AXA Affin General Insurance Berhad (23820-W)
Ground Floor Wisma Boustead
71 Jalan Raja Chulan 50200 Kuala Lumpur
☎ (603) 2170 8282
🖷 (603) 2170 8498
✉ healthservices@axa.com.my
🖳 www.axa.com.my

Health Claim Form

Policy No.:

You are to disclose to us, fully and faithfully all the facts which you know or ought to know, otherwise the claim submitted hereunder may be declined.

Instructions

To speed up the process, please (1) Complete this form, (2) Attached relevant supporting documents:

a) Original tax invoice & payment receipts with itemized hospital billing statement
b) Medical Report form completed by treating doctor

A. DETAILS OF INSURED

Name of Insured/Employee:		
NRIC/Passport/Birth Cert. No.:	Email:	Date of Birth: dd/mm/yy
Policyholder/Name of Employer:		Contact No.:

B. DETAILS OF PATIENT/CLAIMANT *(Please complete if different from insured person)*

Name of Patient/Claimant:	
NRIC/Passport/Birth Cert. No.:	Date of Birth: dd/mm/yy
Contact No.:	Occupation:

C. TYPE OF ILLNESS

Nature of illness:	Date symptoms first began: dd/mm/yy	Date first treated: dd/mm/yy

Has this condition been treated before? ☐ Yes ☐ No
(If yes, please provide doctor's name, contact number and address)

D. ACCIDENT

Date: dd/mm/yy	Time: hh/mm am/pm	Place:	Injuries sustained:

How it happened:

E. DETAILS OF OTHER INSURER

Name of Company	Policy No.	Amount of Benefit

F. E-PAYMENT

Please provide latest bank statement with the bank account details. Payment will be credited to your bank account as previously reported by you/your employer (for Group Health Policy). This section is only to be completed if you had not previously provided banking information to AXA GI, in order for us to expedite payment (if any) for this claim only. Kindly be advised that this Claim Form is not the appropriate avenue to report change of personal information. For change of personal information, kindly visit the closest AXA GI branch for further assistance)

***Upon receipt of full documents, AXA will revert with claim decision within 7 working days. Once approved, claim payment will be via direct credit within 3 working days.**
***Payment advice will be sent to your email. Please check if your email address is given in Section A.**

Name (as per bank account):		
Name of Bank :	Bank Account No.:	Bank SWIFT Code: (For foreign bank account only)

G. DECLARATION/CUSTOMER'S DATA PRIVACY NOTICE

I/We hereby declare that the above statements and facts are true. I/We hereby authorize any physician, clinic, hospital, insurance company or any organization, institutions or person to give you full particulars about my/the patient's health policy details, medical history and billing information. I/We further consent to the disclosure of all such medical information and records by you to any insurers, re-insurers, solicitors, my employer, agents/brokers and other third parties in connection with my insurance claims. A duplicate of this authorization shall be as effective and valid as the original.

AXA Affin General Insurance Berhad is committed to protect the personal data submitted by and collected from you. For further details, please refer to our "Data Privacy Notice" published in our website.

Signature of Claimant/ Insured:

Name of Claimant/ Insured:

NRIC/Passport/Birth Cert. No.:

Email:

Signature of Employer & Company's Stamp
For Group Health (Employee Benefits Claims) Only

Date:

H. MEDICAL REPORT (To be completed by the patient's physician or surgeon)

Note for hospital - To expedite settlement of the Claim, please answer all questions herein and attach all of your bills and/or receipts covering all hospital charges incurred during the confinement.

1. Name of patient:

2. NRIC/Passport/Birth Certificate No.: | 3.Sex: | 4. Age:

5. Name of hospital:

6. Date and time of admission: dd/mm/yy am/pm | 7. Date and time of discharge: dd/mm/yy am/pm

8. Reason for admission/symptoms:

9. Vital signs: Temperature: Pulse: TPR: BP

10. Provisional diagnosis: | 11. Date you were first consulted: dd/mm/yy

12. Have you seen this patient before for other problems? Yes ☐ No ☐
(If yes, please give date and type of problem)

13. Was this patient referred to you? Yes ☐ No ☐
(If yes, please provide doctor's name and address or the referral letter)

14. Has the patient ever had the same or similar condition or being informed of this condition before? Yes ☐ No ☐
(If yes, please state when)

15. Name and address of doctors previously consulted by the patient for the condition:

16. How long in your professional opinion has the condition existed? days months years

17. Final diagnosis/ICD Coding:

18. Cause and pathology (if applicable) for the above diagnosis:

19. Type of investigation and result:

20. Is this admission primarily for investigation? Yes ☐ No ☐

21. Treatment required:

22. Please state type of procedure performed:

Procedure type	Name of doctor	Reason for procedure done
(i)		
(ii)		

23. Other medical conditions or underlying disease present?

Medical condition	Since (dd/mm/yy)
(i)	
(ii)	

24. Insured's past medical history (if any):

25. Was the condition related to:

(a) Congenital/Hereditary ☐ Yes ☐ No
(b) Anxiety/Mental disorder ☐ Yes ☐ No
(c) Self-inflicted/Drugs or Alcohol abuse ☐ Yes ☐ No
(d) STD/AIDS/HIV ☐ Yes ☐ No
(e) Pregnancy/Childbirth or Infertility ☐ Yes ☐ No
(f) Cosmetic/Plastic surgery ☐ Yes ☐ No
(g) Routine health screening ☐ Yes ☐ No

26. Can this sickness or injury be treated as an:

(a) Outpatient basis? ☐ Yes ☐ No
(b) Day surgery basis? ☐ Yes ☐ No
(If no, please provide details)

27. Was the patient pregnant at the time of the hospitalisation? (For female patient only) ☐ Yes months ☐ No

28. Any possibility of a relapse? ☐ Yes ☐ No | 29. Is follow-up required? ☐ Yes ☐ No

30. If the hospitalisation was due to accident, please indicate:
Date: dd/mm/yy Time: am/pm
Nature of accident: Extent of injury:

31. Medication on discharge:

I hereby certify that the answers above are full, complete and true.

Date: dd/mm/yy Signature, name and address of physician:

AXA Affin General Insurance Berhad (23820-W)
Ground Floor Wisma Boustead
71 Jalan Raja Chulan 50200 Kuala Lumpur
☎ (603) 2170 8282
🖷 (603) 2170 8498
✉ healthservices@axa.com.my
🖳 www.axa.com.my

Borang Tuntutan Kesihatan

No. Polisi:

Anda adalah diminta menerangkan dengan penuh dan benar segala butir-butir yang anda tahu atau harus tahu kepada kami, jika tidak tuntutan yang dihantar akan ditolak.

Arahan

Untuk mempercepatkan proses, sila (1) Lengkapkan borang ini, (2) Lampirkan dokumen sokongan yang berkaitan:

a) Invois cukai & bayaran resit asal dengan penyata bil terperinci hospital
b) Borang Laporan Perubatan yang dilengkapkan oleh doktor yang merawat

A. BUTIRAN PIHAK DIINSURANSKAN

Nama Pihak Diinsuranskan/Pekerja:		
No. KP/Pasport:/Sijil Kelahiran:	Emel:	Tarikh Lahir: hh/bb/tt
Pemegang Polisi/Nama Majikan:		No. Tel:

B. BUTIRAN PESAKIT/PIHAK MENUNTUT *(Sila lengkapkan jika berlainan daripada pikak diinsuranskan)*

Nama Pesakit/Pihak Menuntut:	
No. KP/Pasport:/Sijil Kelahiran:	Tarikh Lahir: hh/bb/tt
No. Tel:	Pekerjaan:

C. JENIS PENYAKIT

Jenis Penyakit:	Tarikh bermula penyakit: hh/bb/tt	Tarikh permulaan rawatan: hh/bb/tt

