



**Corporate Solutions - Tuntutan Hospital & Pembedahan
(Untuk Produk Tempat Kerja)
January 2021**

NO. TUNTUTAN Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja

NOTA PENTING	SENARAI SEMAK BAGI PENYERAHAN DOKUMEN-DOKUMEN TUNTUTAN		
	JENIS TUNTUTAN		
<p>1. Setiap borang tuntutan adalah untuk SATU kemasukan ke hospital & lawatan sebelum & selepas yang berkaitan dengannya.</p> <p>2. Tuntutan hospitalisasi & perbelanjaan pembedahan mesti dihantar dalam masa 90 hari daripada tarikh keluar hospital atau tarikh rundingan.</p> <p>3. Untuk Rawatan Di Luar Negara, Butiran Bil Asal yang terperinci menyenaraikan butir-butir setiap caj perlu disertakan. Terjemahan Bahasa Inggeris perlu disertakan jika bil dalam bahasa asing.</p> <p>4. AIA Bhd. akan menyimpan dokumen tuntutan melainkan anda memohon dokumen tersebut dikembalikan kepada anda dalam masa 60 hari dari tarikh keputusan tuntutan.</p> <p>5. Salinan Kad Pengenalan (KP) atau Pasport perlu disertakan.</p> <p>6. Ruangan bertanda (*) wajib diisi.</p>	<input type="checkbox"/> Kemasukan ke Hospital / Jagaan Harian *1. Salinan Kad Pengenalan (KP) atau Pasport *2. Resit Rasmi Asal (Deposit & Bayaran Akhir) 3. Butiran Bil Terperinci 4. Laporan Perubatan / Section II di dalam borang ini • Sekiranya bil melebihi RM1,000 untuk Hospital Kerajaan. • Sekiranya bil melebihi RM500 untuk Hospital Swasta. 5. Salinan Laporan Penyiasatan [Makmal / Pengimejan / Prosedur Dilakukan (jika ada)] 6. Maklumat Fisioterapi - tarikh rawatan dan jumlah bagi setiap sesi rawatan (Resit bayaran pendahuluan TIDAK akan diterima)	<input type="checkbox"/> Pra & Selepas Rawatan Hospital *1. Salinan Kad Pengenalan (KP) atau Pasport *2. Resit Rasmi Asal (Deposit & Bayaran Akhir) 3. Butiran Bil Terperinci 4. Salinan Laporan Penyiasatan [Makmal / Pengimejan / Prosedur Dilakukan (jika ada)] 5. Maklumat Fisioterapi - tarikh rawatan dan jumlah bagi setiap sesi rawatan (Resit bayaran pendahuluan TIDAK akan diterima)	<input type="checkbox"/> Tuntutan Kemalangan *1. Salinan Kad Pengenalan (KP) atau Pasport *2. Resit Rasmi Asal (Deposit & Bayaran Akhir) 3. Butiran Bil Terperinci 4. Laporan Perubatan / Section II di dalam borang ini • Sekiranya bil melebihi RM1,000 untuk Hospital Kerajaan. • Sekiranya bil melebihi RM500 untuk Hospital Swasta. 5. Salinan Laporan Penyiasatan [Makmal / Pengimejan / Prosedur Dilakukan (jika ada)] 6. Salinan Laporan Polis (jika ada)

Penilaian ke atas tuntutan ini mungkin akan mengalami kelewatan jika dokumen tidak lengkap.

SEKSYEN I - Untuk diisi oleh yang diinsuranskan (DALAM HURUF BESAR)

A. MAKLUMAT MENGENAI POLISI DAN ORANG YANG DIINSURANSKAN

No. Polisi

*Nama Produk

*Nama Pemilik Polisi

*Nama Orang yang Diinsuranskan

*No. KP / No. Pasport Orang yang Diinsuranskan

*No. Tel. Bimbit
 - Nombor telefon ini akan digunakan untuk makluman tuntutan anda.

*Alamat Emel

B. UNTUK KES KEMALANGAN SAHAJA

*Tarikh Kemalangan
 - -

*Masa
 : am pm

*Butiran Kemalangan (penjelasan ringkas mengenai punca kemalangan):

C. BUTIR-BUTIR INSURANS LAIN, PERKESO, INSURANS PAMPASAN PEKERJA DAN LAIN-LAIN

Jenis Polisi Hospital & Pembedahan Lain-lain _____ (e.g. SOCSO) No. Polisi

Syarikat Insurans Tidak dilindungi oleh mana-mana program, faedah ataupun skim insurans lain.

D. AMAUN YANG DITUNTUT

*RM .

