



**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 <b>SATU</b> kemasukan ke hospital &amp; lawatan sebelum &amp; selepas yang berkaitan dengannya.</p> <p>2. Tuntutan hospitalisasi &amp; 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 PUBLIC Takaful Bhd. (AIA PUBLIC) 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. Ruang bertanda (*) wajib diisi.</p>	<input type="checkbox"/> Kemasukan ke Hospital / Jagaan Harian <ul style="list-style-type: none"> <li>*1. Salinan Kad Pengenalan (KP) atau Pasport</li> <li>*2. Resit Rasmi Asal (Deposit &amp; Bayaran Akhir)</li> <li>3. Butiran Bil Terperinci</li> <li>4. Laporan Perubatan / Section II di dalam borang ini               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekiranya bil melebihi RM1,000 untuk Hospital Kerajaan.</li> <li>• Sekiranya bil melebihi RM500 untuk Hospital Swasta.</li> </ul> </li> <li>5. Salinan Laporan Penyiasatan [Makmal / Pengimejan / Prosedur Dilakukan (jika ada)]</li> <li>6. Maklumat Fisioterapi - tarikh rawatan dan jumlah bagi setiap sesi rawatan (Resit bayaran pendahuluan TIDAK akan diterima)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Pra & Selepas Rawatan Hospital <ul style="list-style-type: none"> <li>*1. Salinan Kad Pengenalan (KP) atau Pasport</li> <li>*2. Resit Rasmi Asal (Deposit &amp; Bayaran Akhir)</li> <li>3. Butiran Bil Terperinci</li> <li>4. Salinan Laporan Penyiasatan [Makmal / Pengimejan / Prosedur Dilakukan (jika ada)]</li> <li>5. Maklumat Fisioterapi - tarikh rawatan dan jumlah bagi setiap sesi rawatan (Resit bayaran pendahuluan TIDAK akan diterima)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Tuntutan Kemalangan <ul style="list-style-type: none"> <li>*1. Salinan Kad Pengenalan (KP) atau Pasport</li> <li>*2. Resit Rasmi Asal (Deposit &amp; Bayaran Akhir)</li> <li>3. Butiran Bil Terperinci</li> <li>4. Laporan Perubatan / Section II di dalam borang ini               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekiranya bil melebihi RM1,000 untuk Hospital Kerajaan.</li> <li>• Sekiranya bil melebihi RM500 untuk Hospital Swasta.</li> </ul> </li> <li>5. Salinan Laporan Penyiasatan [Makmal / Pengimejan / Prosedur Dilakukan (jika ada)]</li> <li>6. Salinan Laporan Polis (jika ada)</li> </ul>

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

**SEKSYEN I - Untuk diisi oleh Orang Dilindungi (DALAM HURUF BESAR)**

**A. MAKLUMAT MENGENAI SIJIL DAN ORANG DILINDUNGI**

No. Sijil

\*Nama Produk

\*Nama Pemilik Sijil

\*Nama Orang Dilindungi

\*No. KP / No. Pasport Orang Dilindungi

\*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 SIJIL TAKAFUL/INSURANS LAIN, PERKESO, INSURANS PAMPASAN PEKERJA DAN LAIN-LAIN**

Jenis Sijil  Hospital & Pembedahan  Lain-lain \_\_\_\_\_ (e.g. SOCSO) No. Sijil / No. Polisi

Nama Syarikat Insurans / Pengendali Takaful  Tidak dilindungi oleh mana-mana syarikat insurans/takaful, program, faedah ataupun skim.

**D. AMAUN YANG DITUNTUT**

\*RM  .

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

Perubahan nombor akaun bagi transaksi pembayaran masa hadapan.  
 Gunakan butiran pembayaran sedia ada dalam rekod AIA PUBLIC.

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

**F. PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA**

- Saya/Kami mengesahkan bahawa maklumat 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 buti-butir setiap caj bil tersebut dan bil perlu diterjemahkan ke Bahasa Inggeris jika ianya dalam bahasa asing.
- 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.
- 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 faham dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh AIA PUBLIC (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain, termasuk melalui agensi pelaporan kredit) boleh dipegang, digunakan, dan diberikan oleh AIA PUBLIC kepada individu/organisasi yang berhubung dan berkaitan dengan AIA PUBLIC atau mana-mana pihak ketiga yang dipilih (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk tetapi tidak terhad kepada syarikat pengendali takaful semula dan syarikat penyiasatan tuntutan, persatuan/persekutuan industri dan agensi pelaporan kredit) bagi tujuan (a) memproses permohonan ini (b) memberikan khidmat seterusnya (c) untuk pemadanan data AIA PUBLIC; dan (d) menyemak dan memberi nasihat mengenai perlindungan saya/kami dengan AIA PUBLIC. Saya/Kami faham bahawa saya/kami berhak memperoleh akses kepada, dan memohon pembetulan sebarang maklumat peribadi yang dipegang oleh AIA PUBLIC berkaitan dengan saya/kami. Permohonan seperti itu boleh dibuat di mana-mana Pusat Pelanggan AIA.

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Orang Dilindungi

\_\_\_\_\_  
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 <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan
2. Tarikh dan Masa Kemasukan [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] : [ ] [ ] (jam)	3. Tarikh Dibenarkan Keluar [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		
4. Tarikh Cuti Sakit [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] ke [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	Jumlah Hari Cuti Sakit [ ] [ ] [ ]		
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: [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	e) Tarikh mula mendapat rawatan: [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		
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? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika Tidak, sila nyatakan sebab-sebab kemasukan: _____			
7. Kewujudan keadaan perubatan / pembedahan yang lain? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, sila nyatakan butiran dibawah:			
a) _____	sejak	[ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
b) _____	sejak	[ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
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: [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		
11. Is the illness / condition related to: (please tick ✓ if YES)			
a) <input type="checkbox"/> Kelahiran / Ketidaksuburan / Pembedahan Caesarean / Keguguran atau apa-apa komplikasi yang timbul hasil darinya	e) <input type="checkbox"/> Sebab Kosmetik / Penjagaan Gigi / Pembetulan Ralat Relektif		
b) <input type="checkbox"/> Penyakit Kongenital/Keturunan	f) <input type="checkbox"/> AIDS / STD / VD / HIV		
c) <input type="checkbox"/> Pengaruh Dadah / Alkohol	g) <input type="checkbox"/> Kecederaan diri yang disengajakan / Pelanggaran Undang-Undang / Mogok / Rusuhan		
d) <input type="checkbox"/> Saraf / Mental / Emosi / Gangguan Tidur	h) <input type="checkbox"/> Tiada satu pun diatas		
12. Adakah pesakit hamil semasa kemasukan ke hospital? (Untuk Wanita Sahaja) <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> 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