



## 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 pemprosesan 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: AIGMYCare@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 :		
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 : _____		Jumlah yang diinsuranskan : _____		
No. Polisi : _____		Jenis Polisi : _____		
Butir-butir Bank untuk E- pembayaran				
Nama Pemegang Akaun Bank (mesia 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 :		
Pemberitahuan akan dihantar ke alamat e-mel di atas				

### 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 dilisurankan 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 Dilisurankan adalah pemandu ketika kemalangan berlaku
- Bukti dokumentar mengesahkan pihak yang dilisurankan 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"/> Pagii/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?				Jika ya, sila nyatakan nama, alamat dan nombor telefon pihak ketiga :							
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak											
Adakah kemalangan ini berlaku dalam perjalanan dan / atau ketika melakukan pekerjaan?				Jika ya, sila nyatakan nama syarikat insurans untuk tuntutan pampasan pekerja dan nombor polisi				Tempoh cuti sakit diberi oleh doktor yang bertugas :			
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak								Dari    Hari      Bulan      Tahun Ke      Hari      Bulan      Tahun			
Adakah anda perlu mendapatkan rawatan lanjutan?				Jika ya, berapa lama rawatan lanjutan akan beransung?							
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak											

### 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 mengaku 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 pemyatan 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 keaburan 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)

Butir-Butir Pesakit		
Nama: K	Umur: A	No. Kad Pengenalan / No. Pasport : K
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?
Hari                      Bulan                      Tahun	Hari                      Bulan                      Tahun	Jika ya, sila nyatakan nama doktor atau hospital : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Diagnosis:		Tarikh rundingan pertama bersama doktor yang merujuk :  Hari                      Bulan                      Tahun
Mengikut pengetahuan anda, pernahkah pesakit mengalami keadaan/kondisi atau simptom-simtom 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/simtom-simtom:		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 komeslik 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 rulin? <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 :
K	<input checked="" type="checkbox"/> Hari                      Bulan                      Tahun	<input checked="" type="checkbox"/> Hari                      Bulan                      Tahun
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 :	
	Hari                      Bulan                      Tahun	
Pengakuan		
Saya mengesahkan bahawa kenyataan yang diberikan adalah benar dan betul mengikut pengetahuan saya.		
Tandatangan dan chop :	Nama doktor yang bertugas :	Tarikh :
		Hari                      Bulan                      Tahun
Kelayakan :	No. Telefon :	Hospital :



**E-PAYMENT SYSTEM via CREDIT or GIRO**  
 SISTEM E-PEMBAYARAN MELALUI CREDIT ATAU GIRO

No	Description <i>Penerangan</i>	Remarks <i>Keterangan</i>
1	Name of Account Holder <i>Nama Pemegang Akaun</i>	Must be the same as per name / company name registered with the bank. <i>Musti sama seperti nama / nama syarikat yang berdaftar dengan bank.</i>
2	NRIC or Passport or Company Registration Number <i>Nombor Kad Pengenalan atau Pasport atau Pendaftaran Syarikat</i>	NRIC (new) NRIC (old) Passport No. Business Registration No.
3	Policy Number <i>Nombor Polisi</i>	Policy number relating to this payment. <i>Nombor polisi berkenaan pembayaran ini.</i>
4	Telephone Number <i>Nombor Telefon</i>	Telephone number if contact is required. <i>Nombor telefon jika perlu dihubungi.</i>
5	Bank Account Number <i>Nombor Akaun Bank</i>	
6	Bank Name <i>Nama Bank</i>	
7	E-mail Address <i>Alamat E-mel</i>	Our bank will notify account holder once each remittance has been made. <i>Bank kami akan memaklumkan pemegang akaun setelah penghantaran wang telah dibuat.</i>

**BENEFITS OF E-PAYMENT: Faster, Convenient & Secure**  
**KELEBIHAN E-PEMBAYARAN: Lebih Cepat, Mudah & Selamat**

I/We declare and confirm that all information provided is full, complete, true and accurate. I/We have read and agreed to AIG Malaysia's Privacy Policy at <https://www.aig.my/privacy-notice>. If I/We are submitting information relating to another individual, I/We represent and warrant that I/We have the authority to provide that information to AIG and/or its service providers and the individual agrees and consents, that AIG and/or its service providers may collect, use and disclose his/her personal information in accordance with AIG's Privacy Notice. Saya/Kami mengaku dan mengesahkan bahawa semua maklumat yang diberikan adalah penuh, lengkap, benar dan tepat. Saya/kami telah membaca dan bersetuju dengan Polisi Privasi AIG Malaysia di <https://www.aig.my/privacy-notice>. Jika saya/kami memberikan maklumat bagi pihak individu lain, saya/kami mengesahkan bahawa saya/kami mempunyai kebenaran untuk memberikan maklumat individu tersebut kepada AIG dan/atau pembekal servis AIG, dan individu tersebut membenarkan AIG dan/atau pembekal servis AIG untuk mengambil, mengguna dan mendedah maklumat individu tersebut mengikut Nota Privasi AIG.