Pernahkah keadaan tersebut diberikan rawatan sebelum ini? ☐ Ya ☐ Tidak
(Jika ya, berikan nama doktor dan alamat)

D. KEMALANGAN

Tarikh: hh/bb/tt	Masa: jj/mm am/pm	Tempat:	Kecederaan yang dialami:

Nyatakan bagaimana kemalangan berlaku:

E. BUTIRAN PENANGGUNG INSURANS LAIN

Nama Syarikat	No. Polisi	Jumlah Manfaat

F. E-BAYARAN

Sila kemukakan penyata bank terkini dengan butiran akaun bank. Pembayaran yang akan dikreditkan ke akaun bank anda adalah seperti yang telah dilaporkan oleh anda / majikan anda (untuk Polisi Kesihatan Berkelompok). Bahagian ini hanya perlu dilengkapkan jika anda tidak pernah memberikan sebarang maklumat perbankan kepada AXA GI, supaya kami dapat mempercepatkan pembayaran (jika ada) untuk tuntutan ini sahaja. Harap maklum bahawa Borang Tuntutan ini tidak boleh diguna pakai untuk melaporkan sebarang perubahan terhadap maklumat peribadi. Untuk sebarang perubahan maklumat peribadi, sila lawati cawangan AXA GI terdekat untuk bantuan lanjut)

***Apabila semua dokumen yang diperlukan diterima, AXA akan memberi keputusan tuntutan dalam tempoh 7 hari bekerja. Setelah diluluskan, pembayaran tuntutan akan melalui kredit terus dalam tempoh 3 hari bekerja.**

***Makluman pembayaran akan dihantar ke emel anda. Sila semak jika alamat emel anda diberikan dalam Bahagian A.**

Nama (seperti akaun bank):		
Nama Bank :	No. Akaun Bank:	SWIFT Kod Bank: (Untuk akaun bank asing sahaja)

G. PENGAKUAN/NOTIS PRIVASI DATA PELANGGAN

Saya/Kami dengan ini mengaku bahawa semua butiran yang diberi di atas adalah benar dan betul. Saya/Kami dengan ini memberi kebenaran kepada mana-mana doktor perubatan,klinik, hospital, syarikat insurans atau mana-mana organisasi, institusi atau pihak lain untuk memberikan anda butiran lengkap berhubung butiran polisi kesihatan, latarbelakang penuh perubatan dan maklumat pembayaran saya/pesakit (yang mana berkenaan). Saya/Kami seterusnya mengizinkan semua maklumat dan rekod perubatan didedahkan kepada mana-mana penanggung insurans, penanggung insurans semula, peguam cara, majikan saya, ejen/pengantara & pihak ketiga lain berkaitan dengan tuntutan insurans saya. Salinan kebenaran ini adalah berkuatkuasa dan sah sepertimana salinan asal.

AXA Affin General Insurance Berhad komited untuk melindungi maklumat peribadi yang dikemuka dan dikumpul daripada anda. Untuk maklumat lanjut, sila rujuk “Notis Privasi Data” yang terdapat di laman web kami.

Tandatangan Penuntut/Pemegang Polisi:

Nama Penuntut/Pemegang Polisi:

No. KP/ Pasport/ Sijil Kelahiran:

Emel:

Tandatangan Majikan & Cop Syarikat
Untuk Tuntutan Kesihatan Berkelompok (Manfaat Pekerja) Sahaja

Tarikh:

CLM0042 (10/18)

H. LAPORAN PERUBATAN (Laporan perubatan ini perlu dilengkapkan oleh doktor/pakar bedah yang merawat)

Nota untuk pihak hospital - Bagi mempercepatkan penyelesaian tuntutan ini, semua soalan di dalam ini mesti dijawab dan semua bil asal dan resit rasmi yang mencatatkan perbelanjaan rawatan hospital perlu disertakan bersama.

