



Collection Station
Stesen Kutipan



ACCIDENT CLAIM FORM
BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN

PART 1 : INFORMATION ON THE CERTIFICATE AND PERSON COVERED
MAKLUMAT SIJIL DAN ORANG DILINDUNGI

Certificate Number

Name of Person Covered NRIC / Passport No.
Nama Orang Dilindungi No. KP / Pasport

Name of Claimant (if other than Person Covered) Relationship to Person Covered
Nama Penuntut (jika selain daripada Orang Dilindungi) Hubungan dengan Orang Dilindungi

Do you have other certificates with AIA PUBLIC? Yes No
Adakah anda mempunyai sijil lain bersama AIA PUBLIC? Ya Tidak

If Yes, please list down the certificate numbers.
Jika Ya, sila senaraikan nombor sijil anda.

Is the Person Covered also covered for accident benefits with other Takaful Operator / Insurance Company? If "Yes", please state. Yes No
Adakah Orang Dilindungi mempunyai faedah kemalangan dengan Pengendali Takaful / Syarikat Insurans yang lain? Jika "Ya", sila nyatakan. Ya Tidak

Name of Takaful Operator / Insurance Company Certificate / Policy No.
Nama Pengendali Takaful / Syarikat Insurans No. Sijil / Polisi

Person Covered is Right Handed Left Handed
Orang Dilindungi menggunakan Tangan Kanan Tangan Kiri

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 to your bank account. Please complete this section and ensure that the bank account belong to the participant.
Kami akan membuat pembayaran kepada akaun bank anda. Sila lengkapkan bahagian ini dan pastikan akaun bank dimiliki oleh peserta.

Participant's Name Participant's NRIC / Passport No.
Nama Peserta No. KP / Pasport Peserta

Name of Bank Bank Account No.
Nama Bank No. Akaun Bank

Participant's Email Address Participant's Mobile Tel. No.
Alamat Emel Peserta No. Telefon Bimbit Peserta

PART 3 : INFORMATION ON THIS CLAIM
MAKLUMAT TUNTUTAN

Type of Claim New Claim Follow-up Claim Date of Accident DD MM YYYY
Jenis Tuntutan Tuntutan Baharu Tuntutan Susulan Tarikh Kemalangan HH BB TT
Others Medical Expenses Only Did you lose a body part? Yes No
Lain-lain Kos Perubatan Sahaja Adakah anda telah kehilangan anggota badan? Ya Tidak
If Yes, please specify
Jika Ya, sila nyatakan

PART 4 : PLEASE COMPLETE THIS SECTION
SILA LENGKAPKAN BAHAGIAN INI

1. (a) Please state and describe your work.
Sila nyatakan dan jelaskan pekerjaan anda.

For students, please state Standard/Form, name of class and school.
Untuk pelajar, sila nyatakan Darjah/Tingkatan, nama kelas dan sekolah.

(b) Business or Employer (or parents of students)
Perniagaan atau Majikan (atau ibubapa pelajar)

Name, Address and Telephone number.
Nama, Alamat dan Nombor telefon.

2. (a) When did the accident happen? DD MM YYYY
Bila kemalangan tersebut berlaku? HH BB TT

(b) Tell us briefly how the accident happened.
Terangkan dengan ringkas bagaimana ia berlaku.

(c) Tell us briefly about the injuries suffered.
Terangkan dengan ringkas kecederaan dialami.

3. (a) The date you returned to work / school.

Tarikh anda kembali bekerja / sekolah.

DD	MM	YYYY
HH	BB	TTTT

(b) Briefly explain the duties that you were not able to fully complete upon returning to work, if any.

Terangkan secara ringkas tugas yang anda tidak dapat jalankan sepenuhnya semasa kembali bekerja, jika ada.

Note: We will assume that you were able to perform all duties on the date you returned to work if item (b) is not completed.

Nota: Jika soalan (b) tidak dilengkapkan, kami akan andaikan bahawa anda berupaya menjalankan semua tanggungjawab anda pada tarikh anda kembali bekerja.

(c) State the date that you managed to fully perform all your duties.

Nyatakan tarikh anda berupaya menjalankan tugas sepenuhnya.

