



HOSPITALISATION CLAIM FORM (FOR INDIVIDUAL)

BORANG TUNTUTAN KEMASUKAN HOSPITAL (UNTUK INDIVIDU)

IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING

If you are claiming for Outpatient Accidental Treatment, please fill up the Accident Claim Form.
Jika anda membuat tuntutan bagi Rawatan Kemalangan Pesakit Luar, sila lengkapkan Borang Tuntutan Kemalangan.

PART 1 : INFORMATION ON THE CERTIFICATE AND PERSON COVERED

MAKLUMAT SIJIL DAN ORANG DILINDUNGI

Certificate Number

Name of Person Covered NRIC / Passport No.
Nama Orang Dilindungi No. KP / Pasport

Name of Claimant (if other than Person Covered) Relationship to Person Covered
Nama Penuntut (jika selain daripada Orang Dilindungi) Hubungan dengan Orang Dilindungi

Do you have other certificate with AIA PUBLIC? Yes No
Adakah anda mempunyai sijil lain bersama AIA PUBLIC? Ya Tidak

If Yes, please list down the certificate numbers.
Jika Ya, sila senaraikan nombor sijil anda.

Is the Person Covered also covered for accident benefits with other Takaful Operator / Insurance Company? If "Yes", please state. Yes No
Adakah Orang Dilindungi mempunyai faedah kemalangan dengan Pengendali Takaful / Syarikat Insurans yang lain? Jika "Ya", sila nyatakan. Ya Tidak

Name of Takaful Operator / Insurance Company Certificate / Policy No.
Nama Pengendali Takaful / Syarikat Insurans No. Sijil / Polisi

PART 2 : INFORMATION ON BANK ACCOUNT THIS CLAIM WILL BE PAID TO

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

Name of Bank Bank Account No.
Nama Bank No. Akaun Bank

Participant's Email Address Participant's Mobile Tel. No.
Alamat Emel Peserta No. Telefon Bimbit Peserta

PART 3 : INFORMATION ON THIS CLAIM

MAKLUMAT TUNTUTAN

Type of Claim New Claim Please state date of hospitalisation DD MM YYYY
Jenis Tuntutan Tuntutan Baharu Sila berikan tarikh kemasukan hospital HH BB TTTT

Claim for Pre or Post Hospitalisation Treatment
Tuntutan Rawatan Sebelum atau Selepas Kemasukan Hospital

Review/Appeal of Existing Claim
Ulasan/Rayuan ke atas Tuntutan yang sedia ada

PART 4 : INFORMATION ON GOODS AND SERVICES TAX (GST) REGISTRATION
MAKLUMAT PENDAFTARAN CUKAI BARANG DAN PERKHIDMATAN (GST)

Are you GST registered person?
Adakah anda berdaftar untuk GST?

 Yes
Ya No
Tidak

GST Registration No. / No. Pendaftaran GST

Registration Date / Tarikh Pendaftaran

AIA PUBLIC shall rely on the above information provided by you for tax credit purposes. Should action be taken against AIA PUBLIC by any tax authority for relying on incorrect information, AIA PUBLIC may claim against you for any losses suffered.

AIA PUBLIC bergantung kepada maklumat di atas yang diberikan oleh anda untuk tujuan kredit cukai. Sekiranya sebarang tindakan diambil terhadap AIA PUBLIC oleh mana-mana pihak berkuasa kerana menggunakan maklumat yang salah, AIA PUBLIC akan menuntut sebarang kerugian yang ditanggung daripada anda.

PART 5 : DECLARATION AND AUTHORISATION
PENGISYTIHARAN DAN PEMBERIKUASAAN

- 1) I/We confirm that the answers given are true and accurate.
- 2) I/We understand that AIA PUBLIC's acceptance of this form is not an admission of AIA PUBLIC's liability of my/ our claim.
- 3) I/We authorise any institution or individual that has any records or knowledge of my/our health and medical history to disclose such information to AIA PUBLIC or its representative.
- 4) I/We understand and agree that any personal information collected or held by AIA PUBLIC (whether through this application or otherwise obtained) may be used and disclosed by AIA PUBLIC to individuals/ institutions related to and associated with AIA PUBLIC or any selected third party within or outside Malaysia such as reinsurers / retakaful, claims investigation companies and industry associations to process this application. The information may also be used to provide service for this and other financial products and to communicate with me/us. I/We understand that I/we have a right to get access to and request for correction of any personal information held by AIA PUBLIC. Such requests can be made at any AIA Customer Centres.

1) Saya/kami mengesahkan bahawa jawapan yang diberikan adalah benar dan tepat.

2) Saya/kami memahami bahawa penerimaan borang oleh AIA PUBLIC tidak boleh dianggap sebagai penerimaan liabiliti ke atas tuntutan yang dibuat.

3) 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.

4) Saya/kami memahami dan bersetuju bahawa maklumat peribadi yang dikumpul atau dipegang oleh AIA PUBLIC (sama ada melalui permohonan ini ataupun cara lain) boleh digunakan dan didedahkan kepada individu atau institusi yang berkaitan dengan AIA PUBLIC atau mana-mana pihak ketiga di dalam atau di luar Malaysia seperti penanggung insurans semula (reinsurer) / retakaful, syarikat penyiasatan tuntutan dan persatuan industri bagi memproses permohonan ini. Maklumat tersebut juga boleh digunakan untuk memberikan perkhidmatan ke atas permohonan ini dan juga produk kewangan lain. Saya/kami memahami bahawa saya/kami mempunyai hak untuk mendapatkan dan memohon pembetulan dibuat ke atas mana-mana maklumat persendirian yang disimpan oleh AIA PUBLIC. Permohonan tersebut boleh dibuat di mana-mana cawangan Pusat Khidmat Pelanggan AIA.

I/We authorise

Saya/Kami dengan ini membenarkan _____

NRIC No.

No. KP _____

or my Life Planner

atau Perancang Hayat _____

Life Planner Code

Kod Perancang Hayat _____

to assist me with this claim.

bagi membantu dalam tuntutan ini.

Signed on

Ditandatangani pada

<input type="text"/>	<input type="text"/>	DD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	YYYY
		HH			BB			TTTT

Signature of Person Covered/Claimant
Tandatangan Orang Diliindungi/Penuntut

Name

Nama _____

NRIC No.

No. KP _____

DOCUMENTS TO BE SUBMITTED WITH THIS CLAIM FORM

DOKUMEN YANG DIPERLUKAN UNTUK PENYERAHAN BORANG TUNTUTAN

1. Copy of discharge note/hospital bill showing admission and discharge date and Diagnosis Result for Hospital Benefit Claim (If Page 3 and 4 are not completed).
2. Original itemised bills (Invoice/Statement) and original official receipts including deposit receipts.
3. Copy of Lab and Radiology Reports (MRI, CT Scan, Ultrasound, X-Ray, ECG, Histopathology, Biopsy & Other Medical Tests).
4. 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.
5. Photocopy of Bank Statement of Current Account or saving Account or front page of the Saving Account Passbook.

1. Salinan nota keluar hospital/bil hospital menunjukkan tarikh masuk dan keluar hospital berserta diagnosis untuk tuntutan Hospital Benefit (jika Mukasurat 3 dan 4 tidak dilengkapkan).

2. Bil (Invois/Penyata) dan resit asal termasuk resit deposit.

3. Keputusan Makmal & Radiologi (Imbasan, CTScan, Ultrasound, X-Ray, ECG, Histopatologi, Biopsi & Keputusan Ujian yang lain).

4. 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.

5. Salinan Penyata Bank bagi Akaun Semasa atau Akaun Simpanan atau muka depan Buku Akaun Simpanan.

IMPORTANT NOTICE: This section only for New Claims.

NOTA PENTING: Bahagian ini hanya untuk Tuntutan Baharu.

