



CLAIM NO. For Office Use Only

Corporate Solutions - Hospital & Surgical Claim

IMPORTANT NOTE	CHECKLIST ON SUBMISSION OF CLAIM DOCUMENTS		
	TYPE OF CLAIM		
1. Please complete the information for Employee and Patient based on the NRIC and Member ID Card. 2. Claim for clinical expenses must be submitted within 90 days from the consultation date. 3. One form is applicable for one visit only. 4. Field marked with (*) is compulsory.	<input type="checkbox"/> Hospitalisation / Daycare Treatment 1. Original Receipt (Deposit & Final Payment) 2. Detailed Itemised Bill 3. Medical Report / Section II of this form • For Government Hospital bill above RM1,000. • For Private Hospital bill above RM500. 4. Copy of Investigation Report [Lab / Imaging / Procedure Performed (if any)] 5. Physiotherapy Details - visit date & amount charged for each treatment session done (Advance payment NOT accepted)	<input type="checkbox"/> Pre & Post Hospitalisation 1. Original Receipt (Deposit & Final Payment) 2. Detailed Itemised Bill 3. Copy of Investigation Report [Lab / Imaging / Procedure Done (if any)] 4. Physiotherapy Details - visit date & amount for each treatment session done (Advance payment NOT accepted)	<input type="checkbox"/> Accidental Claim 1. Original Receipt (Deposit & Final Payment) 2. Detailed Itemised Bill 3. Medical Report / Section II of this form • For Government Hospital bill above RM1,000. • For Private Hospital bill above RM500. 4. Copy of Investigation Report [Lab / Imaging / Procedure Performed (if any)] 5. Copy of Police Report (if any)
	GHS1	POST	GHS1
	Assessment of the claim may be delayed if documents are incomplete.		

SECTION I - To be completed by the Employee / Patient (IN BLOCK LETTERS)

A. EMPLOYEE INFORMATION

*Name of Employee

*Employee NRIC No. / Passport No. Certificate No. Plan

*Mobile No. - This number will be used for your claim status notification. Occupation

Date of Employment - - Date of Takaful Certificate Participation - - Gender Male Female

*Email Address

*Name of Company / Employer

B. PATIENT INFORMATION

*Name of Patient Same as above

*Membership No. (as in Member ID Card) Gender Male Female Relationship to Employee Spouse Child

C. FOR ACCIDENTAL CAUSE ONLY

*Date of Accident - - *Time : am pm *Details of Accident (brief explanation of the cause):

D. DETAILS OF OTHER TAKAFUL CERTIFICATE(S), SOCSO, WORKMEN'S COMPENSATION AND OTHERS

Certificate Type Hospital & Surgical Other(s) (e.g. SOCSO) Certificate No. / Policy No.

Names of Insurance Companies/Takaful Operators Not covered under any program, benefits, takaful benefits or insurance.

E. CLAIM AMOUNT

*RM .

F. E-PAYMENT REGISTRATION (If no selection is made, the payment will be made as per our record)

Use the payment details that have been recorded by AIA PUBLIC.
 New enrollment / change of account number for this claim and future transactions.

Notes:
 (a) AIA PUBLIC shall not be responsible for losses as a result of inaccurate account details provided.
 (b) Only employee bank account details allowed.

Bank Name
 Bank Account Holder Name
 Bank Account No.

G. INFORMATION ON GOODS AND SERVICES TAX ACT 2014

Are you GST Registered Person? Yes No If "Yes", please provide us your GST Registration No. Registration Date - -

Note:
 If question above are unanswered, you will be treated as non-GST Registered or, AIA PUBLIC will follow your existing records with the company (if any).

AIA PUBLIC shall rely on the above information provided by you for tax credit purposes provided under the Goods and Services Tax Act 2014. AIA PUBLIC shall not be liable for any liability or any fine, charge or penalty as a result of relying on your incorrect advice. Should action be taken against AIA PUBLIC and / or penalties be imposed on AIA PUBLIC by any tax authority for relying on the same, AIA PUBLIC reserves its right to be indemnified by you to the fullest extent permitted by law and any GST liability arising from your incorrect advice shall be payable by you. This information shall also be used in all other claims made with AIA PUBLIC.

