AIA Bhd. **(790895-D)**
(Formerly known as American International Assurance Bhd.)

Corporate Solutions Department
10th Floor, 84 Jalan Raja Chulan
P.O. Box 10846
50927 Kuala Lumpur
T : 03-2719 7818
F : 03-2715 7919

AIA.COM.MY

Claimant's Statement for Life/Accidental Death and Disablement/ Permanent Total and Partial Disability

IMPORTANT NOTE :	**CHECKLIST ON SUBMISSION OF CLAIM DOCUMENTS**
1. Please ensure that this claim form is fully completed before submission to avoid any delay in claim processing. 2. For processing of Critical Illness Claims, AIA may request for further medical report specific to the critical illness suffered (Please contact our Claim Department).	**ALL COPIES OF DOCUMENTS MUST BE CERTIFIED TRUE COPY (CTC).** ☐ DISABILITY CLAIM 1. Completed Claimant's Statement by the Employer 2. Completed Attending Physician's Report 3. CTC of Insured's IC 4. CTC of Police Report (accidental causes only) 5. CTC of medical boarded out letter from Doctor and Employer 6. CTC of Employment Letter 7. CTC of last 3 months pay slips ☐ DEATH CLAIM 1. Completed Claimant's Statement by the Employer 2. CTC of Death Certificate / Burial Permit 3. CTC of Deceased's IC 4. CTC of Police and Post Mortem Report (accidental causes only) 5. CTC of Employment Letter 6. CTC of last 3 months pay slips

To be completed by Claimant

In what capacity do you claim this insurance?
☐ Employer ☐ Beneficiary

Name of Employer / Beneficiary

Information of Employee/Insured

Full name of Employee/Insured (as shown on IC/Passport/Army IC)

New NRIC No

Policy Number

Date of Birth d d / m m / y y y y

Policy Plan _____

Occupation _____

Staff ID Number

Life Insurance Amount Covered by Other Companies

Names of Insurance Companies	Policy No.	Effective Date (dd/mm/yyyy)	Amount of Benefits(RM)
1.			
2.			
3.			

Please ☒ check the appropriate box and complete the relevant section.

☐ Disability Claim

Nature of Illness or Injury (please state exact diagnosis) which has caused the Insured to cease work _____

Date first absent from work d d / m m / y y y y

Current Salary

Date of disability, illness or injury first occurred or was first diagnosed d d / m m / y y y y

First treated d d / m m / y y y y

Additional information if disability was due to an accident

Please provide details of the accident

Date d d / m m / y y y y Time _____ ☐ am ☐ pm Place _____

State how the accident occurred _____

Names and addresses of doctors who will be able to provide more information on the Insured' condition and treatments.

Name of Doctor	Clinic/Hospital Name	Address
1.		
2.		
3.		

Has the Insured previously sought any treatment for the disability which he/she is now claiming? ☐ Yes ☐ No

If 'Yes', please give details of treatment _____

Name of Doctor _____ Date of Treatment d d / m m / y y y y

Address of Clinic/Hospital _____

We hereby declare that the statement(s) given are true and complete, that this Employee has not at any time returned to work since the date shown as first absent and that the sole reason for this absence has been the incapacity specified in the medical report.

For and on behalf of:

Name

Designation _____

New NRIC No. Date d d / m m / y y y y

Signature _____ Company Stamp _____

☐ Death Claim

Cause of death _____

Please state date, time & place of death Date d d / m m / y y y y Time _____ ☐ am ☐ pm Place _____

Last Drawn Salary - Monthly Rated Daily Rated

The undersigned hereby gives notice of the death of the Deceased and makes claim for the said insurance to AIA Bhd. and agrees that the written statements and affidavits of all the physicians/doctors who attended or treated the deceased and all other papers called for by the instructions hereon shall constitute and be made part of the proof of death.

Name

Designation _____

New NRIC No. Date d d / m m / y y y y

Signature _____ Company Stamp _____

AIA Bhd. **(790895-D)**
(Formerly known as American International Assurance Bhd.)

Corporate Solutions Department
10th Floor, 84 Jalan Raja Chulan
P.O. Box 10846
50927 Kuala Lumpur
T : 03-2719 7818
F : 03-2715 7919

AIA.COM.MY

Borang Penyata Penuntut bagi Hayat/Kematian disebabkan oleh Kemalangan/ Kehilangan Upaya Kekal/Sementara

NOTA PENTING :

1. Sila pastikan bahawa borang tuntutan dilengkapkan dengan sepenuhnya sebelum penyerahan bagi mengelakkan kelewatan dalam pemprosesan.
2. Bagi pemprosesan Tuntutan Penyakit Kritikal, AIA mungkin akan meminta laporan perubatan yang terperinci bagi penyakit yang dihidapi (Sila hubungi Jabatan Tuntutan kami).