E. *PENDAFTARAN E-PEMBAYARAN UNTUK PEMILIK (MANDATORI UNTUK DIISI)

<input type="checkbox"/> Perubahan nombor akaun bagi transaksi pembayaran masa hadapan.	Nama Bank
<input type="checkbox"/> Gunakan butiran pembayaran sedia ada dalam rekod AIA Bhd.	Nama Pemegang Akaun Bank
<p>Nota: (a) AIA tidak akan bertanggungjawab terhadap sebarang kerugian sekiranya maklumat akaun yang diberikan tidak tepat. (b) Hanya maklumat akaun bank pekerja diterima.</p>	No. Akaun Bank

F. PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA

1. Saya/Kami mengesahkan bahawa maklumat yang diberikan adalah benar dan tepat.
2. Saya/Kami memahami bahawa untuk Rawatan Di Luar Negara, saya/kami perlu menyertakan Butiran Bil Asal yang terperinci menyenaraikan buti-butir setiap caj bil tersebut dan bil perlu diterjemahkan ke Bahasa Inggeris jika ianya dalam bahasa asing.
3. Saya/Kami memahami bahawa AIA Bhd. akan menyimpan dokumen tuntutan saya/kami melainkan jika saya/kami memohon untuk dokumen tersebut dikembalikan kepada saya/kami dalam masa 60 hari dari tarikh keputusan tuntutan.
4. Saya/Kami memahami bahawa penerimaan Borang Tuntutan Hospital & Pembedahan oleh AIA Bhd. tidak boleh dianggap sebagai penerimaan liabiliti ke atas tuntutan yang dibuat.
5. 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.
6. Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa maklumat peribadi yang dikumpul atau dipegang oleh AIA Bhd. (sama ada melalui Borang Tuntutan Hospital & Pembedahan 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 Borang Tuntutan Hospital & Pembedahan 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.

Tandatangan Orang yang Diinsuranskan

Tarikh

SECTION II - To be completed by the Attending Doctor (IN BLOCK LETTERS) - Please answer all questions

MRN No.:

1. a) Patient Name		b) NRIC	c) Age	d) Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
2. Admission Date and Time [d][d] - [m][m] - [y][y][y][y] [:] [][] (hrs)		3. Discharge Date [d][d] - [m][m] - [y][y][y][y]		
4. Date of MC [d][d] - [m][m] - [y][y][y][y] to [d][d] - [m][m] - [y][y][y][y]		No. of MC days [][]		
5. a) Symptoms / Conditions requiring admission:		b) How long is patient aware of the condition:		
c) Patient's BP / Temp / Pulse:				
d) Date symptoms first appeared: [d][d] - [m][m] - [y][y][y][y]		e) Date first consulted: [d][d] - [m][m] - [y][y][y][y]		
6. a) Any previous consultation / treatment / hospitalisation for this symptom / illness or related conditions, or other disorders whether in this hospital or any other facilities? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
b) Was this patient referred? If Yes, please provide details:				
c) If this condition existed before symptoms became apparent to the patient, please indicate in your professional opinion how long has the condition existed: <u>Date</u> <u>Disease / Disorder</u> <u>Details of Treatment / Hospitalisation</u> <u>Doctor / Hospital / Clinic</u>				
d) Can the condition be managed under the Outpatient basis: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If No, please provide reasons of admission: _____				
7. Any other medical / surgical conditions present? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, details below:				
a) _____		since [d][d] - [m][m] - [y][y][y][y]		
b) _____		since [d][d] - [m][m] - [y][y][y][y]		
8. a) Final Diagnosis / ICD Coding i) ii) iii)		b) Cause and pathology of the diagnosis:		
9. Treatment given / Investigation done (Please supply copy of all investigation results):				
10. a) Surgical procedures performed: MMA code / PHFSR code:		b) Date of surgery / procedure: [d][d] - [m][m] - [y][y][y][y]		
11. Is the illness / condition related to: (please tick ✓ if YES)				
a) <input type="checkbox"/> Childbirth / Infertility / Caesarean Section / Miscarriage or Any Complications Arising Therefrom		e) <input type="checkbox"/> Cosmetic Reason / Dental Care / Refractive Errors Correction		
b) <input type="checkbox"/> Congenital / Hereditary Disease		f) <input type="checkbox"/> AIDS / STD / VD / HIV		
c) <input type="checkbox"/> Influence of Drugs / Alcohol		g) <input type="checkbox"/> Self-inflicted Injuries / Violation of Laws / Strike / Riots		
d) <input type="checkbox"/> Nervous / Mental / Emotional / Sleeping Disorder		h) <input type="checkbox"/> None of the above		
12. Was the patient pregnant at the time of hospitalisation? (For Females Only) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, _____ months				
13. I hereby certify that I have personally examined and treated the Patient for his / her injuries / illness described above and that the facts as stated above represent my medical opinion of his / her condition.				

Name & Signature of Attending Doctor

Doctor / Hospital Stamp

Date