Authorized Claims Administrator

Member Hospital & Surgical Claim Form
Borang Tuntutan Hospital & Pembedahan Ahli

AIA PUBLIC TAKAFUL

AIA PUBLIC Takaful Bhd. (935955-M)
(formerly known as ING PUBLIC Takaful Ehsan Berhad)
99 Jalan Ampang 50450 Kuala Lumpur
T 1 300 88 8933 **F** 03 2056 3690

Claim No. / No. Tuntutan
(For Office Use Only / Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja)

Section I / *Seksyen I* **– To be completed by the Employee / Patient (IN BLOCK LETTERS) for submission to AIA PUBLIC Takaful Bhd. (formerly known as ING PUBLIC Takaful Ehsan Berhad) (AIA PUBLIC) for claim processing.** / *Untuk diisi oleh Pekerja / Pesakit (DALAM HURUF BESAR) untuk diserahkan kepada AIA PUBLIC Takaful Bhd. (formerly known as ING PUBLIC Takaful Ehsan Berhad) (AIA PUBLIC) untuk proses tuntutan.*

EMPLOYEE INFORMATION / *MAKLUMAT PEKERJA*

Name of Employee (as in NRIC) / *Nama Pekerja (seperti di dalam KP)*

Employee NRIC / *No KP Pekerja*

Certificate No. / *No. Sijil*

Plan / *Pelan*

Occupation / *Pekerjaan*

Tel No. / *No. Tel*

Name of Company / Employer / *Nama Syarikat / Majikan*

Employer's Signature, Stamp & Address
Tandatangan, Cop Rasmi & Alamat Majikan

PATIENT / CLAIMANT INFORMATION / *MAKLUMAT PESAKIT / PIHAK MENUNTUT*

Name of Patient (other than the Participant) / *Nama Pesakit (selain daripada Peserta)*

Member ID Card No. (Patient) / *No. Kad Rawatan (Pesakit)*

Date of Birth of Patient / Claimant / *Tarikh Lahir Pesakit / Pihak Menuntut*
d d m m y y y y

Date of MC / *Tarikh Cuti Sakit*
d d m m y y y y - d d m m y y y y

No. of MC (days) / *Jumlah Cuti Sakit (Hari)*

Relationship with Employee
Hubungan dengan Pekerja
☐ **Self** / *Diri Sendiri*
☐ **Spouse** / *Suami/Isteri*
☐ **Child** / *Anak*

Gender of Claimant
Jantina Pihak Menuntut
☐ **Male** / *Lelaki*
☐ **Female** / *Perempuan*

TYPE OF CLAIMS / *JENIS TUNTUTAN*

☐ **Hospitalization** / *Kemasukkan ke Hospital*
Nature of Illness / Injury / *Jenis Penyakit / Kecederaan*

☐ **Outpatient** / *Pesakit Luar*
Nature of Illness / Injury / *Jenis Penyakit / Kecederaan*

☐ **Accident** / *Kemalangan*
Date & Time of Accident / *Tarikh & Masa Kemalangan*
State how it happened / *Jelaskan bagaimana ia berlaku*

DETAILS OF OTHER TAKAFUL CERTIFICATE, SOCSO, WORKMEN'S COMPENSATION AND OTHERS
BUTIR-BUTIR TAKAFUL LAIN, PERKESO, PAMPASAN PEKERJA DAN LAIN-LAIN

Certificate Type / *Jenis Sijil*
Certificate No. / *No. Sijil*
Name of Takaful Company / *Nama Syarikat Takaful*

PAYMENT DETAILS / *MAKLUMAT PEMBAYARAN*

Payment of Claim is to be made to: / *Pembayaran Tuntutan hendaklah dibayar kepada:*
☐ **Company** / *Syarikat* ☐ **Employee** / *Pekerja* ☐ **Hospital** / *Hospital*

AUTHORIZATION TO PHYSICIAN, HOSPITAL OR CLINIC TO RELEASE INFORMATION
KEBENARAN UNTUK MEMBERI MAKLUMAT KEPADA DOKTOR PERUBATAN, HOSPITAL ATAU KLINIK