SENARAI SEMAK BAGI PENYERAHAN DOKUMEN-DOKUMEN TUNTUTAN

KESEMUA SALINAN DOKUMEN HENDAKLAH DISAHKAN SEBAGAI SALINAN YANG SAH (SYS)

☐ TUNTUTAN KEHILANGAN UPAYA

1. Borang Penyata Penuntut yang dilengkapkan oleh Majikan
2. Laporan lengkap daripada Doktor yang Merawat
3. SYS Kad Pengenalan (KP) Orang yang Diinsuranskan
4. SYS Laporan Polis (disebabkan oleh kemalangan sahaja)
5. SYS surat pengesahan ketidakmampuan bekerja yang disebabkan oleh penyakit daripada Doktor dan Majikan.
6. SYS Surat Penerimaan Bekerja
7. SYS slip gaji bagi 3 bulan terakhir

☐ TUNTUTAN KEMATIAN

1. Borang Penyata Penuntut yang dilengkapkan oleh Majikan
2. SYS Sijil Kematian / Permit Penguburan
3. SYS Kad Pengenalan (KP) Si Mati
4. SYS Laporan Polis dan Laporan Bedah Siasat (disebabkan oleh kemalangan sahaja)
5. SYS sah Surat Penerimaan Bekerja
6. SYS slip gaji bagi 3 bulan terakhir

Diisi oleh Pihak Yang Menuntut

Di dalam kapasiti yang manakah anda ingin membuat tuntutan insurans ini?
☐ Majikan ☐ Penerima Harta

Nama Majikan/Penerima Harta

Maklumat Pekerja/Ahli yang Diinsuranskan

Nama penuh Pekerja/Ahli yang Diinsuranskan (seperti yang tertera di dalam KP/Pasport/KP Tentera)

No K/P Baru

Nombor Polisi

Tarikh Lahir d d / m m / y y y y

Pelan Polisi _____

Pekerjaan _____

Nombor Pekerja

Amaun Insurans Hayat yang Diinsuranskan oleh Syarikat Lain

Nama Syarikat Insurans	No. Polisi	Tarikh Berkuatkuasa (hh/bb/tttt)	Amaun Faedah(RM)
1.			
2.			
3.			

Sila tandakan ☒ pada kotak yang sesuai dan lengkapkan bahagian yang berkaitan.

☐ Tuntutan Kehilangan Upaya/Penyakit Kritikal

Jenis Penyakit atau Kecederaan (sila nyatakan penyakit yang sebenar) yang mana telah menyebabkan Ahli yang Diinsuranskan berhenti bekerja _____

Tarikh mula tidak hadir bekerja h h / b b / t t t t

Gaji Semasa .

Tarikh mula kehilangan upaya, sakit / kecederaan itu berlaku / mula didiagnosis h h / b b / t t t t

Tarikh Rawatan Pertama h h / b b / t t t t

Sila lengkapkan jika hilang upaya disebabkan kemalangan

Sila nyatakan butir-butir kemalangan (jika perlu)

Tarikh h h / b b / t t t t Masa _____ ☐ pg ☐ ptg Tempat _____

Nyatakan bagaimana kemalangan itu berlaku

_____

_____

_____

Nama dan alamat semua doktor yang boleh memberikan maklumat yang terperinci bagi keadaan dan rawatan Ahli yang Diinsuranskan.

Nama Doktor	Nama Klinik / Hospital	Alamat
1.		
2.		
3.		

Adakah anda sebelum ini pernah menerima sebarang rawatan bagi kehilangan upaya yang sedang anda tuntut sekarang? ☐ Ya ☐ Tidak

Jika 'Ya', sila berikan butiran rawatan

_____

_____

_____

Nama Doktor _____ Tarikh Rawatan h h / b b / t t t t

Alamat Klinik/Hospital _____

_____

Kami dengan ini mengesahkan bahawa semua kenyataan yang diberi adalah benar dan lengkap, bahawa pekerja ini tidak pada bila-bila masa kembali bekerja semenjak tarikh mula beliau tidak hadir bekerja dan alasan kukuh bagi ketidakhadiran beliau ialah ketidakmampuan bekerja seperti yang dinyatakan di dalam laporan perubatan

Untuk dan bagi pihak:

Nama

Jawatan _____

Nombor KP Baru Tarikh h h / b b / t t t t

Tandatangan _____ Cop Majikan _____

☐ Tuntutan Kematian

Sebab Kematian _____

_____

Sila nyatakan tarikh, masa & tempat kematian

Tarikh h h / b b / t t t t Masa _____ ☐ pg ☐ ptg Tempat _____

Gaji Terakhir – Kadar Bulanan Kadar Harian

Dengan ini dimaklumkan bahawa pihak yang menurunkan tandatangan di bawah ini telah memberikan notis kematian simati dan membuat tuntutan pampasan kepada AIA Bhd. dan bersetuju bahawa semua kenyataan bertulis dan affidavit bagi semua doktor yang pernah merawat simati dan lain-lain dokumen bersurat yang telah diperolehi adalah kandungan atau sebahagian bukti kematian.

Nama

Jawatan _____

Nombor KP Baru Tarikh h h / b b / t T T t

Tandatangan _____ Cop Majikan _____