut

Clinics' or Hospitals' addresses
Alamat Hospital atau Klinik

7. Was medical treatment sought immediately? If no, Please provide reason / Adakah rawatan diterima dengan segera? Jika tidak, sila berikan sebab.

8. Details of Hospitalization (please attach discharge note) / Butiran Hospitalisasi (sila lampirkan nota keluar hospital).

Admission / Reg No. / No. Pendaftaran / Kemasukan

Period of Hospitalization From _____ to _____
Tempoh Hospitalisasi Dari (DD/MM/YYYY / HH/BB/TTTT) hingga (DD/MM/YYYY / HH/BB/TTTT)

9. Are you presently insured for accident benefits with other Companies? If Yes, please state.

Adakah anda kini diinsuranskan untuk faedah kemalangan dengan Syarikat lain? Jika Ya, sila nyatakan.

Yes No
Ya Tidak
Amount of Benefits (RM)
Amaun Faedah (RM)

Names of Insurance Companies Policy No Effective Dates (DD/MM/YYYY)
Nama Syarikat Insurans No. Polisi Tarikh Berkuatkuasa (HH/BB/TTTT)

10. a) Date on Which You Last Worked Prior to Disability / Tarikh Terakhir Anda Bekerja Sebelum Hilang Upaya.

(DD/MM/YYYY)/(HH/BB/TTTT)

b) Date on Which You Returned to Work / Tarikh Anda Kembali Bekerja.

a. _____

c) If upon returning to work, you were not immediately able to perform all your duties, please indicate the date on which you were finally able to perform all your duties. / Sekiranya setelah kembali bekerja, anda tidak terus berupaya melaksanakan semua tanggungjawab anda, sila nyatakan tarikh bila akhirnya anda dapat menjalankan semua tanggungjawab anda.

b. _____

c. _____

d) Details of duties you were not immediately able to perform after your return to work, if any.

Butiran tanggungjawab yang anda tidak terus berupaya melaksanakannya selepas anda kembali bekerja, jika ada.

Note: If item (d) is not completed, it is assumed that you are able to perform all duties on the date which you returned to work.

Nota: Jika item (d) tidak dilengkapkan, adalah diandaikan bahawa anda berupaya menjalankan semua tanggungjawab anda pada tarikh anda kembali bekerja.

Goods and Services Tax (GST) Information / Maklumat Cukai Barangan dan Perkhidmatan

1. Are you GST Registered? / Adakah anda berdaftar untuk GST?

Yes / Ya GST Registration Number / Nombor pendaftaran GST _____ No / Tidak
Registration Date / Tarikh Pendaftaran _____

*Note: If questions above are unanswered, AIA Bhd. will follow your existing records with the company / *Nota: Jika soalan di atas tidak dijawab, AIA Bhd akan mengikuti rekod yang sebelum ini

AIA Bhd. shall rely on the above information provided by you for tax credit purposes provided under the Goods and Services Tax (GST) Act 2014. AIA Bhd. shall not be liable for any liability, fine, charge or penalty as a result of relying on the incorrect information. Should any action be taken against AIA Bhd. and/or penalties be imposed on AIA Bhd. by any tax authority for relying on the same, AIA Bhd. reserves its right to be indemnified by you to the fullest extent permitted by law and any liability arising from your incorrect advice shall be payable by you. / AIA Bhd. bergantung kepada maklumat diatas, yang diberikan oleh anda untuk tujuan kredit cukai yang diperuntukkan di bawah Akta Cukai Barangan dan Perkhidmatan (GST). AIA Bhd. tidak akan bertanggungjawab terhadap ke atas sebarang liabiliti, denda, caj atau penalti yang dikenakan disebabkan maklumat yang salah. Sekiranya sebarang tindakan dan / atau penalti dikenakan ke atas AIA Bhd. oleh mana-mana pihak berkuasa, AIA Bhd. berhak menuntut kerugian dari anda sehingga tahap yang dibenarkan oleh undang-undang dan sebarang liabiliti yang wujud berdasarkan maklumat anda yang salah.

Declaration and Authorization / Pengisytiharan dan Pemberikuasaan

I/We declare that the answers given are true and complete to the best of my/our knowledge and belief.