H. DECLARATION AND AUTHORISATION

- I/We confirm that the answers given are true and accurate.
- I/We understand that for Overseas Treatment, I/we must include Original Detailed Admission Bill showing details of each charges. The bill must have an English translation if it is in a foreign language.
- I/We understand AIA PUBLIC Takaful Bhd. (AIA PUBLIC) will keep my/our claim documents unless if I/we request for the documents to be returned to me within 60 days from the decision of claim.
- I/We understand that AIA PUBLIC's acceptance of this Hospital & Surgical Claim form is not an admission of AIA PUBLIC's liability of my/our claim.
- 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.
- I/We understand and agree that any personal information collected or held by AIA PUBLIC (whether through this Hospital & Surgical Claim form 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 operators, claims investigation companies and industry associations to process this Hospital & Surgical Claim form. 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.

_____ Signature of Employee	_____ Date	_____ Employer's Signature, Stamp & Address
--------------------------------	---------------	--

SECTION II - To be completed by the Attending Doctor (IN BLOCK LETTERS) - Please answer all questions. MRN No.:

1. a) Patient Name	b) NRIC No.	c) Age	d) Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
--------------------	-------------	--------	--

2. Admission Date and Time <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> (hrs)	3. Discharge Date <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> (hrs)
---	--

4. Date of Medical Certificate (MC) <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> to <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	No. of MC days <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--

5. a) Symptoms / Conditions requiring admission:	b) How long is patient aware of the condition:
--	--

c) Patient's Blood Pressure (BP) / Temperature / Pulse:

d) Date symptoms first appeared: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	e) Date first consulted: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

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 <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b) _____	since <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

8. a) Final Diagnosis / ICD Coding	b) Cause and pathology of the diagnosis:
i)	
ii)	
iii)	

9. Treatment given / Investigation done (Please supply copy of all investigation results):
--

10. a) Surgical procedures performed:	b) Date of surgery / procedure: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
MMA code / PHFSR code:	

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
---	----------------------------------	---------------



NO. TUNTUTAN Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja

Corporate Solutions - Tuntutan Hospital & Pembedahan

NOTA PENTING	SENARAI SEMAK BAGI PENYERAHAN DOKUMEN-DOKUMEN TUNTUTAN		
	JENIS TUNTUTAN		
<p>1. Sila lengkapkan maklumat bagi Pekerja dan Pesakit berdasarkan Kad Pengenalan dan Kad Keahlian.</p> <p>2. Tuntutan perbelanjaan klinikal perlu dihantar dalam tempoh 90 hari dari tarikh konsultasi.</p> <p>3. Satu borang hanya terpakai untuk satu lawatan sahaja.</p> <p>4. Ruang bertanda (*) wajib diisi.</p>	<input type="checkbox"/> Kemasukan ke Hospital / Jagaan Harian <ol style="list-style-type: none"> Resit Asal (Deposit & Bayaran Akhir) Butiran Bil Terperinci Laporan Perubatan / Bahagian II di dalam borang ini <ul style="list-style-type: none"> Sekiranya bil melebihi RM1,000 untuk Hospital Kerajaan. Sekiranya bil melebihi RM500 untuk Hospital Swasta. Salinan Laporan Penyiasatan [Makmal / Pengimejan / Prosedur Dilakukan (jika ada)] Maklumat Fisioterapi - tarikh lawatan dan jumlah yang dikenakan bagi setiap sesi rawatan (Resit bayaran pendahuluan TIDAK akan diterima) <p style="text-align: right;">GHS1</p>	<input type="checkbox"/> Pra & Pasca Rawatan Hospital <ol style="list-style-type: none"> Resit Asal (Deposit & Bayaran Akhir) Butiran Bil Terperinci Salinan Laporan Penyiasatan [Makmal / Pengimejan / Prosedur Dilakukan (jika ada)] Maklumat Fisioterapi - tarikh rawatan dan jumlah bagi setiap sesi rawatan (Resit bayaran pendahuluan TIDAK akan diterima) <p style="text-align: right;">POST</p>	<input type="checkbox"/> Tuntutan Kemalangan <ol style="list-style-type: none"> Resit Asal (Deposit & Bayaran Akhir) Butiran Bil Terperinci Laporan Perubatan / Bahagian II di dalam borang ini <ul style="list-style-type: none"> Sekiranya bil melebihi RM1,000 untuk Hospital Kerajaan. Sekiranya bil melebihi RM500 untuk Hospital Swasta. Salinan Laporan Penyiasatan [Makmal / Pengimejan / Prosedur Dilakukan (jika ada)] Salinan Laporan Polis (jika ada) <p style="text-align: right;">GHS1</p>

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

BAHAGIAN I - Untuk diisi oleh Pekerja / Pesakit (DALAM HURUF BESAR)

A. MAKLUMAT PEKERJA

*Nama Pekerja

*No. KP Pekerja / No. Pasport

No. Sijil

Pelan

*No. Tel. Bimbit

 -

Nombor telefon ini akan digunakan untuk maklumat tuntutan anda.

