



redefining / standards

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

Statement of Claim

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.

We are 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.

A. DETAILS OF INSURED

1. Company's Name (if applicable):	
2. Name of Insured Person/Employee:	
3. NRIC/Passport No.:	4. Contact No.:
5. Policy No.:	6. Email:

B. DETAILS OF CLAIMANT/PATIENT

1. Name of Claimant/Patient:		
2. NRIC/Passport/Birth Cert. No.:	3. Contact No.:	
4. Claimant is: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child	5. Marital status:	6. Occupation:
7. Employer and address:		

C. ACCIDENT (Please complete if applicable)

1. Date: dd/mm/yy	2. Time: am/pm	3. Place:	4. At work: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. State how it happened:			
6. Nature and extent of injury sustained:			

D. SICKNESS (Please complete if applicable)

1. Nature of illness:	
2. Date symptoms first began: dd/mm/yy	3. Date first treated: dd/mm/yy
4. Has this condition been treated previously? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (If yes, please provide doctor's name, contact number and address)	

E. OTHER INFORMATION (Must be fully completed)

1. Give details of other health/medical insurance cover (if any):
2. Claim payment in favour of? (Please specify the name of Payee)
<input type="checkbox"/> Policyholder/Employer _____
<input type="checkbox"/> Insured Person/Employee/claimant _____

F. INSURED'S BANK DETAILS

Name (as per bank account):	NRIC/Passport/Birth Cert. No.:
Bank Account No.:	Email:
Name of Bank:	Bank SWIFT Code:
Bank Branch/Address:	

G. CLAIMANT'S DECLARATION/AUTHORISATION TO RELEASE INFORMATION

I confirm I am the patient, patient's parent or guardian (wherever applicable) and wish to claim and declare that all the particulars given above are to the best of my knowledge true and correct. I hereby authorise any physician, hospital, clinic, insurance company or any organisation, institutions or person to give full particulars about my/the patient's (wherever applicable) health policy details, whole medical history and billing information to AXA Affin General Insurance Berhad. I further consent to the disclosure of all such medical information & records by AXA Affin General Insurance Berhad to any insurers, re-insurers, solicitors, my employer, agents/brokers & other third parties in connection with my insurance claims. A duplicate of this authorisation shall be as effective and valid as the original.

Signature of Insured Person/Claimant: _____ Name: _____ Date: dd/mm/yy

H. TO BE COMPLETED BY EMPLOYER (Please complete if applicable)

_____	dd/mm/yy	_____
Signature of Employer	Date	Company's Name and Stamp

CLM0042 (09/14)

I. 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (If yes, please give date and type of problem)		
13. Was this patient referred to you? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
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 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	(e) Pregnancy/Childbirth or Infertility <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
(b) Anxiety/Mental disorder <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	(f) Cosmetic/Plastic surgery <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
(c) Self-inflicted/Drugs or Alcohol abuse <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	(g) Routine health screening <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
(d) STD/AIDS/HIV <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
26. Can this sickness or injury be treated as an:		
(a) Outpatient basis? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	(b) Day surgery basis? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
(If no, please provide details)		
27. Was the patient pregnant at the time of the hospitalisation? (For female patient only) <input type="checkbox"/> Yes _____ months <input type="checkbox"/> No		
28. Any possibility of a relapse? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	29. Is follow-up required? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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:	



redefining / standards

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

Kenyataan Tuntutan

Anda adalah diminta menerangkan dengan penuh dan benar segala butir-butir yang anda tahu atau harus tahu di atas cadangan insurans ini, jika tidak tuntutan yang dikeluarkan akan ditolak. Kami 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.

A. BUTIRAN PIHAK DIINSURANSKAN

1. Nama Syarikat (jika berkenaan):	
2. Nama Pihak Diinsuranskan/Pekerja:	
3. No. KP/Pasport:	4. No. Tel:
5. No. