



Individual Hospitalization Claim Form / Borang Tuntutan Kemasukan Hospital Peribadi

Part I: Completed By Person Covered/Claimant / Bahagian I : Untuk Dilengkapkan Oleh Orang Dilindungi/Penuntut

Collection Station Stesen Kutipan

Barcode area with Certificate No. / No. Sijil input field

Agent Name / Nama Ejen, Agent Handphone No., Agency Name, Agency Code, Agency Webmail Address

Name of Person Covered / Nama Orang Dilindungi, IC No. / No. KP, Gender / Jantina, Age / Umur

Correspondence Address / Alamat Surat - Menyurat, Name of Claimant, Relationship to Person Covered, Phone No / No. Tel

This case is a / Kes ini adalah untuk: New Claim / Tuntutan Baru, Further Claim / Tuntutan Tambahan, Out Patient Kidney Dialysis / Cancer Treatment, Review/Appeal / Ulasan/Rayuan

Please Complete if Hospitalization was due to Accident / Sila Lengkapkan jika Kemasukan Hospital adalah akibat Kemalangan

1. (a) When did it happen / Bila kemalangan tersebut berlaku, (b) Describe briefly how it happened, (c) Describe briefly the injuries

Please Complete Question 2-4 if Hospitalization / Daycare was due to Illness / Sila Lengkapkan Soalan 2-4 jika Kemasukan Hospital / Rawatan Pesakit Luar adalah akibat Penyakit

2. (a) Give a brief description of Person Covered's symptoms, (b) How long had Person Covered been having these symptoms prior to admission to hospital?

3. Give details of consultations / Berikan maklumat lanjut rundingan, (a) The doctor first consulted for this illness, (b) The doctor who referred the Person Covered to hospital, (c) All other doctors consulted during this illness, (d) Doctors seen for any similar condition in the past, (e) Name and address of the Person Covered's regular attending doctor other than the above.

4. Are you presently covered for hospitalization benefits with other Takaful Operators / Insurance Companies? If "Yes", please state.  Yes  No  
 Adakah anda kini dilindungi untuk faedah Kemasukan Hospital dengan Pengendali Takaful / Syarikat Insurans? Jika Ya, sila nyatakan. Ya Tidak

Names of Takaful Operators / Insurance Companies Nama Pengendali Takaful / Syarikat Insurans	Certificate / Policy No No. Sijil / Polisi	Effective Dates (MM/DD/YYYY) Tarikh Berkuatkuasa (BB/HH/TTTT)	Amount of Benefits (RM) Amaun Faedah (RM)
_____	_____	_____	_____

**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 pembetulan 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 tertera 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

You will be notified by email once payment has been made if you have provided your e-mail address / Anda akan dimaklumkan melalui e-mel sebaik sahaja pembayaran telah dibuat sekiranya anda memberikan alamat e-mail

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

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

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

- Copy of discharge note/hospital bill showing admission and discharge date and Diagnosis Result for Hospital Benefit Claim (If Part II is not completed)
- Original itemized bills (Invoice/Statement) and original official receipts including deposit receipts
- Lab & Radiology Reports (MRI, CT Scan, Ultrasound, X-Ray, ECG, Histopathology, Biopsy & Other Medical Tests)
- For Overseas Treatment, to include:  
Copy of Passport Indicating Biodata, Dates of Departure from Malaysia and Arrival Overseas or copy of Flight Ticket/Boarding Pass, Original Detailed Admission Bill showing breakdown of each charges and translation of foreign language.

**Borang ini (Bahagian I & II) perlu dilengkapkan sepenuhnya dan dikembalikan dengan yang berikut (yang bersesuaian)**

- Salinan nota keluar hospital/bil hospital menunjukkan tarikh masuk dan keluar hospital berserta diagnosis untuk tuntutan Hospital Benefit (jika Bahagian II tidak dilengkapkan)
- Bil (Invois/Penyata) dan resit asal termasuk resit deposit
- Keputusan Makmal & Radiologi (Imbasan, CT Scan, Ultrasound, X-Ray, ECG, Histopatologi, Biopsi & Keputusan Ujian yang lain)
- Untuk rawatan di luar negara, disertakan:  
Salinan Pasport yang menunjukkan biodata, tarikh keberangkatan dari Malaysia dan ketibaan di luar negara atau salinan tiket penerbangan/Boarding Pas, Butiran Bil asal yang menyenaraikan kos setiap caj dan terjemahan bahasa asing.

**Medical Information Request For Hospitalization Claim**  
**Borang Permintaan Maklumat Perubatan Untuk Tuntutan Kemasukan Hospital**