1. Nama pesakit:

2. No. Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Beranak: | 3. Jantina: | 4. Umur:

5. Nama hospital:

6. Tarikh dan masa masuk: hh/bb/tt am/pm | 7. Tarikh dan masa keluar: hh/bb/tt am/pm

8. Sebab kemasukan/simptom:

9. Tanda vital: Suhu: Nadi: TPR: BP

10. Diagnosis awal: | 11. Tarikh pertama kali anda memberi rawatan kepada pesakit: hh/bb/tt

12. Pernahkah anda berjumpa pesakit sebelum ini untuk masalah lain? Ya ☐ Tidak ☐
(Jika ya, sila beri tarikh dan jenis masalah)

13. Adakah pesakit dirujuk kepada anda? Ya ☐ Tidak ☐
(Jika ya, sila berikan nama doktor dan alamat atau surat rujukan)

14. Pernahkah pesakit mengalami keadaan yang sama atau hampir serupa atau diberitahu keadaan ini sebelum? Ya ☐ Tidak ☐
(Jika ya, sila nyatakan bila)

15. Nama dan alamat doktor yang lain yang merawat pesakit sebelum ini:

16. Berdasarkan pengetahuan profesional anda, berapa lamakah simptom tersebut wujud? hari bulan :ahun

17. Diagnosis terakhir/ICD Coding:

18. Sebab-sebab dan Patologi (yang mana berkaitan) untuk diagnosis tersebut:

19. Jenis rawatan dan pemeriksaan yang diperlukan:

20. Adakan kemasukan ini hanyalah semata-mata untuk pemeriksaan? Ya ☐ Tidak ☐

21. Rawatan yang diperlukan:

22. Sila nyatakan jenis prosedur yang dilakukan:

Jenis prosedur	Nama doktor	Sebab prosedur dilakukan
(i)		
(ii)		

23. Lain-lain keadaan perubatan atau penyakit yang wujud?

Keadaan perubatan	Sejak (hh/bb/tt)
(i)	
(ii)	

24. Sejarah perubatan pesakit (jika ada):

25. Adakah keadaan ini berkaitan dengan:

(a) Keadaan sejak lahir/Keturunan	☐ Ya	☐ Tidak	(e) Kehamilan/Melahirkan anak/Kemandulan	☐ Ya	☐ Tidak
(b) Kekhuatiran/Gangguan Mental	☐ Ya	☐ Tidak	(f) Pembedahan kosmetik/Plastik	☐ Ya	☐ Tidak
(c) Kecederaan diri sendiri/Penyalahgunaan dadah atau alkohol	☐ Ya	☐ Tidak	(g) Pemeriksaan kesihatan rutin	☐ Ya	☐ Tidak
(d) Jangkitan STD/AIDS/HIV	☐ Ya	☐ Tidak			

26. Bolehkah penyakit atau kecederaan tersebut dirawat sebagai:
(a) Rawatan pesakit luar? ☐ Ya ☐ Tidak (b) Pembedahan harian? ☐ Ya ☐ Tidak
(Jika tidak, sila nyatakan butiran)

27. Adakah pesakit sedang hamil ketika dimasukkan ke dalam hospital? (Untuk pesakit wanita sahaja) ☐ Ya bulan ☐ Tidak

28. Adakah kemungkinan penyakit tersebut kembali semula? ☐ Ya ☐ Tidak | 29. Adakah rawatan ulangan diperlukan? ☐ Ya ☐ Tidak

30. Jika pesakit dimasukkan ke hospital atas sebab kemalangan, sila beri maklumat di bawah:
Tarikh: hh/bb/tt Masa: am/pm
Keadaan kemalangan: Tahap kecederaan:

31. Ubat yang diberi semasa pesakit diizin keluar:

Saya, dengan ini mengesahkan bahawa maklumat di atas adalah lengkap, penuh dan benar.

Tarikh: hh/bb/tt Tandatangan, nama dan alamat doktor: