

Visit Details / Maklumat Lawatan*Date of Visit - - dd/mm/yyyy
Tarikh Lawatan - - hh/bb/ttttTime of Visit : am
Masa Lawatan : pmNo. of Medical Certificate Days
Jumlah Hari Cuti Sakit **Reason for seeking treatment (Not applicable for Dental/Optical/Maternity Claim)**
*Sebab-sebab mendapat rawatan (Tidak berkenaan untuk tuntutan Pergigian/Optik/Rawatan Kehamilan)***General Illness / Penyakit Umum**

- Diarrhea/Vomiting / Cirit-birit/Muntah-muntah
 Abdominal Pain / Sakit Perut
 Gastritis / Gastrik
 Body Ache/Joint Pains / Sakit Badan/Sendi
 Bronchitis/Pneumonia / Bronkitis/Jangkitan Paru-paru
 Headache/Migraine / Sakit Kepala/Migraine
 Skin Conditions, please specify
Sakit Kulit, sila nyatakan
 Flu/Cough/Cold/Fever / Selsema/Batuk/Demam
- Eye Disorder / Sakit mata
 Ear/Nose/Throat Disorder / Sakit Telinga/Hidung/Tekak
 Backache / Sakit Tulang Belakang
 Food Poisoning / Keracunan Makanan
 Stress/Depression / Tekanan/Kemurungan
 Gynaecology, please specify / Sakit Puan, sila nyatakan
 Others, please specify / Lain-lain, sila nyatakan

Long Term Illness / Penyakit Jangka Panjang

- Arthritis
Sakit Sendi
 Asthma
Asma
 Coronary Heart Disease
Sakit Jantung
 Cerebrovascular Accident
Kecederaan Otak
 Diabetes Mellitus
Kencing manis
 Epilepsy
Sawan
 Gout
Gaut
- Hyperlipaemia
Kolesterol Tinggi
 Hypertension
Darah Tinggi
 Parkinson
Parkinson
 Peptic Ulcer
Rahang Usus/Masalah Penghadaman
 Psoriasis
Penyakit Kulit
 Thyroid Disease
Tiroid

Claims Clarification / Penjelasan TuntutanReason for payment at AIA Panel Clinic or Emergency Explanation / *Sebab-sebab membayar di Klinik Panel AIA ataupun sebab-sebab kecemasan***Checklist (please tick ✓) / Senarai Semak (sila tanda ✓)**

- I have attached the required documents for each type of claim as stated with this form for claim processing. / *Bersama-sama ini saya lampirkan dokumen-dokumen untuk setiap jenis tuntutan seperti yang dinyatakan bersama dengan borang tuntutan ini untuk pemprosesan tuntutan.*
- I understand that claims for medication purchased directly from a pharmacy without a copy of the doctor's prescription slip will NOT be processed. / *Saya memahami bahawa tuntutan akan dikembalikan untuk ubat-ubatan yang dibeli secara terus dari farmasi tanpa mengepalkan preskripsi doktor.*
- I understand that each claim form is applicable for one Original Receipt and one Bill with Details of Charges. / *Saya memahami bahawa setiap borang tuntutan adalah untuk satu Resit Asal & Bil Terperinci sahaja.*
- I understand that claims without an Original Receipt and Bill with Details of Charges for each medication/vaccination/injection/lab test/x-ray will be denied and returned. / *Saya memahami bahawa tuntutan akan dikembalikan jika Resit Asal & Bil Terperinci untuk kos setiap ubat/vaksinasi/suntikan/ujian makmal/x-ray tidak disertakan.*

Note: / *Nota:*Claim for clinical expenses must be submitted within 90 days of incurring such expenses. / *Tuntutan klinikal mesti dihantar dalam masa 90 hari daripada tarikh runding.***Statement of Consent / Penyata Untuk Kebenaran**

I hereby declare that all information provided in this claim form is complete and true. I hereby authorise any physician, medical practitioner, hospital or clinic by whom or where I/claimant have been observed or treated, to give full particulars about my/claimant's health including my/claimant's whole medical history in respect of this hospitalisation/surgery, to AIA Bhd. A photocopy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original. I understand that this information will be kept strictly confidential by AIA and that AIA undertakes not to disclose this information to any third party without my separate written consent. / *Saya dengan ini mengesahkan bahawa semua maklumat yang diberikan di dalam borang tuntutan ini adalah benar dan lengkap. Saya dengan ini memberi kebenaran kepada doktor perubatan, pengamal perubatan, hospital atau klinik yang merawat saya/pihak menuntut untuk memberi maklumat-maklumat lengkap berhubung dengan riwayat kesihatan saya/pihak menuntut termasuk latarbelakang penuh perubatan saya/pihak menuntut semasa dimasukkan di hospital/menjalani pembedahan kepada AIA Bhd. Salinan surat kebenaran ini adalah dianggap sah dan berkuatkuasa sebagaimana salinan asal. Saya faham bahawa maklumat ini akan dianggap sulit oleh AIA dan AIA tidak akan melepaskan maklumat ini kepada sesiapa tanpa kebenaran bertulis dari saya.*

I agree and authorise AIA to firstly offset any existing indebtedness/claims shortfall incurred by myself and/or family members, against payable claims (if any) arising from this claim submission. / *Saya dengan ini bersetuju dan memberi kebenaran kepada AIA untuk menyelesaikan sebarang jumlah tunggakan yang tidak ditanggung oleh AIA ke atas diri dan tanggungan saya dengan jumlah bayaran dari tuntutan ini.*

Signature of Employee / *Tandatangan Pekerja*Date / *Tarikh*