



**Penyata Penuntut – Tuntutan Penyakit Kritikal dan Produk Wanita
Untuk Dilengkapkan oleh Asured**

Stesen Kutipan

Stesen Kutipan Cek tuntutan

Jenis Tuntutan: Penyakit Kritikal Produk Wanita

No. Polisi

Nota: Sila lampirkan semua salinan keputusan pemeriksaan darah, imaging, scans, biopsi dan lain-lain keputusan ujian pemeriksaan berkaitan dengan tuntutan ini.

Nama Ejen: _____ No. Tel Bimbit Ejen (untuk SMS): _____

Kod Ejen

Nama Agensi: _____

Alamat Layar Mel Ejen: _____

Kod Agensi

Nama Asured: _____

No. K.P: _____ Jantina: Lelaki Perempuan Umur: _____ No. Tel Bimbit: _____

Alamat Surat-Menyurat: _____

Alamat E-mel: _____

Bentuk Tuntutan dan Butiran yang Berkaitan

1. Namakan Penyakit Kritikal atau Produk Wanita yang anda tuntutan:	1. _____
2. Tarikh Pertama Perundingan.	2. _____ (BB/HH/TTTT)
3. Terangkan simptom yang dialami dari tarikh mula.	3. _____
4. Nama dan alamat doktor yang pertama dirujuk bagi penyakit ini.	4. _____ _____
5. Sudah berapa lama anda mengalami tanda simptom ini? (sila nyatakan secara tepat, jika boleh)	5. _____
6. Nama klinik, alamat dan no. tel doktor tetap anda.	6. _____ _____

Rekod Perundingan Perubatan / Hospitalisasi

7. Sila nyatakan dibawah butiran mana-mana doktor / pakar yang telah dirujuk berhubung penyakit ini dan penyakit lain termasuk apa-apa hospitalisasi.

Tarikh (BB/HH/TTTT) No. masuk hospital (Ya/Tidak) Sebab Perundingan Nama Doktor/Hospital/Klinik & alamat

- a. _____
b. _____
c. _____
d. _____

8. Adakah terdapat apa-apa penyakit lain yang dirawat atau dihadapi oleh anda sebelum penyakit kritikal ini? Ya Tidak

Jika "Ya", sila berikan butiran lengkap.

9. Adakah anda diinsuranskan untuk faedah yang sama dengan mana-mana Syarikat Insuran yang lain? Jika "Ya", sila nyatakan - Ya Tidak

Nama Syarikat Insuran No. Polisi Tarikh Berkuatkuasa (BB/HH/TTTT) Faedah Amaun (RM)

- a. _____
b. _____
c. _____

Pembayaran - E (Hanya tertakluk kepada polisi terpilih)

Sila rujuk kepada Laman Layar Korporat AIA/Portal Ajen/CareLine di talian 1-300-88-1899 untuk maklumat lanjut

Sekiranya anda ingin AIA Bhd. membuat pembayaran tuntutan anda secara terus ke dalam akaun bank and melalui saluran elektronik, sila berikan maklumat akaun bank anda dengan lengkapkan jadual yang berikut:-

Nama Bank		No. Akaun Bank	
Nama Pemegang Akaun Bank			

Anda akan dimaklumkan melalui e-mel sebaik sahaja pembayaran telah dibuat sekiranya alamat e-mel anda diberikan.

Pengisytiharan Dan Pemberikuasaan

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.

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 yang 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 ini dan/atau untuk berkomunikasi dengan saya 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 adalah sah seperti yang asal.

Untuk Pembayaran-E, saya/kami dengan ini mengesahkan bahawa maklumat yang dinyatakan di dalam borang ini adalah benar setakat pada tarikh borang ini. Saya/Kami memberi kebenaran muktamad kepada AIA Bhd. untuk mendedahkan maklumat peribadi saya/kami untuk memudahkan pembayaran tuntutan yang layak saya/kami terima atau premium lebihan yang telah dibayar berkaitan dengan polisi insurans saya/kami, secara kredit terus ke dalam akaun bank saya/kami dan menerima notis elektronik yang akan dihantar melalui butiran-butiran hubungan saya/kami yang dinyatakan di dalam borang ini.

Saya/Kami dengan ini membenarkan: _____ No. K.P.: _____

dari Agensi / Hubungan _____ No Tel: _____ untuk menjalankan tuntutan saya/kami.

Tandatangan pada _____ (BB/HH/TTTT)

_____ Tandatangan Saksi	_____ Tandatangan Asured	_____ Tandatangan Penuntut
Nama: _____	Nama: _____	Nama: _____
No. K.P.: _____	No. K.P.: _____	No. K.P.: _____

Senarai Semakan : Ini hanya sebagai rujukan pada takat serahan asas dan tata syarat sokongan untuk tuntutan. AIA Bhd berhak untuk meminta lain-lain dokumen berkaitan and informasi atau memerhati salinan asal untuk dokumen yang telah diserahkan yang mana saja diperlukan. Selepas melengkap penyata ini sepenuhnya, sila kembalikan bersama dengan dokumen berikut (salinan bukan asal perlu disahkan).

- | | |
|--|---|
| (1) Borang Tuntutan | (5) Semua laporan keputusan ujian kesihatan termasuk Scan MRI/CT, |
| (2) Penyataan Pakar Perubatan – Penyakit Kritisal | Dialisis dan lain-lain. |
| (3) Kad Pengenalan Asured | (6) Kad Pengenalan Penuntut (jika penuntut lain daripada Asured) |
| (4) 5 keping Borang Kezinaan dan Kad Temujanji Pesakit | (7) Kontrak Polisi asal (jika ada) |

Laporan Keputusan Ujian Kesihatan	Heart Attack	Bypass Surgeri	Angioplasty	Other Serious CAD	Kanser	Strok	Kegagalan buah pinggang
Keputusan Ujian Darah	x				x	x	
Keputusan Ujian Enzim Cardiac (CKMB)	x						
Elektrokardiogram (ECG)	x						
Laporan Angiogram	x	x	x	x			
Laporan Angioplasty (PTCA)			x				
Laporan Coronary Arteri Bypass Graft (CABG)		x					
Keputusan Histopatologi / Biopsi					x		
Radiology report e.g MRI, CT Scan, Ultrasound, X-ray					x	x	x
Mamogram, cytologi, PAP Smear, etc					x		
Keputusan Ujian Darah dengan fungsi Renal							x