



CLAIM NO. For Office Use Only

Corporate Solutions - Outpatient Claim

IMPORTANT NOTE

- Please complete the information for Employee and Patient based on the NRIC and Member ID Card.
- One form is applicable for one visit only.
- Claim for clinical expenses must be submitted within 90 days from the consultation date.
- Field marked with (*) is compulsory.

A. EMPLOYEE INFORMATION

*Name of Employee

*Employee NRIC No. / Passport No. *Mobile No. - This number will be used for your claim status notification.

*Email Address

*Name of Company / Employer

B. PATIENT INFORMATION

*Name of Patient Same as above

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

C. DETAILS OF VISIT

*Date of Visit / - / - / / / Time of Visit : am pm No. of Medical Certificate Days /

D. TYPE OF CLAIM

Please tick one of the below box.	Required Document				Details	Amount (RM)
	Original Receipt	Detailed Itemised Bill For Each Medication / Immunisation / Injection / Lab Test / X-ray If Your Bill Amount Is	Referral Letter	Lab / X-ray Report (if any)		
<input type="checkbox"/> GP Claim GGP1	<input checked="" type="checkbox"/>	Above RM80.00		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Panel GP <input type="checkbox"/> Non-Panel GP	
<input type="checkbox"/> Specialist Claim GSP1 <i>(Paediatrician Claim only applicable for direct access benefit with no referral letter required.)</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	Above RM150.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Follow up visit? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, is it related to <input type="checkbox"/> Specialist Care <input type="checkbox"/> Hospitalisation Date of last visit / admission <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="checkbox"/> Immunisation Claim GSP1	<input checked="" type="checkbox"/>	Above RM80.00			Name of Immunisation 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	
<input type="checkbox"/> Optical Claim OPTC	<input checked="" type="checkbox"/>	Not Applicable				
<input type="checkbox"/> Health Screening Claim GMEX	<input checked="" type="checkbox"/>	Not Applicable		<input checked="" type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Dental Claim GDN1	<input checked="" type="checkbox"/>	Above RM100.00			Consultation Extraction Filling Scaling / Polishing Medication Others _____	

Please tick one of the below box.	Required Document				Details	Amount (RM)
	Original Receipt	Detailed Itemised Bill For Each Medication / Immunisation / Injection / Lab Test / X-ray If Your Bill Amount Is	Referral Letter	Lab / X-ray Report (if any)		
<input type="checkbox"/> Maternity Claim GMT1	✓	Above RM150.00		✓	Pre-Natal _____ Post-Natal _____ Delivery <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Caesarean _____ Miscarriage _____	
*Total Claim Amount						

E. REASON FOR SEEKING TREATMENT	F. CLARIFICATION FOR REIMBURSEMENT
<input type="checkbox"/> DN Dental <input type="checkbox"/> 06G Optical <input type="checkbox"/> MT Maternity General Illness <input type="checkbox"/> 789 Abdominal Pain <input type="checkbox"/> 724 Backache <input type="checkbox"/> 466 Bronchitis <input type="checkbox"/> 879 Cuts / Wound / Scalding <input type="checkbox"/> 311 Depression <input type="checkbox"/> 787 Diarrhea / Vomiting <input type="checkbox"/> 388 Ear Disorder <input type="checkbox"/> 379 Eye Disorder <input type="checkbox"/> 465 Fever / Cough / Cold <input type="checkbox"/> 005 Food Poisoning <input type="checkbox"/> 535 Gastritis <input type="checkbox"/> 629 Gynaecology <input type="checkbox"/> 346 Headache / Migraine <input type="checkbox"/> V06 Immunisation <input type="checkbox"/> 719 Joint Pain <input type="checkbox"/> 709 Skin Disease <input type="checkbox"/> 599 Urinary Tract Infection <input type="checkbox"/> 06G Others, please specify _____	Emergency <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Please explain your reasons for the claim submission. _____ _____ _____ _____ _____
Long Term Illness <input type="checkbox"/> 715 Arthritis <input type="checkbox"/> 493 Asthma <input type="checkbox"/> 433 Stroke <input type="checkbox"/> 250 Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> 345 Epilepsy <input type="checkbox"/> 274 Gout <input type="checkbox"/> 272 Hyperlipidemia <input type="checkbox"/> 401 Hypertension <input type="checkbox"/> 411 IHD / Coronary Heart Disease <input type="checkbox"/> 332 Parkinson <input type="checkbox"/> 533 Peptic Ulcer <input type="checkbox"/> 696 Psoriasis <input type="checkbox"/> 246 Thyroid <input type="checkbox"/> 06G Others, please specify _____	G. E-PAYMENT REGISTRATION (If no selection is made, the payment will be made as per our record) <input type="checkbox"/> Use the payment details that have been recorded by AIA PUBLIC Takaful Bhd. (AIA PUBLIC). <input type="checkbox"/> New enrollment / change of account number for this claim and future transactions. Bank Name _____ Bank Account Holder Name _____ Bank Account No. _____ 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.
	H. DECLARATION AND AUTHORISATION 1. I/We confirm that the answers given are true and accurate. 2. I/We understand that claims without the Original Receipt and Detailed Itemised Bill for each medication / immunisation / injection / lab test / x-ray will be declined. 3. I/We understand AIA PUBLIC will keep my/our claim documents unless if I/we request for the documents to be returned to me/us within 60 days from the decision of claim. 4. I/We understand that assessment of the claim may be delayed if all the necessary sections are incomplete or if the required documents are not provided to AIA PUBLIC. 5. I/We understand that for Overseas Treatment, I/we must include the Original Detailed Admission Bill showing details of each charges. The bill must have the English translation if it is in a foreign language. 6. I/We understand that AIA PUBLIC's acceptance of this Outpatient Claim form is not an admission of AIA PUBLIC's liability of my/our claim. 7. 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. 8. I/We understand and agree that any personal information collected or held by AIA PUBLIC (whether through this Outpatient 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 Outpatient 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