I hereby declare that the all information given in this claim form is accurate, complete and true and hereby authorize any physician, medical practitioner, hospital or clinic or where I/claimant have been observed or treated, to give full particulars about my/claimant's health including my/claimant's whole medical history in respect of this hospitalization/surgery, to AIA PUBLIC. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original. I understand that this information will be kept strictly confidential by AIA PUBLIC and that AIA PUBLIC undertakes not to disclose this information to any third party without my separate written consent. / *Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat yang diberikan di dalam borang tuntutan ini adalah tepat, benar dan lengkap dan dengan ini memberi kebenaran kepada doktor perubatan, pengamal perubatan, hospital atau klinik yang merawat saya/pihak yang menuntut untuk memberi maklumat-maklumat lengkap berhubung kepada sejarah kesihatan saya/pihak yang menuntut termasuk latar belakang penuh perubatan/pihak yang menuntut semasa dimasukkan ke hospital/menjalani pembedahan kepada AIA PUBLIC. Salinan surat kebenaran ini adalah dianggap sah dan berkuatkuasa sebagaimana salinan asal. Saya faham bahawa maklumat ini akan dianggap sulit oleh AIA PUBLIC dan AIA PUBLIC tidak akan melepaskan maklumat ini kepada sesiapa tanpa kebenaran bertulis daripada saya.*

Signature of Employee / *Tandatangan Pekerja*

Date / *Tarikh*

SECTION II – DISCHARGE MEDICAL REPORT FORM. To be completed by the Attending Doctor (IN BLOCK LETTERS).
SEKSYEN II – BORANG PELEPASAN UNTUK LAPORAN PERUBATAN. Perlu diisi oleh Doktor yang Merawat (DALAM HURUF BESAR).

Name of Hospital and Address / *Nama Hospital dan Alamat*

Name of Patient / *Nama Pesakit*

NRIC No. / *No. KP*

Date & Time of Admission / *Tarikh & Masa Kemasukan*
d d m m y y y y t t t t

Date & Time of Discharge / *Tarikh & Masa Pelepasan*
d d m m y y y y t t t t

Name of Referring Doctor & Address / *Nama Doktor yang Dirujuk & Alamat*

Admitting Doctor / *Doktor Kemasukan*

Attending Doctor(s) / *Doktor yang Merawat*

Specialty / *Pengkhususan*

1(a). **Diagnosis / ICD Coding** / *Diagnosis / Kod ICD*

1(b). **Cause & Pathology (if applicable) of the above diagnosis.** / *Punca & Patologi (jika perlu) untuk diagnosis di atas.*

2(a). **When did the patient first consulted you for this condition?** / *Bila kali pertama pesakit datang untuk penyakit ini?*
d d m m y y y y

2 (b). **Was the patient previously treated for this condition?** / *Adakah pesakit pernah dirawat sebelum ini untuk penyakit ini?*
d d m m y y y y

2(c). **How long in your professional opinion has the condition existed?** / *Berdasarkan pendapat professional anda, berapa lamakah penyakit ini sudah wujud?*
d d m m y y y y

4(a). **Please (√) Nature of Treatment and Investigation:** / *Sila tanda (√) pada Jenis Rawatan dan Penyiasatan:*

☐ **Operation** / *Pembedahan*
☐ **Physiotherapy** / *Fisioterapi*
☐ **Dietary Counseling /** *Kaunseling Pemakanan*
☐ **Medications** / *Perubatan*
☐ **X-ray** / *X-ray*
☐ **Blood Tests** / *Ujian-ujian Darah*
☐ **Others, give details** / *Lain-lain, sila beri butiran* _____

4(b). **If any procedure involved, please state Type of Procedures performed:** / *Jika ada prosedur, sila nyatakan Jenis-Jenis Prosedur yang dilakukan:*

	Type / *Jenis*	**Date** / *Tarikh*	**Name of Doctor** / *Nama Doktor*
i.			
ii.			
iii.			

3. **Any possibility of a relapse?** / *Mungkinkah penyakit ini akan berulang?*
☐ **Yes** / *Ya* ☐ **No** / *Tidak*

5. **Was the condition?** / *Adakah keadaan ini?*
☐ **Congenital** / *Kongenital* ☐ **Nervous** / *Saraf* ☐ **Mental** / *Mental*

For Female Only / *Untuk Wanita Sahaja*
6. **Was the patient pregnant at the time of hospitalization?** / *Adakah pesakit mengandung semasa dimasukkan ke hospital?*
☐ **Yes** / *Ya* ☐ **No** / *Tidak* **If Yes, _____ months** / *Jika Ya, _____ bulan*

7. **If the hospitalization was due to accident, please indicate date/time of accident:** / *Jika kemasukkan ke hospital adalah disebabkan oleh kemalangan, sila nyatakan tarikh/masa kemalangan:*
d d m m y y y y t t t t

8. **Discharge / Follow-up instructions** / *Arahan Pelepasan / Susulan*

Signature & Name of Attending Doctor *Tandatangan & Nama Doktor yang Merawat*	**Hospital Stamp** *Cop Hospital*	**Date** *Tarikh*