



HOSPITALISATION CLAIM FORM (FOR INDIVIDUAL)

BORANG TUNTUTAN HOSPITALISASI (UNTUK INDIVIDU)

IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING

If you are claiming for Outpatient Accidental Treatment, please fill up the Accident Claim Form.

Jika anda membuat tuntutan bagi Rawatan Kemalangan Pesakit Luar, sila lengkapkan Borang Tuntutan Kemalangan.

PART 1 : INFORMATION ON THE POLICY AND INSURED PERSON

MAKLUMAT POLISI DAN ORANG YANG DIINSURANSKAN

Policy Number

Nombor Polisi

Name of Insured Person

Nama Orang Yang Diinsuranskan

NRIC No.

No. KP

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 mempunyai 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

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. Telefon Bimbit Pemegang Polisi

PART 3 : INFORMATION ON THIS CLAIM

MAKLUMAT TUNTUTAN

Type of Claim
Jenis Tuntutan

New Claim

Tuntutan Baharu

Please state date of hospitalisation

Sila berikan tarikh hospitalisasi

DD

HH

MM

BB

YYYY

TTTT

Claim for Pre or Post Hospitalisation Treatment

Tuntutan Rawatan Sebelum atau Selepas Hospitalisasi

Review/Appeal of Existing Claim

Ulasan/Rayuan ke atas Tuntutan yang sedia ada

PART 4 : INFORMATION ON GOODS AND SERVICES TAX (GST) REGISTRATION
MAKLUMAT PENDAFTARAN CUKAI BARANGAN DAN PERKHIDMATAN (GST)

Are you GST registered?

Adakah anda berdaftar untuk GST?

Yes
Ya

No
Tidak

GST Registration No. / No. Pendaftaran GST

Registration Date / Tarikh Pendaftaran

AIA Bhd. shall rely on the above information provided by you for tax credit purposes. Should action be taken against AIA Bhd. by any tax authority for relying on incorrect information, AIA Bhd. may claim against you for any losses suffered.

AIA Bhd. bergantung kepada maklumat di atas yang diberikan oleh anda untuk tujuan kredit cukai. Sekiranya sebarang tindakan diambil terhadap AIA Bhd. oleh mana-mana pihak berkuasa kerana menggunakan maklumat yang salah, AIA Bhd. akan menuntut sebarang kerugian yang ditanggung daripada anda.

PART 5 : DECLARATION AND AUTHORISATION
PENGISYTIHARAN DAN PEMBERIKUASAAN

- 1) I/We confirm that the answers given are true and accurate.
- 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.
- 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.
- 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.

1) Saya/kami mengesahkan bahawa jawapan yang diberikan adalah benar dan tepat.

2) Saya/kami memahami bahawa penerimaan borang oleh AIA Bhd. tidak boleh dianggap sebagai penerimaan liabiliti ke atas tuntutan yang dibuat.

3) 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) 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 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.

I/We authorise

Saya/Kami dengan ini membenarkan _____

NRIC No.

No. KP _____

or my AIA Life Planner

atau Perancang Hayat AIA _____

Life Planner Code

Kod Perancang Hayat _____

to assist me with this claim.

bagi membantu dalam tuntutan ini.

Signed on

Ditandatangani pada

DD MM YYYY
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 YANG DIPERLUKAN UNTUK PENYERAHAN BORANG TUNTUTAN

1. Copy of discharge note/hospital bill showing admission and discharge date and Diagnosis Result for Hospital Benefit Claim (If Page 3 and 4 are not completed).
2. Original itemised bills (Invoice/Statement) and original official receipts including deposit receipts.
3. Copy of Lab and Radiology Reports (MRI, CT Scan, Ultrasound, X-Ray, ECG, Histopathology, Biopsy & Other Medical Tests).
4. 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.

1. Salinan nota keluar hospital/bil hospital menunjukkan tarikh masuk dan keluar hospital berserta diagnosis untuk tuntutan Hospital Benefit (jika Mukasurat 3 dan 4 tidak dilengkapkan).

2. Bil (Invois/Penyata) dan resit asal termasuk resit deposit.

3. Keputusan Makmal & Radiologi (Imbasan, CTScan, Ultrasound, X-Ray, ECG, Histopatologi, Biopsi & Keputusan Ujian yang lain).

4. Untuk rawatan di luar negara, disertakan: Salinan Paspot 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.

IMPORTANT NOTICE: This section only needs to be completed if this is a New Claim.

NOTA PENTING: 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
HH

 MM
BB

 YYYY
TTTT

Admission No.

No. Kemasukan

Discharge Date / Estimated length of stay

Tarikh Keluar / Anggaran Penginapan

 DD
HH

 MM
BB

 YYYY
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.

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

 Yes
Ya

 No
Tidak

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

Tarikh ketika anda pertama kali merawat pesakit untuk penyakit ini?

 DD
HH

 MM
BB

 YYYY
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?

Apakah diagnosis anda?

(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) (HH/BB/TTTT)

 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

DD HH MM BB YYYY TTTT

(d) MMA OPCS code / PHFSR code

Kod MMA OPCS / Kod PHFSR

11. Is the treatment related to:

Adalah rawatan berkaitan dengan:

Cosmetic / plastic surgery, routine health screening

Pembedahan kosmetik / plastik, pemeriksaan perubatan rutin

Pregnancy, childbirth, sterilisation, infertility

Kehamilan, kelahiran, pemandulan, kemandulan

Intoxication, illegal drugs, AIDS, ARC, HIV, related diseases

Kemabukan, penyalahgunaan dadah, AIDS, ARC, HIV, penyakit berkenaan

Psychotic / mental disorder / anxiety / sleep disorder

Psikotik / penyakit mental / keresahan / penyakit susah tidur

Self-inflicted injury, suicide, attempted suicide

Tindakan melukakan diri sendiri, bunuh diri, percubaan bunuh diri

Hazardous sports, unlawful act

Sukan berbahaya, tindakan melanggar undang-undang

Congenital

Kongenital

Dental treatment

Rawatan pergigian

Hereditary conditions

Penyakit keturunan

Please provide details:

Sila nyatakan:

12. Is there a possibility of a relapse?

Apa-apa kemungkinan penyakit ini akan berulang?

Yes No Ya 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.

Table with 4 columns: Dates (DD/MM/YYYY), Diseases / Disorders, Details of Treatments / Hospitalisations, Doctors' / Hospitals' Names. Rows (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 No Ya Tidak months bulan

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

Tandatangan Pegawai Perubatan Yang Merawat

Qualification

Kelayakan

Name & Address (Official Stamp)

Nama dan Alamat (Cop Rasmi)

Date (DD/MM/YYYY)

Tarikh (HH/BB/TTTT)

Contact No.

No. Untuk Dihubungi