Pekerjaan

Tarikh Mula Bekerja

 - -

Tarikh Penyertaan Sijil Takaful

 - -

Jantina

Lelaki Perempuan

*Alamat Emel

*Nama Syarikat / Majikan

B. MAKLUMAT PESAKIT

*Nama Pesakit

Sama seperti di atas

*No. Keahlian (seperti di dalam Kad Keahlian)

Jantina

Lelaki Perempuan

Hubungan dengan Pekerja

Suami / Isteri Anak

C. UNTUK KES KEMALANGAN SAHAJA

*Tarikh Kemalangan

 - -

*Masa

 : am pm

*Butiran Kemalangan (penjelasan ringkas mengenai punca kemalangan):

D. BUTIR-BUTIR SIJIL TAKAFUL LAIN, PERKESO, PAMPASAN PEKERJA DAN LAIN-LAIN

Jenis Sijil Hospital & Pembedahan Lain-lain _____ (e.g. SOCSO)

No. Sijil / No. Polisi

Nama Syarikat Insurans/Syarikat

Tidak dilindungi oleh mana-mana syarikat insurans/takaful, program, faedah ataupun skim.

E. AMAUN YANG DITUNTUT

*RM .

F. PENDAFTARAN E-BAYARAN (Jika tiada pilihan dibuat, bayaran akan dibuat mengikut rekod kami yang sedia ada)

Guna maklumat yang sedia ada di dalam rekod AIA PUBLIC.

Pendaftaran baru atau perubahan nombor akaun untuk tuntutan ini dan bagi transaksi pembayaran masa hadapan.

Nota:

(a) AIA PUBLIC tidak akan bertanggungjawab terhadap sebarang kerugian sekiranya maklumat akaun yang diberikan tidak tepat.

(b) Hanya maklumat akaun bank pekerja diterima.

Nama Bank

Nama Pemegang Akaun Bank

No. Akaun Bank

G. MAKLUMAT AKTA CUKAI BARANG DAN PERKHIDMATAN 2014

Adakah anda Orang Berdaftar GST?

Ya Tidak

Jika "Ya", sila nyatakan No. Pendaftaran GST anda.

Tarikh Pendaftaran

 - -

Nota:

Jika soalan di atas tidak dijawab, anda akan dianggap sebagai bukan Orang Berdaftar GST atau AIA PUBLIC akan mengikuti rekod yang sebelum ini (jika ada).

AIA PUBLIC bergantung kepada maklumat yang diberikan oleh anda untuk kredit cukai yang diperuntukkan di bawah Akta Cukai Barang dan Perkhidmatan 2014. AIA PUBLIC tidak akan bertanggungjawab terhadap sebarang liabiliti atau apa-apa denda, penalti atau caj jika maklumat yang diberikan oleh anda tidak betul. Sekiranya tindakan dan / atau penalti dikenakan ke atas AIA PUBLIC oleh mana-mana pihak berkuasa, AIA PUBLIC berhak menuntut kerugian dari anda sehingga tahap yang dibenarkan oleh undang-undang dan sebarang liabiliti GST yang wujud berdasarkan maklumat yang tidak betul. Maklumat di atas akan digunakan untuk semua tuntutan dengan AIA PUBLIC.

H. PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA

- Saya/Kami mengesahkan bahawa jawapan yang diberikan adalah benar dan tepat.
- Saya/Kami memahami bahawa untuk Rawatan Di Luar Negara, saya/kami perlu menyertakan Butiran Bil Asal yang terperinci menyenaraikan butir-butir setiap caj bil tersebut dan bil perlu diterjemahkan ke Bahasa Inggeris jika ianya dalam bahasa asing.
- Saya/Kami memahami bahawa AIA PUBLIC Takaful Bhd. (AIA PUBLIC) 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.
- Saya/Kami memahami bahawa penerimaan Borang Tuntutan Hospital & Pembedahan oleh AIA PUBLIC tidak boleh dianggap sebagai penerimaan liabiliti ke atas tuntutan yang dibuat.
- 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.
- Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa maklumat peribadi yang dikumpul atau dipegang oleh AIA PUBLIC (sama ada melalui Borang Tuntutan Hospital & Pembedahan 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/syarikat retakaful), syarikat penyiagaan 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 PUBLIC. Permohonan tersebut boleh dibuat di mana-mana cawangan Pusat Pelanggan AIA.