DD	MM	YYYY
HH	BB	TTTT

PART 5 : INFORMATION ON GOODS AND SERVICES TAX (GST) REGISTRATION

MAKLUMAT PENDAFTARAN CUKAI BARANG DAN PERKHIDMATAN (GST)

Are you GST registered person?

Adakah anda berdaftar untuk GST?

Yes
Ya

No
Tidak

GST Registration No. / No. Pendaftaran GST

Registration Date / Tarikh Pendaftaran

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

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

PART 6 : DECLARATION AND AUTHORISATION

PENGISYTIHARAN DAN PEMBERIKUASAAN

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

2) I/We understand that AIA PUBLIC's acceptance of this form is not an admission of AIA PUBLIC'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 PUBLIC or its representative.

4) I/We understand and agree that any personal information collected or held by AIA PUBLIC (whether through this application or otherwise obtained) may be used and disclosed by AIA PUBLIC to individuals/ institutions related to and associated with AIA PUBLIC or any selected third party within or outside Malaysia such as reinsurers / retakaful, 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 PUBLIC. Such requests can be made at any AIA Customer Centres.

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

2) Saya/kami memahami bahawa penerimaan borang oleh AIA PUBLIC 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 PUBLIC atau wakil AIA PUBLIC.

4) Saya/kami memahami dan bersetuju bahawa maklumat peribadi yang dikumpul atau dipegang oleh AIA PUBLIC (sama ada melalui permohonan ini ataupun cara lain) boleh digunakan dan didedahkan kepada individu atau institusi yang berkaitan dengan AIA PUBLIC atau mana-mana pihak ketiga di dalam atau di luar Malaysia seperti penanggung insurans semula (reinsurer) / retakaful, 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 PUBLIC. Permohonan tersebut boleh dibuat di mana-mana cawangan Pusat Khidmat Pelanggan AIA.

I/We authorise

Saya/Kami dengan ini membenarkan

NRIC No.

No. KP

or my Life Planner

atau Perancang Hayat

Life Planner Code

Kod Perancang Hayat

to assist me with this claim.

bagi membantu dalam tuntutan ini.

Signed on

Ditandatangani pada

DD
HH

MM
BB

YYYY
TTTT

DD
HH

MM
BB

YYYY
TTTT

DD
HH

MM
BB

YYYY
TTTT

Signature of Person Covered/Claimant

Tandatangan Orang Dilindungi/Penuntut

Name

Nama

NRIC No.

No. KP

DOCUMENTS TO BE SUBMITTED WITH THIS CLAIM FORM

DOKUMEN YANG PERLU DIHANTAR BERSAMA BORANG TUNTUTAN INI

- Leader's Recommendation Form (For Recommended Cases) where Weekly Indemnity (WI) is less than 14 days and the total of WI and Medical Reimbursement (MR) is up to RM1000 where applicable.
- All original receipts and bills for medical reimbursement claims.
- Imaging/X ray Reports, Dengue Serology, Police Report if any.
- Photocopy of Bank Statement of Current Account or Saving Account or front page of the Saving Account Passbook.

1. Borang Cadangan Pengurus Agensi/Penyelia Agensi (Untuk kes yang dicadangkan) untuk Tuntutan WI kurang dari 14 hari yang mana jumlah MR dan WI ialah sehingga RM1000 yang mana berkenaan.

2. Semua resit dan bil asal untuk pembayaran balik perbelanjaan perubatan.

3. Laporan X-Ray, Serologi Denggi, Laporan Polis, di mana sesuai/berkaitan.

4. Salinan Penyata Bank bagi Akaun Semasa atau Akaun Simpanan atau muka depan Buku Akaun Simpanan.

For Dismemberment:

- Copy of NRIC.
- X-Ray Film/X-Ray Report.
- Photograph showing injury/amputation (One full body and one showing the affected body part).
- Visual Acuity Report for loss of vision.
- Audiogram report for loss of hearing.

Bagi Kehilangan Anggota:

- Salinan kad pengenalan.
- Filem X-Ray/Laporan X-Ray.
- Gambar asal menunjukkan kecederaan (satu gambar seluruh badan dan satu gambar menunjukkan anggota yang cedera).
- Laporan Akuiti Penglihatan untuk kehilangan penglihatan.
- Laporan Audiogram untuk kehilangan pendengaran.