NO. TUNTUTAN Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja

Corporate Solutions - Tuntutan Pesakit Luar

NOTA PENTING

- Sila lengkapkan maklumat bagi Pekerja dan Pesakit berdasarkan Kad Pengenalan dan Kad Keahlian.
- Satu borang hanya terpakai untuk satu lawatan sahaja.
- Bagi tuntutan perbelanjaan klinikal perlu dihantar dalam tempoh 90 hari dari tarikh konsultasi.
- Ruangan bertanda (*) wajib diisi.

A. MAKLUMAT PEKERJA

*Nama Pekerja

*No. KP / No. Pasport Pekerja

*No. Tel. Bimbit

 -

Nombor telefon ini akan digunakan untuk makluman tuntutan anda.

*Alamat Emel

*Nama Syarikat / Majikan

B. MAKLUMAT PESAKIT

*Nama Pesakit

Sama seperti di atas

*No. Keahlian (seperti di dalam Kad Keahlian)

Hubungan dengan Pekerja

Suami / Isteri Anak

C. BUTIRAN LAWATAN

*Tarikh Lawatan

 - -

Masa Lawatan

 :

am
 pm

Jumlah Hari Cuti Sakit

D. JENIS TUNTUTAN

Sila tandakan salah satu kotak di bawah.	Dokumen Diperlukan				Maklumat Lanjut	Jumlah (RM)
	Resit Asal	Butiran Bil Terperinci Untuk Kos Setiap Ubat / Imunisasi / Suntikan / Ujian Makmal / X-ray Jika Bil Amaun Anda	Surat Rujukan	Ujian Makmal / Laporan X-ray (jika ada)		
<input type="checkbox"/> Tuntutan GP GGP1	<input checked="" type="checkbox"/>	Melebihi RM80.00		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Klinik Panel <input type="checkbox"/> Klinik Bukan Panel	
<input type="checkbox"/> Tuntutan Pakar GSP1 <i>(Tuntutan pakar kanak-kanak hanya boleh diguna pakai untuk faedah rawatan secara terus tanpa memerlukan surat rujukan.)</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	Melebihi RM150.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Rawatan susulan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika Ya, adakah ia berkaitan dengan <input type="checkbox"/> Rawatan Pakar <input type="checkbox"/> Rawatan Hospital Tarikh rawatan terakhir / diwadkan <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Tuntutan Imunisasi GSP1	<input checked="" type="checkbox"/>	Melebihi RM80.00			Nama Imunisasi 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	
<input type="checkbox"/> Tuntutan Optik OPTC	<input checked="" type="checkbox"/>	Tidak Berkenaan				
<input type="checkbox"/> Tuntutan Pemeriksaan Kesihatan GMEX	<input checked="" type="checkbox"/>	Tidak Berkenaan		<input checked="" type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Tuntutan Pergigian GDN1	<input checked="" type="checkbox"/>	Melebihi RM100.00			Konsultasi Pencabutan Tampalan Mengikis / Membersih Ubat-Ubatan Lain-Lain _____	

