

**ACCIDENT CLAIM FORM**
BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN**PART 1 : INFORMATION ON THE POLICY AND INSURED PERSON**
MAKLUMAT POLISI DAN ORANG YANG DIINSURANSKAN

Policy Number

Nombor Polisi

Name of Insured Person

Nama Orang Yang Diinsuranskan

NRIC No.

No. KP

Name of Person making this claim (if other than Insured Person)

Nama Penuntut (jika selain daripada Orang Yang Diinsuranskan)

Relationship to Insured Person

Hubungan dengan Orang Yang Diinsuranskan

Do you have other policies with AIA?

Adakah anda mempunyai polisi lain bersama AIA?

☐

Life

Nyawa

☐

Personal Accident

Kemalangan Diri

☐

None

Tiada

Is the Insured Person also covered for accident benefits with other insurance companies? If "Yes", please state.

Adakah Orang Yang Diinsuranskan mempunyai faedah kemalangan dengan lain-lain syarikat? Jika "Ya", sila nyatakan.

☐Yes
Ya☐No
Tidak

Name of Insurance Companies

Nama Syarikat Insurans

Policy No.

No. Polisi

Insured Person is

Orang Yang Diinsuranskan menggunakan

☐

Right Handed

Tangan Kanan

☐

Left Handed

Tangan Kiri

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 directly to your bank account. Please fill out this section and ensure that the bank account details belong to the policyholder.

Kami akan membuat pembayaran secara terus kepada akaun bank anda. Sila lengkapkan bahagian ini dan pastikan kesemua maklumat adalah berkaitan akaun bank dimiliki oleh pemegang polisi.

Policyholder's Name

Nama Pemegang Polisi

Policyholder's NRIC No.

No. KP Pemegang Polisi

Name of Bank

Nama Bank

Bank Account No.

No. Akaun Bank

Policyholder's Email Address

Alamat Emel Pemegang Polisi

Policyholder's Mobile Tel No.

No. Telefon Bimbit Pemegang Polisi

PART 3 : INFORMATION ON THIS CLAIM
MAKLUMAT TUNTUTANType of Claim
Jenis Tuntutan☐

New Claim

Tuntutan Baharu

☐

Follow-up Claim

Tuntutan Susulan

Please state date of accident

Sila berikan tarikh kemalangan

DD

HH

MM

BB

YYYY

TTTT

Others

Lain-lain

☐

Medical Expenses Only

Kes Perubatan Sahaja

Did you lose a body part?

Adakah anda telah kehilangan anggota badan?

☐

Yes

Ya

☐

No

Tidak

PART 4 : PLEASE COMPLETE THIS SECTION
SILA LENGKAPKAN BAHAGIAN INI

1. (a) Please state and describe your work.

Sila nyatakan dan jelaskan pekerjaan anda.

For students, please state Standard/Form, name of class and school.

Untuk pelajar, sila nyatakan Darjah/Tingkatan, nama kelas dan sekolah.

(b) Business or Employer (or parents of students)

Perniagaan atau Majikan (atau ibubapa pelajar)

Name, Address and Telephone number.

Nama, Alamat dan Nombor telefon.

2. (a) When did the accident happen?

Bila kemalangan tersebut berlaku?

DD

HH

MM

BB

YYYY

TTTT

(b) Tell us briefly how the accident happened.

Terangkan dengan ringkas bagaimana ia berlaku.

(c) Tell us briefly about the injuries suffered.

Terangkan dengan ringkas kecederaan dialami.

3. (a) The date you returned to work.

Tarikh anda kembali bekerja.

		DD			MM					YYYY
		HH			BB					TTTT

(b) Briefly explain the duties that you were not able to fully complete upon returning to work, if any.

Terangkan secara ringkas tugas yang anda tidak dapat jalankan sepenuhnya semasa kembali bekerja, jika ada.

Note: We will assume that you were able to perform all duties on the date you returned to work if item (b) is not completed.

Nota: Jika soalan (b) tidak dilengkapkan, kami akan andaikan bahawa anda berupaya menjalankan semua tanggungjawab anda pada tarikh anda kembali bekerja.

(c) State the date that you managed to fully perform all your duties.

Nyatakan tarikh anda berupaya menjalankan tugas sepenuhnya.

		DD			MM					YYYY
		HH			BB					TTTT

PART 5 : INFORMATION ON GOODS AND SERVICES TAX (GST) REGISTRATION

MAKLUMAT PENDAFTARAN CUKAI BARANGAN DAN PERKHIDMATAN (GST)

Are you GST registered?

Adakah anda berdaftar untuk GST?