MEDICAL INFORMATION REQUEST FOR ACCIDENT CLAIM FORM

BORANG PERMOHONAN MAKLUMAT PERUBATAN UNTUK TUNTUTAN KEMALANGAN

TO BE COMPLETED BY DOCTOR, PAID FOR BY THE PERSON COVERED
UNTUK DILENGKAPKAN OLEH DOKTOR DENGAN PERBELANJAAN DITANGGUNG OLEH ORANG DILINDUNGI

Name of Patient

Nama Pesakit

NRIC No.

No. KP

Age

Umur

Sex

Jantina

Male

Lelaki

Female

Perempuan

Date and time of accident

Tarikh dan masa kemalangan

DD
HH

MM
BB

YYYY
TTTT

:

AM / PM
PG / PTG

1. According to the patient, how did the accident happen?

Menurut pesakit, bagaimanakah kemalangan tersebut berlaku?

2. Did you see any visible external injuries during the first consultation? If yes, please describe the extent of injuries.

Adakah anda dapat melihat kecederaan luaran semasa konsultasi pertama dibuat? Jika ya, sila nyatakan tahap kecederaan tersebut.

(a) Location, size and depth of wound (cm).

Lokasi, saiz dan kedalaman luka (cm).

(b) Type and location of fracture, if any.

Jenis dan lokasi keretakan, jika ada.

(c) Was there any amputation on the patient's fingers or toes? If yes, which part was amputated?

Adakah mana-mana jari tangan atau jari kaki telah dipotong? Jika ya, bahagian mana?

Hand Tangan	Thumb Ibu Jari	<input type="checkbox"/>	Left Kiri	<input type="checkbox"/>	Right Kanan	Foot Kaki	Big Toe Ibu Jari	<input type="checkbox"/>	Left Kiri	<input type="checkbox"/>	Right Kanan
	Index Finger Jari Kedua	<input type="checkbox"/>	Left Kiri	<input type="checkbox"/>	Right Kanan		2nd Toe Jari Kedua	<input type="checkbox"/>	Left Kiri	<input type="checkbox"/>	Right Kanan
	Middle Finger Jari Ketiga	<input type="checkbox"/>	Left Kiri	<input type="checkbox"/>	Right Kanan		3rd Toe Jari Ketiga	<input type="checkbox"/>	Left Kiri	<input type="checkbox"/>	Right Kanan
	Ring Finger Jari Keempat	<input type="checkbox"/>	Left Kiri	<input type="checkbox"/>	Right Kanan		4th Toe Jari Keempat	<input type="checkbox"/>	Left Kiri	<input type="checkbox"/>	Right Kanan
	Little Finger Jari Kelima	<input type="checkbox"/>	Left Kiri	<input type="checkbox"/>	Right Kanan		5th toe Jari Kelima	<input type="checkbox"/>	Left Kiri	<input type="checkbox"/>	Right Kanan

3. Please answer the questions below for amputation, loss of fingers/toes or dismemberment claim.

Sila jawab soalan di bawah untuk tuntutan kehilangan anggota, kehilangan jari tangan atau jari kaki.

(a) Is the patient undergoing any form of rehabilitation?
If yes, please explain briefly including the duration of the process.

Adakah pesakit menjalani rawatan pemulihan atau rehabilitasi?

Jika ya, sila beri keterangan termasuk jangka masa.

(b) Can the patient's condition be corrected by surgery?

Please explain why.

Adakah keadaan pesakit dapat dirawat melalui

pembedahan? Sila jelaskan mengapa.

(c) What is the percentage of the Whole Person Impairment based on the AMA guidelines?

Apakah peratusan "Whole Person Impairment" mengikut

garis panduan AMA?

(d) What is the patient's prognosis with appropriate treatment and management for the next 12 months.

Apakah prognosis pesakit dengan rawatan dan pengurusan

yang sesuai dalam masa 12 bulan yang berikutnya.

4. Did intoxication, physical defects or the patient's medical history contribute to the accident or disability?
If yes, please explain briefly.

Adakah kemabukan, kecacatan fizikal atau sejarah perubatan

pesakit menyumbang kepada kemalangan atau

ketidakupayaan. Jika ya, sila jelaskan.

