



HOSPITALISATION CLAIM FORM (CREDIT LIFE)

BORANG TUNTUTAN HOSPITALISASI (INSURANS HAYAT KREDIT)

PART 1 : INFORMATION ON THE POLICY AND MASTER POLICYHOLDER

BAHAGIAN 1 : MAKLUMAT POLISI DAN PEMEGANG POLISI UTAMA

IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING

We will pay your approved claim (if any) directly to your bank account. Please fill out this section and ensure that the bank account details belong to the Master Policyholder. / Kami akan membuat pembayaran (jika ada) secara terus kepada akaun bank anda. Sila lengkapkan bahagian ini dan pastikan kesemua maklumat berkaitan akaun bank adalah dimiliki oleh Pemegang Polisi Utama.

Master Policyholder's Name / Nama Pemegang Polisi Utama

Address / Alamat

Contact Person & Telephone No. / Orang yang Dihubungi & No. Telefon

Master Policyholder's Email Address / Alamat Emel Pemegang Polisi Utama

Postcode / Poskod Country / Negara

INFORMATION ON BANK ACCOUNT THIS CLAIM WILL BE PAID TO: MAKLUMAT AKAUN BANK UNTUK PEMBAYARAN TUNTUTAN:

Name of Bank / Nama Bank

Bank Account No. / No. Akaun Bank

PART 2 : INFORMATION ON THE POLICY/CERTIFICATE OF INSURANCE AND INSURED PERSON

BAHAGIAN 2 : MAKLUMAT POLISI/SIJIL INSURANS DAN ORANG YANG DIINSURANSKAN

IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING

We will pay your approved claim (if any) directly to your bank account. Please fill out this section and ensure that the bank account details belong to the Insured Person. / Kami akan membuat pembayaran (jika ada) secara terus kepada akaun bank anda. Sila lengkapkan bahagian ini dan pastikan kesemua maklumat berkaitan akaun bank adalah dimiliki oleh Orang Yang Diinsuranskan.

Policy/Certificate Number / Nombor Polisi/Sijil

Do you have other policies with AIA? / Adakah anda mempunyai polisi lain dengan AIA? Yes / Ya No / Tidak

If yes, please state the policy/certificate number(s) / Jika ada, sila nyatakan nombor polisi/sijil

Name of Insured Person / Nama Orang Yang Diinsuranskan

NRIC No. / No. KP

Telephone No. / No. Telefon

Insured Person's Email Address / Alamat Emel Orang yang Diinsuranskan

Residence / Rumah

Mobile / Tel. Bimbit

Is the Insured Person also covered by other insurance companies? If "Yes", please state. / Adakah Orang Yang Diinsuranskan mempunyai polisi dengan lain-lain syarikat? Jika "Ya", sila nyatakan.

Yes / Ya No / Tidak

Name of Insurance Companies / Nama Syarikat Insurans

Policy No. / No. Polisi

Effective Date (DD/MM/YYYY) / Tarikh Mula Insurans (HH/BB/TTTT)

INFORMATION ON BANK ACCOUNT THIS CLAIM WILL BE PAID TO:
MAKLUMAT AKAUN BANK UNTUK PEMBAYARAN TUNTUTAN:

Name of Bank / Nama Bank

Bank Account No. / No. Akaun Bank

PART 3 : INFORMATION ON THIS CLAIM
BAHAGIAN 3 : MAKLUMAT TUNTUTAN

1.	Admission Date <i>Tarikh Masuk Hospital</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DD/MM/YYYY HH/BB/TTTT
2.	Discharge Date <i>Tarikh Keluar Hospital</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DD/MM/YYYY HH/BB/TTTT
3.	Type of <i>Jenis</i>	<input type="checkbox"/> New Claim <i>Tuntutan Baru</i> <input type="checkbox"/> Claim for Pre or Post Hospitalisation Treatment <i>Tuntutan Rawatan Sebelum atau Selepas Hospitalisasi</i> <input type="checkbox"/> Review/Appeal of Existing Claim <i>Ulasan/Rayuan ke atas Tuntutan yang sedia ada</i>	

PLEASE COMPLETE THIS SECTION IF THE STAY IN HOSPITAL WAS CAUSED BY AN ACCIDENT
 SILA LENGKAPKAN BAHAGIAN INI JIKA HOSPITALISASI ADALAH AKIBAT KEMALANGAN