I/We undersigned, understand the delivery of this form is in no way an admission of AIA Bhd.'s liability of my/our claim and agree that payment of this claim or payment based on agency recommendations shall not be construed as final admission of AIA Bhd.'s liability of this and any further claims arising and AIA Bhd. reserve full rights for the appropriate evaluation or action where necessary.

I/We, the undersigned(s) hereby irrevocably authorize any organization, institution, or individual that has any records or knowledge of my/our health and medical history or treatment or advise and that has been or may hereafter be consulted to disclose to AIA Bhd. or its representative such information.

I/We understand and agree that any personal information collected or held by AIA Bhd. (whether contained in this application or otherwise obtained) may be held, used and disclosed by AIA Bhd. to individuals/ organization related to and associated with AIA Bhd. or any selected third party (within or outside of Malaysia, including reinsurance and claims investigation companies and industry associations/ federations) for the purpose of processing this application and providing subsequent service for this and other financial products and service and to communicate with me/us for such purposes. I/We understand that I/We have a right to obtain access to and to request correction of any personal information held by AIA Bhd. concerning me/us. Such request can be made to any of AIA Bhd.'s Customer Service Centre.

This authorization shall bind my/our successors and assigns and remain valid notwithstanding my/our death or incapacity in so far as legally possible. A photocopy of this authorization or claim form shall be as valid as the original and can be used for my/our further claims.

Saya/Kami mengisytiharkan bahawa jawapan yang diberikan di atas adalah benar dan lengkap setakat pengetahuan dan kepercayaan saya/kami.

Dengan penyerahan borang ini kepada AIA Bhd., saya/kami memahami bahawa ini tidak sama sekali boleh dianggap sebagai penerimaan liabiliti ke atas tuntutan saya/ kami dan juga bersetuju bahawa bayaran tuntutan ini atau bayaran berdasarkan saranan agensi tidak bermaksud akan penerimaan liabiliti muktamad oleh AIA Bhd. ke atas tuntutan ini dan sebarang tuntutan lain. AIA Bhd. berhak dengan sepenuhnya menggunakan sebarang penilaian yang diperlukan atau tindakan di mana patut.

Saya / Kami yang bertandatangan di bawah, dengan ini membenarkan mana-mana organisasi, institusi, atau individu yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang kesihatan dan latar belakang perubatan atau rawatan atau nasihat perubatan saya / kami, dan telah atau mungkin kemudian dari ini dirujuk untuk mendedahkan segala maklumat tersebut kepada AIA Bhd. atau wakilnya.

Saya/Kami faham dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh AIA Bhd. (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh dipegang, digunakan, dan diberikan oleh AIA Bhd. kepada individu/organisasi yang berhubung dan berkaitan dengan AIA Bhd. atau mana-mana pihak ketiga yang dipilih (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk syarikat-syarikat reinsurance dan penyiasatan tuntutan dan persatuan/persekutuan industri) bagi tujuan memproses permohonan ini dan memberikan khidmat seterusnya untuk produk dan khidmat kewangan yang lain dan untuk berkomunikasi dengan saya/kami untuk tujuan seperti itu. Saya/Kami faham bahawa saya/kami berhak memperoleh akses kepada, dan memohon pembedaan sebarang maklumat peribadi yang dipegang oleh AIA Bhd. berkaitan dengan saya/kami. Permohonan seperti itu boleh dibuat di mana-mana Pusat Khidmat Pelanggan AIA Bhd.

Pengesahan ini hendaklah mengikat waris-waris dan penama saya/kami dan kekal sah meskipun setelah kematian atau ketidakupayaan saya/kami setakat yang dibenarkan di sisi undang-undang. Salinan pengesahan ini atau borang tuntutan adalah sah seperti yang asal dan boleh digunakan untuk tuntutan rawatan susulan.

IMPORTANT NOTICE/ NOTA PENTING:

Claims' payment is advisable to be made via e-Payment. This is in line with BNM's directive towards electronic fund transfer that is faster, safer and more convenient. Please ensure the completed Direct Credit Instruction Form AND the required supporting documents are submitted to AIA Bhd. to avoid any delay in payment for this and/or future claims. However, in the event where e-Payment facility cannot be made, the Claims'cheque will be sent to the Claimant's address, as stated in AIA Bhd.'s records. / Adalah dinasihatkan bagi pembayaran tuntutan adalah dibuat melalui e-Bayaran. Ini adalah selaras dengan arahan BNM terhadap pemindahan dana elektronik yang lebih cepat, selamat dan mudah. Sila Pastikan Borang Arahan Direct Kredit yang lengkap DAN dokumen yang diperlukan dikemukakan kepada AIA Bhd. untuk mengelakkan sebarang kelewatan pembayaran bagi tuntutan ini dan / atau tuntutan masa hadapan. Sekiranya kemudahan e-Bayaran tidak boleh dibuat, cek tuntutan akan dihantar ke alamat Penuntut, seperti yang dinyatakan dalam rekod AIA Bhd.

Direct Credit Instruction Form and supporting documents are / Borang Arahan Direct Kredit dan dokumen sokongan:

submitted with this claim / Dihantar dengan tuntutan ini submitted earlier to AIA Bhd. / Pernah dihantar sebelum ini kepada AIA Bhd.

I/We hereby authorize _____ NRIC No. _____ to service my/our claim.
Saya/Kami dengan ini membenarkan _____ No. KP _____ untuk membantu berhubung tuntutan saya/kami.

Signed on / Tandatangan pada _____ (DD/MM/YYYY) / (HH/BB/TTTT)

Signature of Assured/ Claimant / Tandatangan Asured / Penuntut

Name / Nama _____

NRIC No. / No. KP _____

Email / E-mel _____

Signature of Witness / Tandatangan Saksi

Name / Nama _____

NRIC No. / No. KP _____

PART II - CERTIFICATE OF MEDICAL ATTENDANCE / BAHAGIAN II - SIJIL RAWATAN PERUBATAN

NB. No claim shall be accepted unless this certificate of medical attendance is duly completed and signed by a Registered Medical Practitioner at the Assured's own expense.
 NB. Tiada tuntutan yang akan diterima melainkan sijil rawatan perubatan ini dilengkapi dan ditandatangani oleh Pengamal Perubatan Berdaftar mengikut perbelanjaan yang ditanggung sendiri oleh Asured.

Name of Patient _____ <i>Nama Pesakit</i>	NRIC No. _____ <i>No. KP</i>	Age _____ <i>Umur</i>			
Occupation as Indicated to You as The Attending Physician <i>Pekerjaan Seperti Dinyatakan kepada Anda Sebagai Pakar Perubatan</i>					
Date and time of accident / <i>Tarikh dan masa kemalangan</i> _____		<input type="checkbox"/> A.M. PG <input type="checkbox"/> P.M. PTG			
(DD/MM/YYYY) HR : MIN (HH/BB/TTTT) JAM : MIN					
1. Describe in detail the nature of accident as related to you by the patient. <i>Terangkan dengan jelas ciri kemalangan seperti dikaitkan kepada anda oleh pesakit.</i>					

2. Were there any external and visible injuries seen at your 1st consultation as a result of this accident? If "Yes", please describe the extent of injuries including the site and other characteristic features as seen by you. <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak <i>Adakah terdapat kecederaan luaran atau yang boleh dilihat ketika rundingan pertama akibat kemalangan tersebut? Jika "Ya", sila nyatakan tahap kecederaan yang dialami termasuk tempat dan lain-lain ciri seperti yang dilihat oleh anda.</i>					

a) Location, size and depth of wound (cm) / <i>Lokasi, saiz dan kedalaman luka (cm)</i> _____					
b) Type of fracture, if any / <i>Jenis keretakan, jika ada</i> _____ <i>Location of fracture / Lokasi keretakan</i> _____					
c) For Amputation / Loss of finger / toes, which finger / toe was amputated? <input type="checkbox"/> Left / Kiri <i>Untuk kehilangan anggota, jari/jari kaki, bahagian mana yang terlibat? <input type="checkbox"/> Right / Kanan</i>					
Hand/Tangan	<input type="checkbox"/> Thumb <i>Ibu Jari</i>	<input type="checkbox"/> Index Finger <i>Jari Kedua</i>	<input type="checkbox"/> Middle Finger <i>Jari Ketiga</i>	<input type="checkbox"/> Ring Finger <i>Jari Keempat</i>	<input type="checkbox"/> Little Finger <i>Jari Kelima</i>
Foot/Kaki	<input type="checkbox"/> Big Toe <i>Ibu Jari Kaki</i>	<input type="checkbox"/> 2nd Toe <i>Jari Kaki kedua</i>	<input type="checkbox"/> 3rd Toe <i>Jari Kaki ketiga</i>	<input type="checkbox"/> 4th Toe <i>Jari Kaki keempat</i>	<input type="checkbox"/> 5th Toe <i>Jari Kaki kelima</i>
Amputation at what level? <input type="checkbox"/> Proximal <i>Proksimal</i>			<input type="checkbox"/> Middle <i>Tengah</i>	<input type="checkbox"/> Distal <i>Distal</i>	<input type="checkbox"/> Tip <i>Hujung</i>
3. Give details of any circumstances, such as intoxication, physical defects or medical history which may have contributed to the accident and/or prolonged disability. <i>Sila nyatakan apa-apa keadaan, seperti kemabukan, kecacatan fizikal atau latar belakang perubatan yang mungkin boleh menyumbang kepada kemalangan dan/atau memanjangkan ketakupayaan.</i>					

4. Treatment given including follow-up (such as number of stitches, physiotherapy, type of dressing, etc). <i>Rawatan yang diberikan termasuk rawatan susulan (seperti bilangan jahitan, fisioterapi, jenis pembalut dan lain-lain)</i>					
Dates (DD/MM/YYYY) <i>Tarikh(HH/BB/TTTT)</i>		Healing Progress* <i>Proges Pemulihan*</i>		Treatments/Type of Medication dan Dosage <i>Rawatan/Jenis Ubat dan Dosej</i>	
_____		_____		_____	
_____		_____		_____	
Stitches were removed on / <i>Jahitan telah dibuka pada</i> _____ (DD/MM/YYYY) / (HH/BB/TTTT)					
* If patient complained of pain, please provide pain level on average(0 being no pain and 10 being the worst), pain level before taking medication and pain level after taking medication / <i>Jika pesakit mengadu kesakitan, sila nyatakan tahap kesakitan dialami (0 untuk tidak sakit dan 10 untuk amat sakit), tahap kesakitan sebelum mengambil ubat dan tahap kesakitan selepas mengambil ubat</i>					

5. If the patient was put on a P.O.P./Backslab or immobilized, kindly indicate when / <i>Jika pesakit diletakkan pada P.O.P./Backslab atau lumpuh, sila nyatakan bila</i>					
a) P.O.P. / Backslab Was Applied <i>P.O.P. / Backslab Digunakan</i> _____					
b) P.O.P. Was Removed <i>P.O.P. Dikeluarkan</i> _____					
c) Patient Was Started on Physiotherapy <i>Pesakit Memulakan Fisioterapi</i> _____					
d) Patient Was Started on Full Weight Bearing (if any) <i>Pesakit Memulakan Weight Bearing Lengkap(jika ada)</i> _____					
6. <u>Names, addresses and dates</u> of other physicians who treated the patient for the same injury. <i>Nama, alamat dan tarikh lain-lain pakar perubatan yang merawat pesakit untuk kecederaan yang sama.</i>					

7. i) Date last examined (DD/MM/YYYY) / <i>Tarikh rawatan terakhir (HH/BB/TTTT)</i> _____					
ii) Present Condition of Injury including limitation of movement, if any / <i>Keadaan kecederaan sekarang termasuk apa-apa had pergerakan, jika ada</i>					

iii) Was healing complicated, such as wound breakdown, secondary infection? If "Yes", state why and any special treatment given. <i>Adakah proses pemulihan merumitkan, seperti luka tidak sembuh, jangkitan sekondari? Jika "Ya", sila nyatakan sebab dan apa-apa sebarang rawatan khas yang diberi.</i> <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak					

8. If the injuries required any of the following, please fill in the details / Jika kecederaan memerlukan mana-mana yang berikut, sila lengkapkan butiran tersebut.