☐

Yes
Ya

☐

No
Tidak

GST Registration No. / No. Pendaftaran GST

Registration Date / Tarikh Pendaftaran

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

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

PART 6 : DECLARATION AND AUTHORISATION

PENGISYTIHARAN DAN PEMBERIKUASAAN

1) I/We confirm that the answers given are true and accurate.

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.

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.

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.

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

2) Saya/kami memahami bahawa penerimaan borang oleh AIA Bhd. 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 Bhd atau wakil AIA Bhd.

4) 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 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 Bhd. Permohonan tersebut boleh dibuat di mana-mana cawangan Pusat Khidmat Pelanggan AIA Bhd.

I/We authorise

Saya/Kami dengan ini membenarkan

NRIC No.

No. KP

or my AIA Life Planner

atau Perancang Hayat AIA

Life Planner Code

Kod Perancang Hayat

to assist me with this claim.

bagi membantu dalam tuntutan ini.

Signed on

Ditandatangani pada

DD

HH

MM

BB

YYYY

TTTT

Signature of Insured Person/Person making this claim

Tandatangan Orang Yang Diinsuranskan/Penuntut

Name

Nama

NRIC No.

No. KP

DOCUMENTS TO BE SUBMITTED WITH THIS CLAIM FORM

DOKUMEN YANG PERLU DIHANTAR BERSAMA BORANG TUNTUTAN INI

- Leader's Recommendation Form (For Recommended Cases) where Weekly Indemnity (WI) is less than 14 days and the total of WI and Medical Reimbursement (MR) is up to RM1000 where applicable.
- All original receipts and bills for medical reimbursement claims.
- Student/Teacher Member Listing for School PA Claim.
- Imaging/X ray Reports, Dengue Serology, Police Report if any.

For Dismemberment:

- Copy of NRIC.
- X-Ray Film/X-Ray Report.
- Photograph showing injury/amputation (One full body and one showing the affected body part).
- Visual Acuity Report for loss of vision.
- Audiogram report for loss of hearing.

1. Borang Cadangan Pengurus Agensi/Penyelia Agensi (Untuk kes yang dicadangkan) untuk Tuntutan WI kurang dari 14 hari yang mana jumlah MR dan WI ialah sehingga RM1000 yang mana berkenaan.

2. Semua resit dan bil asal untuk pembayaran balik perbelanjaan perubatan.

3. Senarai Murid Sekolah/Guru Sekolah, untuk tuntutan School PA.

4. Laporan X-Ray, Serologi Denggi, Laporan Polis, di mana sesuai/berkaitan.

Bagi Kehilangan Anggota:

- Salinan kad pengenalan.
- Filem X-Ray/Laporan X-Ray.
- Gambar asal menunjukkan kecederaan (satu gambar seluruh badan dan satu gambar menunjukkan anggota yang cedera).
- Laporan Akuiti Penglihatan untuk kehilangan penglihatan.
- Laporan Audiogram untuk kehilangan pendengaran.

MEDICAL INFORMATION REQUEST FOR ACCIDENT CLAIM FORM

BORANG PERMOHONAN MAKLUMAT PERUBATAN UNTUK TUNTUTAN KEMALANGAN

TO BE COMPLETED BY DOCTOR, PAID FOR BY THE INSURED PERSON

UNTUK DILENGKAPKAN OLEH DOKTOR DENGAN PERBELANJAAN DITANGGUNG OLEH ORANG YANG DIINSURANSKAN

Name of Patient

Nama Pesakit

NRIC No.

No. KP

Age

Umur

Sex

Jantina

☐

Male

Lelaki

☐

Female

Perempuan

Date and time of accident

Tarikh dan masa kemalangan

DD
HH

MM
BB

YYYY
TTTT

:

AM / PM
PG / PTG

1. According to the patient, how did the accident happen?

Berdasarkan kepada pesakit, bagaimanakah kemalangan tersebut berlaku?

2. Did you see any visible external injuries during the first consultation? If yes, please describe the extent of injuries.

Adakah anda dapat melihat kecederaan luaran semasa konsultasi pertama dibuat? Jika ya, sila nyatakan tahap kecederaan tersebut.

(a) Location, size and depth of wound (cm).

Lokasi, saiz dan kedalaman luka (cm).

(b) Type and location of fracture, if any.

Jenis dan lokasi keretakan, jika ada.

(c) Was there any amputation on the patient's fingers or toes? If yes, which part was amputated?

Adakah mana-mana jari tangan atau jari kaki telah dipotong? Jika ya, bahagian mana?

