



Accident Claim Form / Borang Tuntutan Kemalangan PART I / BAHAGIAN I

Dismemberment claim
Tuntutan Pembahagian

Collection Station
Stesen Kutipan

--	--

 * K Q 1 Q 8 1 3 1 *	Certificate No. / No. Sijil <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												

Agent Name / Nama Ejen _____ Agent Handphone No. (for SMS) / No. Tel Bimbit Ejen (untuk SMS) _____
 Agent's Webmail Address / Alamat Web Mel Ejen _____

Agent Code / Kod Ejen

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

 Agency Name / Nama Agensi _____ Agency Code / Kod Agensi

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

Name of Person Covered / Nama Orang Dilindungi

IC No. / No. KP _____ You are / Anda adalah menggunakan : Right Handed / Tangan Kanan
 Left Handed / Tangan Kiri

Gender / Jantina Male / Lelaki Female / Perempuan Age / Umur _____

Correspondence Address (Mandatory) / Alamat Surat - Menyurat (Wajib) _____ _____ _____	Name of Claimant (if other than Person Covered) Nama Penuntut (jika selain daripada Orang Dilindungi) _____ Relationship to Person Covered / Hubungan dengan Orang Dilindungi _____ Phone No / No. Tel _____ Other certificates nos. / No. sijil-sijil lain _____ _____												
This case is a / Kes ini adalah untuk: <input type="checkbox"/> New Claim / Tuntutan Baru <input type="checkbox"/> Further Claim / Tuntutan Tambahan Please supply date of accident / Sila berikan tarikh kemalangan <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MM <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BB <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> DD <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> HH <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> YYYY <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> TTTT <input type="checkbox"/> Review/Appeal / Semakan/Rayuan													

Please Complete in detail / Sila Lengkapkan dengan jelas

1. Present Occupation (Describe in detail the occupational duties) Pekerjaan Sekarang (Terangkan dengan jelas tanggungjawab pekerjaan) _____ _____ For Student, please provide: Std/Form: _____ Untuk Pelajar, Sila Nyatakan Darjah/Tingkatan	2. Name, address and telephone No. of Business or Employer or school (If student) Nama, Alamat dan No. Telefon Perniagaan atau Majikan atau Sekolah (jikalau pelajar) _____ _____
--	--

3. Date and Time of Accident / Tarikh dan Masa Kemalangan

_____ : _____ : _____
 (DD/MM/YYYY) / (HH/BB/TTTT) Hour / Jam : Minute / Minit

A.M. PG P.M. PTG

Place of Accident / Tempat Kemalangan _____

4. Please state how the accident occurred and what you were doing at the time. / Sila nyatakan bagaimana kemalangan berlaku dan apa yang sedang anda lakukan ketika itu.

5. Please state in details the injuries you have sustained. / Sila nyatakan dengan jelas kecederaan yang anda alami.

6. Please give the following details / Sila berikan butiran berikut

Dates of Consultations (DD/MM/YYYY) Tarikh Rundingan (HH/BB/TTTT)	Names of Doctors Who Treated You for the Injury Nama doktor yang merawat anda untuk kemalangan tersebut	Clinics' or Hospitals' addresses Alamat Hospital atau Klinik
_____	_____	_____

7. Was medical treatment sought immediately? If no, Please provide reason / Adakah rawatan diterima dengan segera? Jika tidak, sila berikan sebab.

8. Details of Hospitalization (please attach discharge note) / Butiran Kemasukan Hospital (sila lampirkan nota keluar hospital).

Name of Hospital / Nama Hospital _____

Admission / Reg No. / No. Pendaftaran / Kemasukan _____

Period of Hospitalization From _____ to _____
Tempoh Kemasukan Hospital Dari (DD/MM/YYYY / HH/BB/TTTT) hingga (DD/MM/YYYY / HH/BB/TTTT)

9. Are you presently covered for accident benefits with other Takaful Operators / Insurance Companies? If Yes, please state.

Adakah anda kini dilindungi untuk faedah kemalangan dengan Pengendali Takaful / Syarikat Insurans lain? Jika Ya, sila nyatakan.

Yes / Ya No / Tidak

Names of Takaful Operators / Insurance Companies

Certificate / Policy No

Effective Dates (DD/MM/YYYY)

Amount of Benefits (RM)

Nama Pengendali Takaful / Syarikat Insurans _____

No. Sijil / Polisi _____

Tarikh Berkuatkuasa (HH/BB/TTTT) _____

Amaun Faedah (RM) _____

10. a) Date on Which You Last Worked Prior to Disability / Tarikh Terakhir Anda Bekerja Sebelum Hilang Upaya.

