



## BORANG TUNTUTAN KEMALANGAN PERIBADI DAN KESIHATAN

Borang ini perlu dilengkapi dengan benar dan tepat. Jika ruang yang tersedia tidak mencukupi atau tiada ruang bersesuaian tersedia, maklumat tambahan boleh disertakan bersama. Senarai dokumen yang diperlukan adalah sebagai rujukan dan mungkin berubah. Pihak kami mempunyai hak untuk memohon dokumen atau maklumat tambahan mengikut keperluan. Penghantaran borang atau maklumat yang tidak lengkap mungkin melambatkan pemrosesan atau mengakibatkan penafian tuntutan anda.

Borang yang lengkap dan dokumen tambahan perlu dihantarkan secepat mungkin ke alamat berikut:

AIG Malaysia Insurance Berhad (795492-W)  
Bahagian Tuntutan, Tingkat 16  
Menara Worldwide, 198 Jalan Bukit Bintang,  
55100 Kuala Lumpur, Malaysia  
Telephone : 1 800 88 8811  
Facsimile : 603 2685 4896  
Email address: mypaclaims@aig.com  
www.aig.my

### Bahagian I - Maklumat Am

No. Polisi / Sijil :	Nama penuh Pemegang Polisi / Sijil (seperti dalam Kad Pengenalan / Sijil Syarikat) :		
Nama penuh Pihak yang Diinsuranskan (seperti dalam Kad Pengenalan / Sijil Syarikat):		No. Kad Pengenalan / No. Pasport Pihak yang Diinsuranskan :	
Nama penuh Pihak Menuntut (seperti dalam Kad Pengenalan / Sijil Syarikat) : (Hanya untuk kes kematian)	No. Kad Pengenalan / No. Pasport Pihak Menuntut:	Hubungan Pihak Menuntut dan Pihak yang Diinsuranskan :	
Nama ibu/bapa/penjaga yang sah (Hanya untuk Pihak yang Diinsuranskan di bawah umur 18 tahun) :		No. Kad Pengenalan / Pasport ibu/bapa/penjaga yang sah :	
Alamat e-mel Pihak Menuntut :	No. Telefon Bimbit Pihak Menuntut :	Pekerjaan Pihak yang Diinsuranskan :	
<small>Maklumat SMS akan dihantarkan kepada no telefon bimbit ini untuk memaklumkan borang ini telah diterima.</small>			
Alamat surat-menyurat :			
Adakah anda warganegara Amerika Syarikat? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Jika ya , sila nyatakan nombor keselamatan sosial anda :	
AIG Malaysia Insurance Berhad (795492-W) adalah anak syarikat kepada syarikat Amerika Syarikat yang bertanggungjawab untuk melaporkan penuntutan kemalangan bagi warga-negara A.S yang mungkin layak untuk menerima "Medicare" (menurut Akta Medicare, Medicaid SCHIP tambahan 2007). Maklumat ini diminta untuk mematuhi keperluan laporan pihak berkuasa.			
Jenis tuntutan (sila pilih) : <input type="checkbox"/> Tuntutan Baru <input type="checkbox"/> Tuntutan Lanjutan, nyatakan No. Tuntutan : _____			
Item Tuntutan :	<input type="checkbox"/> Perbelanjaan Rawatan Pesakit Luar	<input type="checkbox"/> Penyakit Kritikal	<input type="checkbox"/> Tulang Patah <input type="checkbox"/> Pendapatan Ganti Rugi Mingguan
Jumlah RM _____	<input type="checkbox"/> Pendapatan Hospital	<input type="checkbox"/> Hilang Upaya Menyeluruh dan Kekal	<input type="checkbox"/> Lain-lain, sila nyatakan : _____
<input type="checkbox"/> Perbelanjaan Hospital	<input type="checkbox"/> Kematian Akibat Kemalangan	_____	
Adakah anda pernah menuntut tanggungan kerugian dan perbelanjaan tersebut dari polisi insurans yang lain? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Jika ya, sila berikan maklumat berikut Nama Penanggung Insurans : _____ No. Polisi : _____ Jenis Polisi: _____ Jumlah yang diinsuranskan : _____		
<b>Butir-butir Bank untuk E- pembayaran</b>			
Nama Pemegang Akaun Bank (mesti Pihak yang Diinsuranskan atau ibu/bapa/ penjaga yang sah kepada Pihak yang Diinsuranskan jika berumur di bawah 18 tahun) :		Nama Bank :	
Alamat E-mel (jika berbeza dengan di atas):		Nombor Akaun :	
<small>Pemberitahuan akan dihantar ke alamat e-mel di atas</small>			

### Dokumen yang Diperlukan untuk Tuntutan Anda

#### Perbelanjaan Rawatan Pesakit Luar:

- Resit / Bukti pembayaran asal bersama bukti diagnosis

#### Pendapatan Hospital:

- Penyata Akaun Hospital
- Maklumat lengkap untuk Bahagian IV Borang Tuntutan oleh Doktor bertugas
- Semua laporan rawatan dan pemeriksaan yang berkaitan