Hand Tangan	Thumb Ibu Jari	☐	Left Kiri	☐	Right Kanan	Foot Kaki	Big Toe Ibu Jari	☐	Left Kiri	☐	Right Kanan
	Index Finger Jari Kedua	☐	Left Kiri	☐	Right Kanan		2nd Toe Jari Kedua	☐	Left Kiri	☐	Right Kanan
	Middle Finger Jari Ketiga	☐	Left Kiri	☐	Right Kanan		3rd Toe Jari Ketiga	☐	Left Kiri	☐	Right Kanan
	Ring Finger Jari Keempat	☐	Left Kiri	☐	Right Kanan		4th Toe Jari Keempat	☐	Left Kiri	☐	Right Kanan
	Little Finger Jari Kelima	☐	Left Kiri	☐	Right Kanan		5th toe Jari Kelima	☐	Left Kiri	☐	Right Kanan

3. Please answer the questions below for amputation, loss of fingers/toes or dismemberment claim.

Sila jawab soalan di bawah untuk tuntutan kehilangan anggota, kehilangan jari tangan atau jari kaki.

(a) Is the patient undergoing any form of rehabilitation?
If yes, please explain briefly including the duration of the process.

Adakah pesakit menjalani rawatan pemulihan atau rehabilitasi?
Jika ya, sila beri keterangan termasuk jangka masa.

(b) Can the patient's condition be corrected by surgery?
Please explain why.

Adakah keadaan pesakit dapat dirawat melalui pembedahan? Sila jelaskan mengapa.

(c) What is the percentage of the Whole Person Impairment based on the AMA guidelines?

Apakah peratusan "Whole Person Impairment" mengikut rujukan AMA?

(d) What is the 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.

4. Did intoxication, physical defects or the patient's medical history contribute to the accident or disability?
If yes, please explain briefly.

Adakah kemabukan, kecacatan fizikal atau sejarah perubatan pesakit menyumbang kepada kemalangan atau ketidakupayaan. Jika ya, sila jelaskan.

5. Please list the type of treatment provided such as number of stitches, types of dressing, physiotherapy etc. This includes any follow-up treatment.

Sila senaraikan jenis rawatan yang diberikan seperti bilangan jahitan, jenis pembalut, fisioterapi dan lain-lain. Ini termasuk rawatan susulan.

Date (DD/MM/YYYY) Tarikh (HH/BB/TTTT)	Treatment/Types of Medication and Dosage Rawatan/Jenis Ubat dan Dos	Healing Progress* Perkembangan Pemulihan*

* If patient complained of experiencing pain, please provide the pain level before and after taking medication (from 0 to 10 : 0 for no pain and 10 being most painful).

* Jika pesakit mengadu kesakitan, sila nyatakan tahap kesakitan dialami sebelum dan selepas mengambil ubat (daripada 0 ke 10 : 0 untuk tidak sakit dan 10 untuk amat sakit).

6. If the patient was put on a P.O.P./Backslab or was immobilised, please indicate when:

Jika pesakit diletakkan pada P.O.P./Backslab atau lumpuh, sila nyatakan bila:

- (a) P.O.P. / Backslab was applied

P.O.P. / Backslab digunakan

DD	MM	YYYY
HH	BB	TTTT

- (b) P.O.P. was removed

P.O.P. dikeluarkan

DD	MM	YYYY
HH	BB	TTTT

- (c) Patient started physiotherapy

Pesakit memulakan fisioterapi

DD	MM	YYYY
HH	BB	TTTT

- (d) Patient was started on full Weight Bearing (if any)

Pesakit memulakan Weight Bearing lengkap (jika ada)

DD	MM	YYYY
HH	BB	TTTT

7. Names, addresses and dates of other physicians who treated the patient for the same injury.

Nama, alamat dan tarikh pakar perubatan lain yang merawat pesakit untuk kecederaan yang sama.

Name of Physician Nama Pakar Perubatan	Address Alamat	Date Tarikh
		DD MM YYYY HH BB TTTT
		DD MM YYYY HH BB TTTT
		DD MM YYYY HH BB TTTT

8. (a) Date last examined.

Tarikh rawatan terakhir.

DD	MM	YYYY
HH	BB	TTTT

- (b) Present injury condition including limitation of movement, if any.

Keadaan kecederaan sekarang termasuk apa-apa had pergerakan, jika ada.

- (c) Was it a difficult healing process such as the patient experiencing wound breakdown, secondary infection or non-union of fracture?
If yes, state why and was there any special treatment given?

Adakah pesakit melalui proses pemulihan yang sukar seperti luka atau kepatahan yang tidak sembuh atau jangkitan sekunder? Jika ya, sila nyatakan mengapa dan jika terdapat rawatan khas yang diberi.

9. Was the patient hospitalised due to the injuries? If so, please complete the following:

Adakah pesakit dimasukkan ke hospital akibat kecederaan dialami? Jika ya, sila lengkapkan butiran berikut:

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

I hereby certify that I have personally examined and treated the Insured Person 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 yang Diinsuranskan 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