(DD/MM/YYYY)(HH/BB/TTTT)

b) Date on Which You Returned to Work / Tarikh Anda Kembali Bekerja.

a. _____

c) If upon returning to work, you were not immediately able to perform all your duties, please indicate the date on which you were finally able to perform all your duties. / Sekiranya setelah kembali bekerja, anda tidak terus berupaya melaksanakan semua tanggungjawab anda, sila nyatakan tarikh bila akhirnya anda dapat menjalankan semua tanggungjawab anda.

b. _____

d) Details of duties you were not immediately able to perform after your return to work, if any.

c. _____

Butiran tanggungjawab yang anda tidak terus berupaya melaksanakannya selepas anda kembali bekerja, jika ada.

Note: If item (d) is not completed, it is assumed that you are able to perform all duties on the date which you returned to work.

Nota: Jika item (d) tidak dilengkapkan, adalah diandaikan bahawa anda berupaya menjalankan semua tanggungjawab anda pada tarikh anda kembali bekerja.

Goods and Services Tax (GST) Information / Maklumat Cukai Barangan dan Perkhidmatan (GST)

1. Are you GST Registered? / Adakah anda berdaftar untuk GST?

Yes / Ya GST Registration Number / Nombor Pendaftaran GST _____ Registration Date / Tarikh Pendaftaran _____ No / Tidak

Note: If the question above is unanswered, AIA PUBLIC Takaful Bhd. (AIA PUBLIC) will follow your existing records. / Nota: Jika soalan di atas tidak dijawab, AIA PUBLIC Takaful Bhd. (AIA PUBLIC) akan mengikuti rekod anda yang sedia ada.

AIA PUBLIC shall rely on the above information provided by you for tax credit purposes provided under the GST Act 2014. AIA PUBLIC shall not be liable for any liability, fine, charge or penalty as a result of relying on the incorrect information. Should any 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 liability arising from your incorrect advice shall be payable by you. / AIA PUBLIC bergantung kepada maklumat diatas, yang diberikan oleh anda untuk tujuan kredit cukai yang diperuntukkan di bawah Akta GST 2014. AIA PUBLIC tidak akan bertanggungjawab terhadap sebarang liabiliti, denda, caj atau penalti yang dikenakan akibat daripada bergantung pada maklumat yang salah. Sekiranya sebarang tindakan diambil dan/atau penalti dikenakan ke atas AIA PUBLIC oleh mana-mana pihak berkuasa cukai kerana bergantung kepada yang sama, AIA PUBLIC berhak menuntut kerugian dari anda sehingga tahap yang dibenarkan oleh undang-undang dan sebarang liabiliti yang wujud berdasarkan maklumat anda yang salah akan dibayar oleh anda.

DECLARATION AND AUTHORIZATION / PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA

I/We declare that the answers given above are true and complete to the best of my/our knowledge and belief.

I/We undersigned, understand the delivery of this form is in no way an admission of AIA PUBLIC, liability of my/our claim and agree that payment of this claim or payment based on agency recommendations shall not be construed as final admission of AIA PUBLIC's liability of this and any further claims arising and AIA PUBLIC reserve full rights for the appropriate evaluation or action where necessary.

I/We, the undersigned hereby irrevocably authorize any organization, institution or individual that has any records or knowledge of my/our health and medical history, treatment or advise and that has been or may hereafter be consulted to disclose to AIA PUBLIC or its representative such information.

I/We understand and agree that any personal information collected or held by AIA PUBLIC (whether contained in this application or otherwise obtained) may be held, used and disclosed by AIA PUBLIC to individuals/organization related to and associated with AIA PUBLIC or any selected third party (within or outside of Malaysia, including retakaful and claims investigation companies and industry associations/federations) for the purpose of processing this application and providing subsequent service for this and other financial products and service and to communicate with me/us for such purposes. I/We understand that I/We have a right to obtain access to and to request correction of any personal information held by AIA PUBLIC concerning me/us. Such request can be made to any of AIA Customer Service Centre.

This authorization shall bind my/our successors and assigns and remain valid notwithstanding my/our death or incapacity in so far as legally possible. A photocopy of this authorization or claim form shall be as valid as the original and can be used for my/our further claims.

Saya/Kami mengisytiharkan bahawa jawapan yang diberikan di atas adalah benar dan lengkap setakat pengetahuan dan kepercayaan saya/kami.