#### Perbelanjaan Hospital:

- Penyata dan resit hospital yang asal
- Maklumat lengkap untuk Bahagian IV Borang Tuntutan oleh Doktor bertugas
- Semua laporan rawatan dan pemeriksaan yang berkaitan

#### Pampasan Mingguan

- Salinan Sijil Cuti Sakit ( MC )
- Maklumat lengkap untuk Bahagian IV Borang Tuntutan oleh Doktor bertugas.
- Salinan Laporan Polis ( jika kemalangan melibatkan kenderaan bermotor)
- Lesen Memandu, jika orang diinsuranskan memandu pada masa kemalangan.

#### Patah/ Retakan Tulang

- Laporan rawatan Patah/ Retakan Tulang oleh Doktor bertugas
- Semua laporan rawatan dan pemeriksaan yang berkaitan

#### Kematian Akibat Kemalangan:

- Laporan Polis, jika berkenaan
- Lesen memandu, jika Pihak yang Diinsuranskan adalah pemandu ketika kemalangan berlaku.
- Bukti dokumentar mengesahkan pihak yang diinsuranskan menanggung kehilangan upaya menyeluruh atau kekal
- Salinan sijil kematian-untuk tuntutan kematian sahaja
- Laporan bedah siasat -untuk tuntutan kematian sahaja

#### Penyakit Kritikal:

- Maklumat lengkap untuk Bahagian IV Borang Tuntutan oleh Doktor bertugas
- Semua laporan rawatan dan pemeriksaan berkenaan tuntutan penyakit kritikal yang berkaitan
- Laporan Histopatologi-untuk tuntutan kanser

Jika perbelanjaan rawatan telah dituntut dari Penanggung Insurans atau organisasi yang lain, sila sertakan surat penyelesaian tuntutan tersebut.

Jika penuntut adalah kanak-kanak, sila sertakan bukti hubungan seperti salinan sijil kelahiran.

## Bahagian II – Butir-butir Kecederaan / Penyakit / Kejadian

Tarikh dan masa berlaku kecederaan / penyakit / kejadian :				Tarikh rundingan pertama bersama doktor / hospital:			Jenis Kecederaan / Diagnosis penyakit / Kejadian:				
Hari	Bulan	Tahun	<input type="checkbox"/> Pagi <input type="checkbox"/> Petang	Hari	Bulan	Tahun					
<p>Dalam hal kecederaan, di mana dan bagaimana kemalangan berlaku ? Dalam hal penyakit, apakah tanda-tanda dan bila tanda-tandanya muncul?</p>											
Bahagian badan yang terjejas :				Nama doktor yang bertugas :			Alamat di mana pesakit dirawat :				
Nama saksi-saksi (Hanya untuk tuntutan kecederaan sahaja):				Alamat saksi-saksi (Hanya untuk tuntutan kecederaan sahaja) :				Nombor telefon saksi-saksi : (Hanya untuk tuntutan kecederaan sahaja)			
Adakah kecederaan disebabkan oleh pihak yang lain? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak				Jika ya, sila nyatakan nama, alamat dan nombor telefon pihak ketiga :							
Adakah kemalangan ini berlaku dalam perjalanan dan / atau ketika melakukan pekerjaan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak				Jika ya, sila nyatakan nama syarikat insurans untuk tuntutan pampasan perkerja dan nombor polisi			Tempoh cuti sakit diberi oleh doktor yang bertugas : Dari    Hari            Bulan            Tahun Ke      Hari              Bulan            Tahun				
Adakah anda perlu mendapatkan rawatan lanjutan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak				Jika ya, berapa lama rawatan lanjutan akan berlangsung?							

## Bahagian III- Pengisytiharan dan Pemberian Kebenaran

### PENGAKUAN SYARIKAT (untuk Polisi Insurans Berkelompok sahaja)

Saya mengesahkan bahawa \_\_\_\_\_ adalah kakitangan saya/kami efektif dari \_\_\_\_\_ dan sekarang ini memegang jawatan \_\_\_\_\_

Jika sudah tidak bekerja, sila nyatakan tarikh akhir bekerja:

		-			-				
Hari			Bulan			Tahun			

### PENGAKUAN SEKOLAH/TADIKA

Saya mengesahkan bahawa \_\_\_\_\_ adalah pelajar di sekolah/tadika saya/kami pada masa ini.