5. Please list the type of treatment provided such as number of stitches, types of dressing, physiotherapy etc. This includes any follow-up treatment.
Sila senaraikan jenis rawatan yang diberikan seperti bilangan jahitan, jenis pembalut, fisioterapi dan lain-lain. Ini termasuk rawatan susulan.

Date (DD/MM/YYYY) <i>Tarikh (HH/BB/TTTT)</i>	Treatment/Types of Medication and Dosage <i>Rawatan/Jenis Ubat dan Dos</i>	Healing Progress* <i>Perkembangan Pemulihan*</i>

* If patient complained of experiencing pain, please provide the pain level before and after taking medication (from 0 to 10 : 0 for no pain and 10 being most painful).
** Jika pesakit mengadu kesakitan, sila nyatakan tahap kesakitan dialami sebelum dan selepas mengambil ubat (daripada 0 ke 10 : 0 untuk tidak sakit dan 10 untuk amat sakit).*

6. If the patient was put on a P.O.P./Backslab or was immobilised, please indicate when:

Jika pesakit diletakkan pada P.O.P./Backslab atau lumpuh, sila nyatakan bila:

- (a) P.O.P. / Backslab was applied

P.O.P. / Backslab digunakan

DD MM YYYY
HH BB TTTT

- (b) P.O.P. was removed

P.O.P. dikeluarkan

DD MM YYYY
HH BB TTTT

- (c) Patient started physiotherapy

Pesakit memulakan fisioterapi

DD MM YYYY
HH BB TTTT

- (d) Patient was started on full Weight Bearing (if any)

Pesakit memulakan Weight Bearing lengkap (jika ada)

DD MM YYYY
HH BB TTTT

7. Names, addresses and dates of other physicians who treated the patient for the same injury.

Nama, alamat dan tarikh pakar perubatan lain yang merawat pesakit untuk kecederaan yang sama.

Name of Physician <i>Nama Pakar Perubatan</i>	Address <i>Alamat</i>	Date <i>Tarikh</i>
		<input type="text"/> <input type="text"/> DD <input type="text"/> <input type="text"/> MM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> YYYY <i>HH BB TTTT</i>
		<input type="text"/> <input type="text"/> DD <input type="text"/> <input type="text"/> MM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> YYYY <i>HH BB TTTT</i>
		<input type="text"/> <input type="text"/> DD <input type="text"/> <input type="text"/> MM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> YYYY <i>HH BB TTTT</i>

8. (a) Date last examined.

Tarikh rawatan terakhir.

DD MM YYYY
HH BB TTTT

- (b) Present injury condition including limitation of movement, if any.

Keadaan kecederaan sekarang termasuk apa-apa had pergerakan, jika ada.

- (c) Was it a difficult healing process such as the patient experiencing wound breakdown, secondary infection or non-union of fracture?

Adakah pesakit melalui proses pemulihan yang sukar seperti luka atau kepatahan yang tidak sembuh atau jangkitan sekunder? Jika ya, sila nyatakan mengapa dan jika terdapat rawatan khas yang diberi.

If yes, state why and was there any special treatment given?

Adakah pesakit melalui proses pemulihan yang sukar seperti luka atau kepatahan yang tidak sembuh atau jangkitan sekunder? Jika ya, sila nyatakan mengapa dan jika terdapat rawatan khas yang diberi.

9. Was the patient hospitalised due to the injuries? If so, please complete the following:

Adakah pesakit dimasukkan ke hospital akibat kecederaan dialami? Jika ya, sila lengkapkan butiran berikut:

(a) Name of Hospital <i>Nama Hospital</i>	Date Admitted <i>Tarikh Masuk</i>	Date Discharged <i>Tarikh Keluar</i>
(b) X-ray report results <i>Keputusan Laporan X-ray</i>		
(c) Special Diagnostic Procedure or Treatment <i>Rawatan atau Prosedur Diagnostik Khas</i>	Date Performed <i>Tarikh Dijalankan</i>	
(d) Type of Surgery Performed <i>Jenis Pembedahan Dijalankan</i>	Date Performed <i>Tarikh Dijalankan</i>	

I hereby certify that I have personally examined and treated the Person Covered 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 Dilindungi 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