MEDICAL INFORMATION REQUEST FOR HOSPITALISATION CLAIM FORM

BORANG PERMOHONAN MAKLUMAT PERUBATAN UNTUK TUNTUTAN KEMASUKAN HOSPITAL

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 No.

No. KP

Age

Umur

Sex

Jantina

Male

Lelaki

Female

Perempuan

1. Hospitalisation Details

Faedah Kemasukan Hospital

Admission / Daycare / Outpatient Date

Tarikh Masuk / Rawatan Harian / Pesakit Luar

DD

HH

MM

BB

YYYY

TTTT

Admission No.

No. Kemasukan

Discharge Date / Estimated length of stay

Tarikh Keluar / Anggaran Penginapan

DD

HH

MM

BB

YYYY

TTTT

2. Was the patient referred to your hospital by another doctor? 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.

Yes

Ya

No

Tidak

3. When did you first see the patient for this illness?

Tarikh ketika anda pertama kali merawat pesakit untuk penyakit ini?

DD

HH

MM

BB

YYYY

TTTT

4. What symptoms did the patient raise when he/she first saw you for this illness?

Apakah simptom yang dinyatakan oleh pesakit ketika dia mula melawat anda untuk penyakit ini?

5. (a) According to the patient, how long had he/she experienced those symptoms before first seeing you?

Menurut pesakit, berapa lama beliau telah mengalami simptom tersebut sebelum menemui anda?

(b) In your opinion, how long did the symptoms last?

Pada pendapat anda, berapa lamakah simptom tersebut telah berlaku?

6. Has the patient consulted another doctor for the same or similar symptoms in the past? If so, please give details.

Adakah pesakit menemui doktor lain sebelum ini berkaitan simptom tersebut? Jika ya, sila berikan maklumat lanjut.

Yes

Ya

No

Tidak

7. Have any investigations, tests or procedures been performed? If "Yes", please provide us the details or attach a certified true copy of the results.

Adakah sebarang pemeriksaan, ujian atau prosedur telah dijalankan? Jika "Ya", sila nyatakan maklumat tersebut atau sertakan salinan keputusan ujian yang telah disahkan benar.

Yes

Ya

No

Tidak

8. Why was hospitalisation required? Could the patient have been treated as an outpatient?

Mengapa hospitalisasi diperlukan? Bolehkah sekiranya pesakit dirawat sebagai pesakit luar?

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?

Yes

Ya

Date Informed

Tarikh Diberitahu

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

No

Tidak

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) Name of Surgeon

Nama Pakar Bedah

(c) Date of Operation

Tarikh Pembedahan

Grid for date of operation: DD HH MM BB YYYY TTTT

(d) MMA OPCS code / PHFSR code

Kod MMA OPCS / Kod PHFSR

11. Is the treatment related to:

Adalah rawatan berkaitan dengan:

- Grid of checkboxes for related conditions: Cosmetic/plastic surgery, Intoxication, Self-inflicted injury, Congenital, Hereditary conditions, Pregnancy, childbirt, sterilisation, infertility, Psychotic/mental disorder, Hazardous sports, unlawful act, Dental treatment.

Please provide details:

Sila nyatakan:

12. Is there a possibility of a relapse?

Apa-apa kemungkinan penyakit ini akan berulang?

Yes/No checkboxes with labels Ya/Tidak

13. Has the patient previously been treated or hospitalised in this or any other hospital for this or any other serious disorder? If yes, 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.

Table with 4 columns: Dates (DD/MM/YYYY), Diseases / Disorders, Details of Treatments / Hospitalisations, Doctors' / Hospitals' Names. Rows (a), (b), (c) for patient history.

14. To be completed if patient is female

Untuk diisi sekiranya pesakit adalah wanita

Was the patient pregnant at the time of hospitalisation?

Adakah pesakit mengandung ketika kemasukan hospital?

Yes/No checkboxes with months/bulan label

I hereby certify that I have personally examined and treated the Person Covered 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 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 (DD/MM/YYYY)

Tarikh (HH/BB/TTTT)

Contact No.

No. Untuk Dihubungi