



Individual Hospitalization Claim Form / Borang Tuntutan Hospitalisasi Peribadi
Part I: Completed By Assured/Claimant / Bahagian I : Untuk Dilengkapkan Oleh Asured/Penuntut

Collection Station Stesen Kutipan

Form section for Policy Number, Servicing Agent Code, and Agency Name with grid input fields.

Name of Assured / Nama Asured, NRIC No. / No. KP, Age / Umur, 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

This case is a / Kes ini adalah untuk: New Claim / Tuntutan Baru, Further Claim / Tuntutan Tambahan, Review/Appeal / Ulasan/Rayuan. Out Patient Claims / Rawatan Pesakit Luar: Cancer / Kidney Dialysis / Kanser / Dialisis, Emergency Accident Out patient Treatment / Rawatan Pesakit Luar Kecemasan Kemalangan, Others, please specify / Lain-lain, sila jelaskan.

Other policies nos. / Lain-lain nos. polisi

Please Complete if Hospitalization was due to Accident / Sila Lengkapkan jika Hospitalisasi adalah akibat Kemalangan

1. (a) When did it happen / Bila kemalangan tersebut berlaku, (b) Describe briefly how it happened / Terangkan dengan ringkas bagaimana ia berlaku, (c) Describe briefly the injuries / Terangkan dengan ringkas kecederaan yang dialami.

Please Complete Question 2-4 if Hospitalization / Daycare was due to Illness / Sila Lengkapkan Soalan 2-4 jika Hospitalisasi / Rawatan Pesakit Luar adalah akibat Penyakit

2. (a) Give a brief description of Assured's symptoms / Terangkan dengan ringkas simptom Asured, (b) How long had Assured been having these symptoms prior to admission to hospital? / Sudah berapa lama Asured mengalami simptom tersebut sebelum dimasukkan ke hospital?

3. Give details of consultations / Berikan maklumat lanjut rundingan. (a) The doctor first consulted for this illness / Doktor pertama dirujuk bagi penyakit ini, (b) All other doctors consulted for this or similar conditions in the past / Semua doktor lain yang dirujuk semasa menghidap penyakit ini atau bagi keadaan yang sama sebelum ini, (c) Name and address of the Assured's regular attending doctor other than the above / Nama dan alamat doktor yang biasa merawat Asured selain daripada yang di atas.

4. Are you presently insured for hospitalization benefits with other companies? If "Yes", please state.

Adakah anda kini diinsuranskan untuk faedah hospitalisasi dengan lain-lain syarikat? Jika Ya, sila nyatakan.

Yes  
Ya

No  
Tidak

Names of Insurance Companies  
Nama Syarikat Insurans

Policy No.  
No. Polisi

Effective Dates (DD/MM/YYYY)  
Tarikh Berkuatkuasa (HH/BB/TTTT)

Amount of Benefits (RM)  
Amaun Faedah (RM)

### 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 \_\_\_\_\_  
Registration Date / Tarikh Pendaftaran \_\_\_\_\_

No / Tidak

"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 Pemberkuasaan

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 reinsurans 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 pembetulan 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 \_\_\_\_\_

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

1. Copy of discharge note/hospital bill showing admission and discharge date and Diagnosis Result for Hospital Benefit Claim (If Part II is not completed)
2. Original itemized bills (Invoice/Statement) and original official receipts including deposit receipts
3. Lab & 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.

Borang ini (Bahagian I & II) perlu dilengkapkan sepenuhnya dan dikembalikan dengan yang berikut (yang bersesuaian)

1. Salinan nota keluar hospital/bil hospital menunjukkan tarikh masuk dan keluar hospital berserta diagnosis yang tuntutan Hospital Benefit (jika Bahagian II tidak dilengkapkan)
2. Bil (Invois/Penyata) dan resit asal termasuk resit deposit
3. Keputusan Makmal & Radiologi (Imbasan, CT Scan, Ultrasound, X-Ray, ECG, Histopatologi, Biopsi & Keputusan Ujian yang lain)
4. 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.

**Medical Information Request For Hospitalization Claim**  
**Borang Permintaan Maklumat Perubatan Untuk Tuntutan Hospitalisasi**