- a) Name of Hospital / Nama Hospital _____
- b) Date Admitted / Tarikh Masuk _____ Date Discharged _____
(DD/MM/YYYY) / (HH/BB/TTTT) Tarikh Keluar (DD/MM/YYYY) / (HH/BB/TTTT)
- c) X-ray report results / Keputusan Laporan X-ray _____
- d) (i) Special Diagnostic Procedure or Treatment _____ (ii) Date Performed _____
Rawatan atau Prosedur Diagnosis Khas Tarikh dijalankan (DD/MM/YYYY) / (HH/BB/TTTT)
- e) (i) Type of Surgery Performed _____ (ii) Date Performed _____
Jenis Pembedahan dijalankan Tarikh dijalankan (DD/MM/YYYY) / (HH/BB/TTTT)

9. For Amputation, Loss of Fingers/Toes or Dismemberment Claim / Untuk Tuntutan Kehilangan Anggota, Kehilangan Jari

- a) Is the patient undergoing any form of rehabilitation ? If yes, please provide the details including duration. / Adakah pesakit menjalani rawatan pemulihan atau rehabilitasi? Jika ya, sila beri keterangan termasuk jangka masa.

- b) In your opinion, can the patient's condition be corrected by surgery? Kindly provide details to your answer / Pada pandangan anda, adakah keadaan pesakit dapat dirawat melalui pembedahan? Sila berikan penjelasan:

- c) Percentage of the Whole Person Impairment as per AMA guidelines / Peratus "Whole Person Impairment" mengikut rujukan AMA

- d) 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

I hereby certify that I have personally examined and treated the patient for his/her injuries described above 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 pesakit untuk kecederaan yang dialami beliau seperti tersebut di atas dan bahawa fakta yang dinyatakan di atas mewakili pendapat perubatan saya berhubung keadaan beliau.

Signature of Attending Physician / Tandatangan Pakar Perubatan

Name & Address (Official Stamp)

Nama & Alamat (Cop Rasmi) _____

Qualification / Kelayakan _____

Date / Tarikh _____

(DD/MM/YYYY) / (HH/BB/TTTT)

Telephone No. / No. Telefon _____

For the purpose of identification the patient must sign his name below in the presence of the Physician.

Untuk tujuan pengenalan, pesakit perlu menurunkan tandatangannya di bawah dengan kehadiran pakar perubatan.

Signature of Patient / Tandatangan Pesakit

NRIC No. / No. KP _____

Date / Tarikh _____

(DD/MM/YYYY) / (HH/BB/TTTT)

DOCTOR - ADDITIONAL USAGE OF PAPER IS ALLOWED DUE TO INSUFFICIENT SPACE FOR REPORTING.

DOKTOR - KEGUNAAN KERTAS TAMBAHAN ADALAH DIBENARKAN SEKIRANYA RUANGAN YANG DISEDIAKAN TIDAK MENCUKUPI UNTUK LAPORAN ANDA.

Documents to be submitted with this claim form (Part I and II) duly completed

Dokumen yang perlu dihantar bersama borang tuntutan ini (Bahagian I dan II) setelah dilengkapkan

1. Leader's Recommendation Form (For Recommended Cases) where WI and MR is up to RM 500 / Borang Cadangan Pengurus Agensi/Penyelia Agensi (Untuk kes yang dicadangkan) untuk Tuntutan MR dan WI sehingga RM 500
2. All original receipts/bills for medical reimbursement claims / Semua resit/bill asal untuk pembayaran balik perbelanjaan perubatan
3. Student/Teacher Member Listing for School PA Claim / Senarai Murid Sekolah/Guru Sekolah, untuk tuntutan School PA
4. Imaging/X ray Reports, Dengue Serology, Police Report where applicable / Laporan X-Ray, Serologi Denggi, Laporan Polis, di mana sesuai / berkaitan.

For Dismemberment / Untuk Anggota Yang Hilang

5. Copy of Assured's NRIC / Salinan kad pengenalan
6. X-Ray Film/X-Ray Report / Filem X-Ray/Laporan X-Ray
7. Photograph showing injury/amputation (One full body and one body part with face) / Gambar Asal menunjukkan kecederaan (satu gambar dengan muka dan anggota yang hilang dan satu gambar seluruh badan)
8. Visual Acuity Report for loss of vision / Laporan Acuiti Penglihatan untuk kehilangan penglihatan
9. Audiogram report for loss of hearing / Laporan Audiogram untuk kehilangan pendengaran