I/We hereby authorize AIG Malaysia Insurance Berhad to release payment via direct credit or GIRO to above Bank Account. I/We further understand that AIG Malaysia relies on the above information and instruction in order to make payment and in the event of any loss arising from this payment, AIG Malaysia is absolved from any or all liability. Saya/Kami dengan ini membenarkan AIG Malaysia Insurance Berhad untuk membuat pembayaran melalui kredit langsung atau GIRO ke Bank Akaun tertera di atas. Saya/Kami selanjutnya memahami bahawa AIG Malaysia bergantung kepada maklumat dan arahan di atas untuk membuat pembayaran dan AIG Malaysia akan dibebaskan daripada semua liabiliti jika timbul apa-apa kerugian daripada pembayaran ini.

Signature and/or Company Stamp :  
 Tandatangan dan/atau Cop Syarikat :

Name as per NRIC :  
 Nama Penuh seperti di dalam Kad Pengenalan :

Date :  
 Tarikh :

**SEKSYEN II - Untuk dipenuhi oleh Doktor yang merawat (DALAM HURUF BESAR) NO. MRN :**

PA

No. Polisi :

No. Timbuan :

NOTA : Utak dipecah oleh doktor yang merawat atas perbelanjaan pesakit sendiri.

**LAPURAN PERUBATAN**

Nama: _____ No. Ruj. Pesakit: _____ T/Kemalangan : _____		Unit: _____ Masa Kemalangan: _____		No. K/P: _____ Pekerjaan : _____ Tarikh mula jurupa doktor: _____	
1. Nama Doktor Rujukan: _____  Tarikh Rujukan: _____			Alamat Doktor Rujukan: _____		
2.(a) Nyatakan secara terperinci kemalangan seperti yang diberitahu oleh pesakit.			2.(b) Nyatakan secara terperinci jenis penyakit/kecederaan:  Adakah keadaan disebabkan oleh kehamilan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
3. (a) Adakah apa-apa kecederaan luaran yang dapat dilihat disebabkan oleh kemalangan ini? (b) Jika ya, nyatakan setakat mana had kecederaan termasuk tempat dan ciri-ciri lain yang dapat anda lihat.			3. (a) <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tiada (b) _____		
4. Adakah tanda-tanda yang dialami pesakit: (a) Disebabkan oleh kemalangan ini atau (b) Dikesan kepada penyakit atau apa-apa sebab lain?			4. (a) _____ (b) _____		
5. Adakah pesakit menghadapi sebarang penyakit, sekarang atau semasa berlakunya kemalangan? Jika ada, sila nyatakan jenis dan setakat mana, yang telah atau mungkin memperlambatkan tempoh pemulihan.			5. _____		
6. Rawatan yang telah diberikan termasuk rawatan awal (seperti jumlah jahitan, fisioterapi, balutan dan sebagainya): Tarikh _____ Masa _____ Rawatan _____  Jahitan dibuka pada: _____					
7. Nama dan alamat lain-lain doctor yang merawat pesakit ini untuk kecederaan yang sama: Nama _____ Alamat _____ Tarikh _____					
8. Adakah kecederaan tersebut memerlukan mana-mana seperti berikut: a) Masuk Wad <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak. Tarikh Masuk Wad: _____ Tarikh Keluar Wad: _____ b) Pembedahan <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak. Jenis Pembedahan dilakukan: _____ c) X-ray <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak. Sila kapilkan salinan report X-Ray. d) Prosedur atau rawatan diagnostik khas <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak. Jenis prosedur/ rawatan: _____ e) Adakah apa-apa pembatasan pergerakan mana-mana sendi pada hari terakhir rawatan, jika ya, sila berikan butir-butir. <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak					
9. Adakah pesakit mengalami apa-apa hilang daya upaya kekal dan menyekuruh / daya upaya kekal yang separa (hilang penggunaan/fungsi) akibat kejadian ini? <input type="checkbox"/> Tiada <input type="checkbox"/> Ya, 100% Hilang Daya Upaya Kekal & Menyekuruh <input type="checkbox"/> Ya, Hilang Daya Upaya Kekal & Separa sebanyak _____ % Tarikh akhir pemeriksaan semula: _____ Jika ya, nyatakan tarikh bermulanya hilang daya upaya kekal : _____ Nyatakan secara terperinci hilang daya upaya kekal tersebut: _____					
10. Adakah anda mempunyai sebab-sebab yang boleh dipercayai bahawa pesakit di atas adalah di bawah pengaruh alkohol/dadah pada waktu berlakunya kemalangan? _____					

Saya dengan ini memberikan pengesahan bahawa saya telah memeriksa dan merawat pesakit di atas bagi kecederaan yang dinyatakan di atas dan segala fakta-fakta yang dinyatakan di atas adalah pendapat perubatan saya yang bersabit dengan keadaan pesakit tersebut.

Nama: \_\_\_\_\_

Kelayakan : \_\_\_\_\_

No. Tel : \_\_\_\_\_

T/Tangan : \_\_\_\_\_

Tarikh: \_\_\_\_\_