Tandatangan, Cop Rasmi & Alamat Majikan

Tandatangan Pekerja

Tarikh

BAHAGIAN II - Perlu diisi oleh Doktor yang Merawat (DALAM HURUF BESAR) - Sila jawab semua soalan.**MRN No.:**

1. a) Nama Pesakit _____ b) No. KP _____ c) Umur _____ d) Jantina Lelaki
 Perempuan

2. Tarikh dan Masa Kemasukan
[h][h] - [b][b] - [t][t][t][t] [mm] : [ss] (jam)
3. Tarikh dan Masa Dibenarkan Keluar
[h][h] - [b][b] - [t][t][t][t] [mm] : [ss] (jam)

4. Tarikh Cuti Sakit
[h][h] - [b][b] - [t][t][t][t] to [h][h] - [b][b] - [t][t][t][t]
- Jumlah Hari Cuti Sakit
[mm][ss]

5. a) Simptom / Keadaan yang memerlukan kemasukan ke hospital: _____ b) Berapa lama pesakit mengetahui keadaan tersebut: _____

- c) Tekanan Darah / Suhu / Nadi Pesakit: _____

- d) Tarikh simptom mula muncul: [h][h] - [b][b] - [t][t][t][t]
- e) Tarikh mula mendapat rawatan: [h][h] - [b][b] - [t][t][t][t]

6. a) Sebelum ini adakah sebarang perundingan/rawatan/kemasukan hospital bagi gejala/penyakit ini atau keadaan yang berkaitan, atau gangguan lain sama ada di hospital ini atau di tempat lain?
 Ya Tidak

- b) Adakah pesakit ini dirujuk? Jika Ya, sila berikan keterangan: _____
- c) Adakah keadaan ini wujud sebelum simptom-simptom jelas kepada pesakit, sila nyatakan berdasarkan pendapat profesional anda, berapa lama keadaan ini telah wujud:

Tarikh Penyakit / Gangguan Butiran Rawatan / Kemasukan Hospital Doktor / Hospital / Klinik

- d) Jika keadaan ini boleh dirawat dengan rawatan pesakit luar: Ya Tidak
Jika Tidak, sila nyatakan sebab-sebab kemasukan: _____

7. Kewujudan keadaan perubatan / pembedahan yang lain? Tidak Ya, sila nyatakan butiran dibawah:
- a) _____ sejak [h][h] - [b][b] - [t][t][t][t]
- b) _____ sejak [h][h] - [b][b] - [t][t][t][t]

8. a) Diagnosis Akhir / ICD Coding
i) _____
ii) _____
iii) _____
- b) Sebab dan patologi diagnosis: _____

9. Rawatan yang diberikan / Siasatan yang dijalankan (Sila berikan salinan bagi semua keputusan siasatan)

10. a) Prosedur pembedahan yang dilakukan:
Kod MMA / Kod PHFSR: _____
- b) Tarikh pembedahan / prosedur:
[h][h] - [b][b] - [t][t][t][t]

11. Adakah penyakit / keadaan berkaitan dengan: (Jika Ya, sila tanda ✓)
- a) Kelahiran / Ketidaksuburan / Pembedahan Caesarean / Keguguran atau apa-apa komplikasi yang timbul hasil darinya
- b) Penyakit Kongenital/Keturunan
- c) Pengaruh Dadah / Alkohol
- d) Saraf / Mental / Emosi / Gangguan Tidur
- e) Sebab Kosmetik / Penjagaan Gigi / Pembetulan Ralat Relektif
- f) AIDS / STD / VD / HIV
- g) Kecederaan diri yang disengajakan / Pelanggaran Undang-Undang / Mogok / Rusuhan
- h) Tiada satu pun diatas

12. Adakah pesakit hamil semasa kemasukan ke hospital? (Untuk Wanita Sahaja) Tidak Ya, _____ bulan

13. Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya sendiri telah memeriksa dan merawat Pesakit bagi kecederaan / penyakit beliau seperti yang diterangkan dan bahawa fakta-fakta yang dinyatakan di atas adalah pendapat perubatan saya mengenai keadaan beliau.

Nama & Tandatangan Doktor yang Merawat

Cop Doktor / Hospital

Tarikh