Tandatangan syarikat/sekolah/tadika yang disahkan  
(Sila letakkan cop syarikat/ sekolah/ tadika)

\_\_\_\_\_  
Nama/Gelaran

Tarikh Tandatangan

		-			-				
Hari			Bulan			Tahun			

### PENGAKUAN DAN PEMBERIKUASAAN

Saya/Kami dengan sungguh-sungguh mengakui bahawa setiap butir-butir yang diberikan disini adalah benar dan betul. Saya/Kami bersetuju bahawa jika saya/kami telah membuat, atau, dalam apa-apa pengakuan selanjutnya berkenaan dengan tuntutan sedemikian, membuat apa-apa pernyataan palsu atau penipuan atau menyekat, tidak mendedahkan, atau menyatakan walau apapun faktamaterail dengan palsu, tuntutan ini adalah terbatal dan segala hak berkaitan dengan tuntutan ini akan dilucuthak.

Saya/Kami dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana pakar perubatan, pengamal perubatan, hospital atau klinik yang telah memperhatikan atau merawat saya/anak jagaan saya, untuk memberikan butiran penuh tentang kesihatan saya / anak jagaan saya termasuk sejarah perubatan penuh saya/anak jagaan saya berkenaan dengan penginapan hospital/pembedahan ini kepada AIG Malaysia.

Saya /Kami mengaku dan mengesahkan bahawa semua maklumat yang diberikan adalah penuh ,lengkap,benar dan tepat. Saya dengan ini membenarkan AIG Malaysia untuk membuat pembayaran melalui kredit langsung atau GIRO ke Akaun Bank diatas. Saya selanjutnya memahami bahawa AIG Malaysia bergantung kepada maklumat diatas dengan arahan untuk membuat pembayaran. AIG Malaysia akan dibebaskan daripada semua liabiliti jika timbul apa-apa kerugian daripada pembayaran ini.

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Pihak Menuntut

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Pemegang Polisi/ Orang Yang Diinsuranskan dan Cop Syarikat

Tarikh  
Tandatangan

		-			-				
Hari			Bulan			Tahun			

Di mana terdapat konflik atau kekaburan berkenaan makna dalam peruntukan Bahasa Inggeris atau peruntukan Bahasa Malaysia, adalah dipersetujui bahawa versi Bahasa Inggeris akan mengatasi dan diikuti.

## Bahagian IV-Kenyataan Dari Doktor Yang Bertugas (Untuk Tuntutan Pendapatan Hospital, Perbelanjaan Hospital dan Penyakit Kritikal Sahaja)

Butir-Butir Pesakit		
Nama:	Umur:	No. Kad Pengenalan / No. Pasport :
Sejarah Perubatan Pesakit		
Tarikh dan masa berlaku kecederaan atau simptom-simptom mula muncul :	Tarikh rundingan pertama bersama anda :	Adakah pesakit dirujuk oleh doktor atau hospital yang lain?
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Hari</span> <span>Bulan</span> <span>Tahun</span> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Hari</span> <span>Bulan</span> <span>Tahun</span> </div>	Jika ya, sila nyatakan nama doktor atau hospital : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Diagnosis:		Tarikh rundingan pertama bersama doktor yang merujuk :
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Hari</span> <span>Bulan</span> <span>Tahun</span> </div>
Mengikut pengetahuan anda, pernahkah pesakit mengalami keadaan/kondisi atau simptom-simptom yang sama?		Adakah keadaan / kondisi disebabkan oleh penyakit lain?
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika ya, sila nyatakan tarikh dan keadaan/kondisi/simptom-simptom:		Jika ya, sila berikan butir-butiran: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Adakah diagnosis disebabkan atau berkenaan dengan mana-mana yang berikut?		
(a) Anomali kongenital? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	(e) Rabun atau pembetulan penglihatan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
(b) Keturunan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	(f) Pembedahan kosestik atau plastik? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
(c) Kehamilan atau kelahiran anak? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	(g) Pemeriksaan kesihatan rutin? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
(d) Dadah atau alkohol? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	(h) Gangguan mental atau saraf? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Nama of hospital :	Tarikh Masuk :	Tarikh Keluar :
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Hari</span> <span>Bulan</span> <span>Tahun</span> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Hari</span> <span>Bulan</span> <span>Tahun</span> </div>
Aduan sakit utama yang dialami oleh pesakit :		
Bagi kecederaan, adakah aduan pesakit disebabkan kemalangan tersebut? Jika tidak, adakah ia berkaitan dengan kemalangan sebelumnya atau lain-lain sebab? Sila berikan butir-butiran.		
Ringkasan pelepasan (termasuk rawatan, prosedur investigasi , keputusan, dan / atau apa-apa komplikasi dan rawatan susulan yang dirancang).		
Jika pembedahan dijalankan keatas pesakit, sila isikan ruang di bawah :		
Nama dan jenis prosedur :	Tarikh prosedur :	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Hari</span> <span>Bulan</span> <span>Tahun</span> </div>	
Pengakuan		
Saya mengesahkan bahawa kenyataan yang diberikan adalah benar dan betul mengikut pengetahuan saya.		
Tandatangan dan chop :	Nama doktor yang bertugas :	Tarikh :
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Hari</span> <span>Bulan</span> <span>Tahun</span> </div>
Kelayakan :	No.Telefon :	Hospital :