H

**Part II: to be Completed by Doctor at Person Covered's own expenses**

**Bahagian II: untuk Dilengkapkan oleh Doktor dengan perbelanjaan yang ditanggung oleh Orang Dilindungi**

Name of Person Covered / Nama Orang Dilindungi	
IC No. / No. KP	Age / Umur
Gender Jantina <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan	
2. Hospitalization Details / Butiran Kemasukan Hospital	
Admission / Daycare / Outpatient Date _____ (MM/DD/YYYY) Tarikh Masuk / Rawatan Harian / Pesakit Luar (BB/HH/TTTT)	
Discharge Date / Estimated length of stay _____ (MM/DD/YYYY) Tarikh Keluar / Anggaran Penginapan (BB/HH/TTTT)	
Admission No / No. Kemasukan. _____	
3. Was the patient referred to your hospital by another doctor(s)? If "Yes", please indicate his/her name, address and provide a copy of referral letter. Adakah pesakit dirujuk ke hospital anda oleh doktor lain? Jika "Ya", sila nyatakan nama dan alamat beliau serta berikan salinan surat rujukan	3. <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak _____ _____ _____
4. Date on which you first saw the patient for this illness. Tarikh ketika anda pertama kali merawat pesakit untuk penyakit ini.	4. _____ (MM/DD/YYYY) / (BB/HH/TTTT)
5. Of what symptoms did the patient complain when he/she first saw you for this illness? Apakah simptom yang dinyatakan oleh pesakit ketika dia mula melawat anda untuk penyakit ini?	5. _____ _____ _____
6. (a) According to the patient, how long had he/she been experiencing these symptoms before first seeing you. Menurut pesakit, berapa lama beliau telah mengalami simptom tersebut sebelum menemui anda.  (b) How long do you feel the symptoms had lasted? Pada pendapat anda, berapa lamakah simptom tersebut telah berlaku?	6. (a) _____  (b) _____
7. Had the patient previously seen any other doctor on account of these symptoms or similar condition? If so, please give details. Adakah pesakit menemui doktor lain sebelum ini berkaitan simptom tersebut? Jika ya, sila berikan maklumat lanjut.	7. <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak _____ _____ _____
8. Have any investigations, tests or procedures been performed? If "Yes", please furnish us the details or provide a certified true copy of the results. Adakah sebarang penyiasatan, ujian atau prosedur dijalankan? Jika "Ya", sila nyatakan maklumat lanjut atau berikan salinan keputusan asal yang disahkan.	8. <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak _____ _____ _____
9. (a) What is your diagnosis? Apakah diagnosis anda?  (b) What was the underlying cause? Apakah punca penyebabnya?  (c) Did you inform the patient of your diagnosis? If so, when did you do so? Adakah anda memberitahu pesakit tentang diagnosis anda? Jika ya, bila anda memberitahunya?	9. (a) _____  (b) _____  (c) <input type="checkbox"/> Yes Date informed _____ <input type="checkbox"/> No / Tidak Ya Tarikh diberitahu (MM/DD/YYYY) / (BB/HH/TTTT)
10. (a) Nature of medical treatment given / planned and / or operation to be performed. Bentuk rawatan perubatan yang diberi / dirancang dan / atau pembedahan yang akan dijalankan.  (b) Surgeon / Pakar Bedah  (c) Date of Operation / Tarikh Pembedahan  (d) MMA OPCS code / PHFSR code / Kod MMA OPCS / Kod PHFSR	10. (a) _____  (b) _____  (c) _____ (MM/DD/YYYY) / (BB/HH/TTTT)  (d) _____

11. Is the treatment related to / Adalah rawatan berkaitan dengan :

- Cosmetic / plastic surgery, routine health screening  
*Pembedahan Kosmetik/Plastik, Pemeriksaan Perubatan Rutin*
- Intoxication, illegal drugs, AIDS, ARC, HIV, related diseases  
*Kemabukan, Penyalahgunaan Dadah, AIDS, ARC, HIV, Penyakit Berkekaan*
- Self inflicted injury, suicide, attempted suicide  
*Tindakan Melukakan Diri Sendiri, Bunuh Diri, Percubaan Bunuh Diri*
- Congenital / hereditary conditions / Kongenital/ Penyakit Keturunan
- Pregnancy, childbirth, sterilization, infertility  
*Kehamilan, Kelahiran, Pemandulan, Kemandulan*

- Psychotic / mental disorder/nervous/sleep disorder  
*Penyakit Mental/ Penyakit Susah Tidur*
- Hazardous sports, unlawful act  
*Sukan Berbahaya, Tindakan Melanggar Undang-undang*
- Dental Treatment / Rawatan Pergigian

Please provide details / Sila nyatakan :

---

---

12. Any possibility of having a relapse? / Apa-apa kemungkinan mengalami Pengulangan?

12.  Yes / Ya  No / Tidak

13. Has the patient previously been treated or hospitalized in this or any other hospital for this or any other serious disorder? If so, please state.

*Adakah pesakit sebelum ini dirawat atau dimasukkan ke hospital ini atau mana-mana hospital lain untuk penyakit ini atau apa-apa gangguan serius lain? Jika ya, sila nyatakan.*

<u>Dates (MM/DD/YYYY)</u> <i>Tarikh (BB/HH/TTTT)</i>	<u>Diseases / Disorders</u> <i>Penyakit / Gangguan</i>	<u>Details of Treatments / Hospitalizations</u> <i>Butiran Rawatan / Kemasukan Hospital</i>	<u>Doctors' / Hospitals' Names</u> <i>Nama Doktor / Hospital</i>
---	---	--	---

- (a) \_\_\_\_\_
- (b) \_\_\_\_\_
- (c) \_\_\_\_\_

14. For female only / Untuk perempuan sahaja.

*Was the patient pregnant at the time of hospitalization?*  
*Adakah pesakit mengandung ketika Kemasukan Hospital?*  Yes \_\_\_\_\_ months  No / Tidak  
*Ya \_\_\_\_\_ bulan*

I hereby certify that I have personally examined and treated the Person Covered for his/her injuries / illness 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 kecederaan Orang Dilindungi 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*

\_\_\_\_\_  
Name & Address (Official Stamp)  
*Nama dan Alamat (Cop Rasmi)*

\_\_\_\_\_  
Date  
*Tarikh* (MM/DD/YYYY) / (BB/HH/TTTT)

\_\_\_\_\_  
Contact No.  
*No. Untuk Dihubungi*