



Collection Station
Stesen Kutipan



ACCIDENT CLAIM FORM
BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN

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

Certificate No. / No. Sijil

Total Claim Amount (Medical Expenses only) / Jumlah Tuntutan (Perbelanjaan Perubatan sahaja) RM

Name of Person Covered / Nama Orang Dilindungi

NRIC / Passport No. / No. KP / Pasport

Claimant's Name (if other than Person Covered) / Nama Penuntut (jika selain daripada Orang Dilindungi)

Relationship to Person Covered / Hubungan dengan Orang Dilindungi

Person Covered is / Orang Dilindungi menggunakan

Right Handed / Tangan Kanan Left Handed / Tangan Kiri

Do you have other certificates with AIA PUBLIC? / Adakah anda mempunyai sijil lain dengan AIA PUBLIC?

Yes / Ya No / Tidak

Is the Person Covered also covered for accident benefits with other Takaful Operator / Insurance Company? If "Yes", please state. / Adakah Orang Dilindungi juga dilindungi bagi faedah kemalangan dengan Pengendali Takaful / Syarikat Insurans? Jika "Ya", sila nyatakan.

Name of Takaful Operator / Insurance Company / Nama Pengendali Takaful / Syarikat Insurans

Certificate / Policy No. / No. Sijil / Polisi

Yes / Ya No / Tidak

PART 2 : INFORMATION ON BANK ACCOUNT THIS CLAIM WILL BE PAID TO
BAHAGIAN 2 : 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 shall 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 / Nama Peserta

Name of Bank / Nama Bank

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

Bank Account No. / No. Akaun Bank

Participant's Email Address / Alamat Emel Peserta

Participant's Mobile Tel. No. / No. Tel. Bimbit Peserta

PART 3 : INFORMATION ON THIS CLAIM
BAHAGIAN 3 : MAKLUMAT TUNTUTAN

Type of Claim / Jenis Tuntutan New Claim / Tuntutan Baharu

Please tick below if applicable / Sila tandakan di bawah yang berkenaan

Follow-up Claim / Tuntutan Susulan

Dismemberment Claim / Tuntutan Kehilangan Anggota Badan

Please state date of accident / Sila nyatakan tarikh kemalangan
DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT

Did you lose a body part? / Adakah anda telah kehilangan anggota badan?
 Yes / Ya No / Tidak

PART 4 : DETAILS ON THE ACCIDENT/EVENT. PLEASE COMPLETE THIS SECTION
BAHAGIAN 4 : MAKLUMAT LANJUT MENGENAI KEMALANGAN/KEJADIAN. SILA LENGKAPKAN BAHAGIAN INI

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

(a) Nature of employment
Bidang Pekerjaan

Self-Employed
Bekerja Sendiri Employer
Majikan

Name, Address and Telephone Number of workplace
Nama, Alamat dan Nombor Telefon tempat pekerjaan

2. (a) When did the accident happen?
Bila kemalangan tersebut berlaku?

- - DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT

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

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

(d) Particulars of witness of the accident.
Maklumat saksi kemalangan tersebut.

Name
Nama _____
NRIC No.
No. KP _____
Tel. No.
No. Tel. _____
Email Address
Alamat Emel _____
Address
Alamat _____

(e) The name of first doctor consulted for this accident
Nama doktor pertama memberi rundingan rawatan untuk kemalangan tersebut

Name
Nama _____
Clinic or Hospital Name
Nama Klinik atau Hospital _____

3. (a) The date you returned to work.
Tarikh anda kembali bekerja.

- - DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT

(b) Briefly explain the duties that you were not able to fully carry out upon returning to work, if any.
Terangkan secara ringkas tugas yang anda tidak dapat jalankan sepenuhnya semasa kembali bekerja, jika ada.

Note / Nota

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

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 / Passport No.

No. KP / Pasport

Age

Umur

Gender

Jantina

Male
Lelaki

Female
Perempuan

Date and time of accident

Tarikh dan masa kemalangan

DD / HH - MM / BB - YYYY / TTTT

HR / JAM : MIN / MIN

am / pg

pm / ptg

1. According to the patient, how did the accident happen?
Berdasarkan kepada 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 (sm).

(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

(d) Final Diagnosis and ICD9/ICD10 code
Diagnosis Muktamad dan kod ICD9/ICD10

(e) Patient is Right Handed Left Handed
Pesakit menggunakan Tangan Kanan Tangan Kiri

(f) What is the underlying or proximate cause of the accident
Apakah penyebab utama kemalangan tersebut

3. Please answer the questions below for amputation, loss of fingers/toes or dismemberment claim.
Sila jawab soalan di bawah untuk tuntutan kehilangan anggota badan, 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 jangkamasa.

(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 Range of Motion (ROM) of the patient?
Apakah Julat Pergerakan (JP) pesakit tersebut?

8. (a) Date last examined. DD/MM/YYYY
Tarikh rawatan terakhir. 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? 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 sampingan? 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
Nama Hospital

Date Admitted / Tarikh Masuk

- -
DD / HH MM / BB YYYY / TTTT

Date Discharged / Tarikh Keluar

- -
DD / HH MM / BB YYYY / TTTT

(b) X-ray report results

Keputusan Laporan X-ray

(c) Special Diagnostic Procedure or Treatment

Rawatan atau Prosedur Diagnostik Khas

Date Performed / Tarikh Dijalankan

- -
DD / HH MM / BB YYYY / TTTT

(d) Type of Surgery Performed

Jenis Pembedahan Dijalankan

Date Performed / Tarikh Dijalankan

- -
DD / HH MM / BB YYYY / TTTT

I hereby certify that I have personally examined and treated the Patient 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/penyakit Pesakit 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

Contact No.

No. Untuk Dihubungi

Date (DD/MM/YYYY)

Tarikh (HH/BB/TTTT)

Name & Address (Official Stamp)

Nama dan Alamat (Cop Rasmi)