4.	(a) When did the accident happen? <i>Bila kemalangan tersebut berlaku?</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm
	(b) Tell us briefly how the accident happened. <i>Terangkan dengan ringkas bagaimana ia berlaku.</i>			
	(c) Tell us briefly about the injuries suffered. <i>Terangkan dengan ringkas kecederaan dialami.</i>			

PART 4 : DECLARATION AND AUTHORISATION
BAHAGIAN 4 : PENGISYTIHARAN DAN PEMBERIKUASAAN

- 1) I/We confirm that the answers given are true and accurate. / Saya/kami mengesahkan bahawa jawapan yang diberikan adalah benar dan tepat.
- 2) I/We understand that AIA Bhd.'s acceptance of this form is not an admission of AIA Bhd.'s liability of my/our claim. / Saya/kami memahami bahawa penerimaan borang oleh AIA Bhd tidak boleh dianggap sebagai penerimaan liabiliti ke atas tuntutan yang dibuat.
- 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 Bhd. or its representative. / Saya/Kami memberi kuasa kepada mana-mana institusi atau individu yang mempunyai rekod atau maklumat tentang kesihatan dan sejarah perubatan saya/kami untuk mendedehkannya kepada AIA Bhd atau wakil AIA Bhd.
- 4) I/We understand and agree that any personal information collected or held by AIA Bhd. (whether through this application or otherwise obtained) may be used and disclosed by AIA Bhd. to individuals/institutions related to and associated with AIA Bhd. or any selected third party within or outside Malaysia such as reinsurers, 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 Bhd. Such requests can be made at any AIA Bhd. Customer Centres. / Saya/kami memahami dan bersetuju bahawa maklumat peribadi yang dikumpul atau dipegang oleh AIA Bhd. (sama ada melalui permohonan ini ataupun cara lain) boleh digunakan dan didedahkan kepada individu atau institusi yang berkaitan dengan AIA Bhd.atau mana-mana pihak ketiga di dalam atau di luar Malaysia seperti penanggung insurans semula (reinsurer), syarikat penyiasatan tuntutan dan persatuan industry 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 Bhd. Permohonan tersebut boleh dibuat di mana-mana cawangan Pusat Khidmat Pelanggan AIA Bhd.

I/We hereby authorise

Saya/Kami dengan ini membenarkan _____

NRIC No.

No. KP _____

Relationship

Hubungan _____

Contact No.

No. Telefon _____

to assist me/us with this claim.

bagi membantu saya/kami dalam tuntutan ini.

Signature of Witness

Tandatangan Saksi _____

Signature of Insured Person

Tandatangan Orang Yang Diinsuranskan _____

Name / Nama _____

Name / Nama _____

NRIC No. / No. KP _____

NRIC No. / No. KP _____

Date (DD/MM/YYYY) / Tarikh (HH/BB/TTTT) _____

Date (DD/MM/YYYY) / Tarikh (HH/BB/TTTT) _____

BY MASTER POLICYHOLDER / OLEH PEMEGANG POLISI UTAMA

The Master Policyholder hereby gives notice of the *disability/death of the Insured/Deceased and makes claim for the said insurance to AIA Bhd. and agrees that the written statements and affidavits of all the physicians who attended or treated the Insured/Deceased and all other papers called for by the instructions hereon shall constitute and be made part of the proof of disability/death. / Dengan ini pihak Pemegang Polisi Utama memberi notis kehilangan upaya/kematian Orang yang Diinsuranskan/Simati dan membuat tuntutan pampasan kepada AIA Bhd. dan bersetuju bahawa semua kenyataan bertulis dan affidavit para doktor yang pernah merawat Orang yang Diinsuranskan/Simati dan lain-lain dokumen bersurat yang telah diperolehi adalah kandungan atau sebahagian dari bukti kehilangan upaya/kematian.

Authorised Signatory / Tandatangan yang Disahkan _____

Company Stamp / Cop Rasmi Syarikat _____

Address / Alamat _____

Date (DD/MM/YYYY) / Tarikh (HH/BB/TTTT) _____

DOCUMENTS TO BE SUBMITTED WITH THIS CLAIM FORM
DOKUMEN-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 medical report is not provided).
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.
1. Salinan nota keluar hospital/bil hospital menunjukkan tarikh masuk dan keluar hospital berserta diagnosis untuk tuntutan Hospital Benefit (jika laporan perubatan tidak diberi).
2. Bil (Invois/Penyata) dan resit asal termasuk resit deposit.
3. Keputusan Makmal & Radiologi (Imbasan CT, 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/ Pas Berlepas, Butiran Bil asal yang menyenaraikan kos setiap caj dan terjemahan bahasa asing.