Sila tandakan salah satu kotak di bawah.	Dokumen Diperlukan				Maklumat Lanjut	Jumlah (RM)
	Resit Asal	Butiran Bil Terperinci Untuk Kos Setiap Ubat / Imunisasi / Suntikan / Ujian Makmal / X-ray	Surat Rujukan	Ujian Makmal / Laporan X-ray (jika ada)		
		Jika Bil Amaun Anda				
<input type="checkbox"/> Tuntutan Kehamilan GMT1	✓	Melebihi RM150.00		✓	Pra-Natal Selepas Bersalin Bersalin <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pembedahan Keguguran	_____ _____ _____ _____
*Jumlah Tuntutan						_____

E. SEBAB-SEBAB MENDAPAT RAWATAN	F. PENJELASAN UNTUK PEMBAYARAN BALIK						
<input type="checkbox"/> DN Pergigian <input type="checkbox"/> 06G Optik <input type="checkbox"/> MT Kehamilan Penyakit Umum <input type="checkbox"/> 789 Sakit Perut <input type="checkbox"/> 724 Sakit Tulang Belakang <input type="checkbox"/> 466 Bronkitis <input type="checkbox"/> 879 Luka / Melecur <input type="checkbox"/> 311 Kemurungan <input type="checkbox"/> 787 Cirit-birit / Muntah-muntah <input type="checkbox"/> 388 Sakit Telinga <input type="checkbox"/> 379 Sakit Mata <input type="checkbox"/> 465 Demam / Batuk / Selsema <input type="checkbox"/> 005 Keracunan Makanan <input type="checkbox"/> 535 Gastrik <input type="checkbox"/> 629 Sakit Puan <input type="checkbox"/> 346 Sakit Kepala / Migrain <input type="checkbox"/> V06 Imunisasi <input type="checkbox"/> 719 Sakit Sendi <input type="checkbox"/> 709 Penyakit Kulit <input type="checkbox"/> 599 Jangkitan Saluran Kencing <input type="checkbox"/> 06G Lain-lain, sila nyatakan _____	Kecemasan <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Sila jelaskan tujuan tuntutan ini dibuat. _____ _____ _____ _____ _____ _____						
	G. PENDAFTARAN E-BAYARAN (Jika tiada pilihan dibuat, bayaran akan dibuat mengikut rekod kami yang sedia ada) <input type="checkbox"/> Guna maklumat yang sedia ada di dalam rekod AIA PUBLIC Takaful Bhd. (AIA PUBLIC). <input type="checkbox"/> Pendaftaran baru atau perubahan nombor akaun untuk tuntutan ini dan untuk transaksi pembayaran masa hadapan. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nama Bank</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nama Pemegang Akaun Bank</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No. Akaun Bank</td> <td></td> </tr> </table> 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	
Nama Bank							
Nama Pemegang Akaun Bank							
No. Akaun Bank							
	H. PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA 1. Saya/Kami mengesahkan bahawa jawapan yang diberikan adalah benar dan tepat. 2. Saya/Kami memahami bahawa tuntutan akan dikembalikan jika Resit Asal dan Butiran Bil Terperinci untuk kos setiap ubat / imunisasi / suntikan / ujian makmal / x-ray tidak disertakan. 3. Saya/Kami memahami bahawa 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. 4. Saya/Kami memahami penilaian ke atas tuntutan ini akan mengalami kelewatan sekiranya maklumat penting yang diserahkan kepada pihak AIA PUBLIC tidak lengkap. 5. 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. 6. Saya/Kami memahami bahawa penerimaan Borang Tuntutan Pesakit Luar oleh AIA PUBLIC tidak boleh dianggap sebagai penerimaan liabiliti ke atas tuntutan yang dibuat. 7. 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. 8. Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa maklumat peribadi yang dikumpul atau dipegang oleh AIA PUBLIC (sama ada melalui Borang Tuntutan Pesakit Luar 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 (reinsurers/syarikat retakaful), syarikat penyiagaan tuntutan dan persatuan industri bagi memproses Borang Tuntutan Pesakit Luar 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.						
Penyakit Jangka Panjang <input type="checkbox"/> 715 Sakit Arthritis <input type="checkbox"/> 493 Asma <input type="checkbox"/> 433 Strok <input type="checkbox"/> 250 Kencing Manis <input type="checkbox"/> 345 Sawan <input type="checkbox"/> 274 Gout <input type="checkbox"/> 272 Kolestrol Tinggi <input type="checkbox"/> 401 Darah Tinggi <input type="checkbox"/> 411 Penyakit Jantung <input type="checkbox"/> 332 Parkinson <input type="checkbox"/> 533 Ulser Peptik <input type="checkbox"/> 696 Psoriasis <input type="checkbox"/> 246 Penyakit Tiroid <input type="checkbox"/> 06G Lain-lain, sila nyatakan _____	_____ Tandatangan Pekerja						
	_____ Tarikh						