Dengan penyerahan borang ini kepada AIA PUBLIC, saya/kami memahami bahawa ini tidak sama sekali boleh dianggap sebagai penerimaan liabiliti ke atas tuntutan saya/kami dan juga bersetuju bahawa bayaran tuntutan ini atau bayaran berdasarkan saranan agensi tidak bermaksud bayaran sedemikian sebagai penerimaan liabiliti muktamad oleh AIA PUBLIC ke atas tuntutan ini dan sebarang tuntutan lain. AIA PUBLIC berhak dengan sepenuhnya menggunakan sebarang penilaian yang diperlukan atau tindakan di mana patut.

Saya/Kami yang bertandatangan di bawah, dengan ini membenarkan mana-mana organisasi, institusi atau individu yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang kesihatan dan latar belakang perubatan, rawatan perubatan atau nasihat perubatan saya/kami, dan telah atau mungkin kemudian dari ini dirujuk untuk mendedahkan segala maklumat tersebut kepada AIA PUBLIC atau wakilnya.

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) 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 syarikat-syarikat retakaful dan penyiasatan tuntutan dan persatuan/persekutuan industri) bagi tujuan memproses permohonan ini dan memberikan khidmat seterusnya untuk produk dan khidmat kewangan yang lain dan untuk berkomunikasi dengan saya/kami untuk tujuan seperti itu. Saya/Kami faham bahawa saya/kami berhak memperoleh akses kepada, dan memohon pembedahan sebarang maklumat peribadi yang dipegang oleh AIA PUBLIC berkaitan dengan saya/kami. Permohonan seperti itu boleh dibuat di mana-mana Pusat Khidmat Pelanggan AIA.

Pengesahan ini hendaklah mengikat waris-waris dan penama saya/kami dan kekal sah meskipun setelah kematian atau ketidakupayaan saya/kami setakat yang dibenarkan di sisi undang-undang. Salinan pengesahan ini atau borang tuntutan adalah sah seperti yang asal dan boleh digunakan untuk tuntutan rawatan susulan.

IMPORTANT NOTICE/ NOTA PENTING:

Claims payment is advisable to be made via e-Payment. This is in line with Bank Negara Malaysia (BNM's) directive towards electronic fund transfer that is faster, safer and more convenient. Please ensure that the completed Direct Credit Instruction Form AND the required supporting documents are submitted to AIA PUBLIC to avoid any delay in payment for this and/or future claim(s). However, in the event where e-Payment facility cannot be used, cheque will be sent to the Claimant's address, as stated in AIA PUBLIC's records. / Adalah dinasihatkan bagi pembayaran tuntutan adalah dibuat melalui e-Bayaran. Ini adalah selaras dengan arahan Bank Negara Malaysia (BNM) terhadap pemindahan dana elektronik yang lebih cepat, selamat dan mudah. Sila pastikan Borang Arahan Direct Kredit yang lengkap DAN dokumen-dokumen sokongan yang diperlukan dikemukakan kepada AIA PUBLIC untuk mengelakkan sebarang kelewatan pembayaran bagi tuntutan ini dan / atau tuntutan masa hadapan. Sekiranya kemudahan e-Bayaran tidak boleh digunakan, cek tuntutan akan dihantar ke alamat Penuntut, seperti yang tentera dalam rekod AIA PUBLIC.

Direct Credit Instruction Form and supporting documents / Borang Arahan Direct Kredit dan dokumen-dokumen sokongan:

are submitted with this claim / dikemukakan dengan tuntutan ini have been submitted earlier to AIA PUBLIC / telah dihantar sebelum ini kepada AIA PUBLIC

I/We hereby authorize _____ IC No. _____ to service my/our claim.
Saya/Kami dengan ini membenarkan _____ No. KP _____ untuk membantu berhubung tuntutan saya/kami.
Signed on / Tandatangan pada _____ (DD/MM/YYYY) / (HH/BB/TTTT)

Signature of Witness / Tandatangan Saksi _____ Signature of Person Covered / Tandatangan Orang Dilindungi _____ Signature of Claimant / Tandatangan Penuntut _____
Name / Nama _____ Name / Nama _____ Name / Nama _____
IC No. / No. KP _____ IC No. / No. KP _____ IC No. / No. KP _____
Email / E-mel _____ Email / E-mel _____

8. If the injuries required any of the following, please fill in the details / Jika kecederaan memerlukan mana-mana yang berikut, sila lengkapkan butiran tersebut.

- a) Name of Hospital / Nama Hospital _____
- b) Date Admitted / Tarikh Masuk _____ (DD/MM/YYYY) / (HH/BB/TTTT) Date Discharged _____ Tarikh Keluar _____ (DD/MM/YYYY) / (HH/BB/TTTT)
- c) X-ray report results / Keputusan Laporan X-ray _____
- d) (i) Special Diagnostic Procedure or Treatment _____ (ii) Date Performed _____
Rawatan atau Prosedur Diagnosis Khas _____ Tarikh dijalankan _____ (DD/MM/YYYY) / (HH/BB/TTTT)
- e) (i) Type of Surgery Performed _____ (ii) Date Performed _____
Jenis Pembedahan dijalankan _____ Tarikh dijalankan _____ (DD/MM/YYYY) / (HH/BB/TTTT)

9. For Amputation, Loss of Fingers/Toes or Dismemberment Claim / Untuk Tuntutan Kehilangan Anggota, Kehilangan Jari

- a) Is the patient undergoing any form of rehabilitation ? If yes, please provide the details including duration. / Adakah pesakit menjalani rawatan pemulihan atau rehabilitasi? Jika ya, sila beri keterangan termasuk jangka masa.

- b) In your opinion, can the patient's condition be corrected by surgery? Kindly provide details to your answer / Pada pandangan anda, adakah keadaan pesakit dapat dirawat melalui pembedahan? Sila berikan penjelasan:

- c) Percentage of the Whole Person Impairment as per AMA guidelines / Peratus "Whole Person Impairment" mengikut rujukan AMA

- d) 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

I hereby certify that I have personally examined and treated the patient for his/her injuries described above 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 pesakit untuk kecederaan yang dialami beliau seperti tersebut di atas dan bahawa fakta yang dinyatakan di atas mewakili pendapat perubatan saya berhubung keadaan beliau.

Signature of Attending Physician / Tandatangan Pakar Perubatan

Name & Address (Official Stamp)

Nama & Alamat (Cop Rasmi) _____

Qualification / Kelayakan _____

Date / Tarikh _____

(DD/MM/YYYY) / (HH/BB/TTTT)

Telephone No. / No. Telefon _____

For the purpose of identification the patient must sign his name below in the presence of the Physician.

Untuk tujuan pengenalan, pesakit perlu menurunkan tandatangannya di bawah dengan kehadiran pakar perubatan.

Signature of Patient / Tandatangan Pesakit

IC No. / No. KP _____

Date / Tarikh _____

(DD/MM/YYYY) / (HH/BB/TTTT)

DOCTOR - ADDITIONAL USAGE OF PAPER IS ALLOWED DUE TO INSUFFICIENT SPACE FOR REPORTING.

DOKTOR - KEGUNAAN KERTAS TAMBAHAN ADALAH DIBENARKAN SEKIRANYA RUANGAN YANG DISEDIAKAN TIDAK MENCUKUPI UNTUK LAPORAN ANDA.

Documents to be submitted with this claim form (Part I and II) duly completed

Dokumen yang perlu dihantar bersama borang tuntutan ini (Bahagian I dan II) setelah dilengkapkan

- Leader's Recommendation Form (For Recommended Cases) where WI and MR is up to RM 500 / Borang Cadangan Pengurus Agensi/Penyelia Agensi (Untuk kes yang dicadangkan) untuk Tuntutan MR dan WI sehingga RM 500
- All original receipts/bills for medical reimbursement claims / Semua resit/bill asal untuk pembayaran balik perbelanjaan perubatan
- Student/Teacher Member Listing for School PA Claim / Senarai Murid Sekolah/Guru Sekolah, untuk tuntutan School PA
- Imaging/X ray Reports, Dengue Serology, Police Report where applicable / Laporan X-Ray, Serologi Denggi, Laporan Polis, di mana sesuai / berkaitan.

For Dismemberment / Untuk Anggota Yang Hilang

- Copy of Person Covered's IC / Salinan kad pengenalan
- X-Ray Film/X-Ray Report / Filem X-Ray/Laporan X-Ray
- Photograph showing injury/amputation (One full body and one body part with face) / Gambar Asal menunjukkan kecederaan (satu gambar dengan muka dan anggota yang hilang dan satu gambar seluruh badan)
- Visual Acuity Report for loss of vision / Laporan Acuiti Penglihatan untuk kehilangan penglihatan
- Audiogram report for loss of hearing / Laporan Audiogram untuk kehilangan pendengaran