H

**Part II: to be Completed by Doctor at Assured's own expenses**

**Bahagian II: untuk Dilengkapkan oleh Doktor dengan perbelanjaan yang ditanggung oleh Asured**

Name of Assured / Nama Asured	
NRIC No. / No. KP	Age / Umur
Sex / Jantina <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan	
2. Hospitalization Details / Faedah Hospitalisasi	
Admission / Daycare / Outpatient Date _____ (DD/MM/YYYY) Tarikh Masuk / Rawatan Harian / Pesakit Luar (HH/BB/TTTT)	Admission No / No. Kemasukan. _____
Discharge Date / Estimated length of stay _____ (DD/MM/YYYY) Tarikh Keluar / Anggaran Penginapan (HH/BB/TTTT)	
3. Was the patient referred to your hospital by another doctor(s)? 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	3. <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak _____ _____ _____
4. Date on which you first saw the patient for this illness. Tarikh ketika anda pertama kali merawat pesakit untuk penyakit ini.	4. _____ (DD/MM/YYYY) / (HH/BB/TTTT)
5. Of what symptoms did the patient complain when he/she first saw you for this illness? Apakah simptom yang dinyatakan oleh pesakit ketika dia mula melawat anda untuk penyakit ini?	5. _____ _____ _____
6. (a) According to the patient, how long had he/she been experiencing these symptoms before first seeing you. Menurut pesakit, berapa lama beliau telah mengalami simptom tersebut sebelum menemui anda.  (b) How long do you feel the symptoms had lasted? Pada pendapat anda, berapa lamakah simptom tersebut telah berlaku?	6. (a) _____  (b) _____
7. Had the patient previously seen any other doctor on account of these symptoms or similar condition? If so, please give details. Adakah pesakit menemui doktor lain sebelum ini berkaitan simptom tersebut? Jika ya, sila berikan maklumat lanjut.	7. <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak _____ _____ _____
8. Have any investigations, tests or procedures been performed? If "Yes", please furnish us the details or provide a certified true copy of the results. Adakah sebarang penyiasatan, ujian atau prosedur dijalankan? Jika "Ya", sila nyatakan maklumat lanjut atau berikan salinan keputusan asal yang disahkan.	8. <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak _____ _____ _____
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?	9. (a) _____  (b) _____  (c) <input type="checkbox"/> Yes Date informed _____ <input type="checkbox"/> No / Tidak Ya Tarikh diberitahu (DD/MM/YYYY) / (HH/BB/TTTT)
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) Surgeon / Pakar Bedah  (c) Date of Operation / Tarikh Pembedahan  (d) MMA OPCS code / PHFSR code / Kod MMA OPCS / Kod PHFSR	10. (a) _____  (b) _____  (c) _____ (DD/MM/YYYY) / (HH/BB/TTTT)  (d) _____

11. Is the treatment related to / Adalah rawatan berkaitan dengan :

- Cosmetic / plastic surgery, routine health screening  
*Pembedahan Kosmetik/Plastik, Pemeriksaan Perubatan Rutin*
- Intoxication, illegal drugs, AIDS, ARC, HIV, related diseases  
*Kemabukan, Penyalahgunaan Dadah, AIDS, ARC, HIV, Penyakit Berkenaan*
- Self inflicted injury, suicide, attempted suicide  
*Tindakan Melukakan Diri Sendiri, Bunuh Diri, Percubaan Bunuh Diri*
- Congenital / hereditary conditions / Kongenital/ Penyakit Keturunan
- Hereditary conditions / Penyakit Keturunan
- Pregnancy, childbirth, sterilization, infertility  
*Kehamilan, Kelahiran, Pemandulan, Kemandulan*

- Psychotic / mental disorder/nervous/sleep disorder  
*Penyakit Mental/ Penyakit Susah Tidur*
- Hazardous sports, unlawful act  
*Sukan Berbahaya, Tindakan Melanggar Undang-undang*
- Dental Treatment / Rawatan Pergigian

Please provide details / Sila nyatakan :

---

---

12. Any possibility of having a relapse? / Apa-apa kemungkinan mengalami Pengulangan?

12.  Yes / Ya  No / Tidak

13. Has the patient previously been treated or hospitalized 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.*

Dates (DD/MM/YYYY) <i>Tarikh (HH/BB/TTTT)</i>	Diseases / Disorders <i>Penyakit / Gangguan</i>	Details of Treatments / Hospitalizations <i>Butiran Rawatan / Hospitalisasi</i>	Doctors' / Hospitals' Names <i>Nama Doktor / Hospital</i>
--	--	--	--

- (a) \_\_\_\_\_
- (b) \_\_\_\_\_
- (c) \_\_\_\_\_

14. For female only / Untuk perempuan sahaja.

*Was the patient pregnant at the time of hospitalization?*  
*Adakah pesakit mengandung ketika hospitalisasi?*

Yes \_\_\_\_\_ months  
*Ya \_\_\_\_\_ bulan*  No / Tidak

I hereby certify that I have personally examined and treated the Assured for his/her injuries / illness 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 kecederaan Asured 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 \_\_\_\_\_  
*Tarikh (DD/MM/YYYY) / (HH/BB/TTTT)*

Contact No. \_\_\_\_\_  
*No. Untuk Dihubungi*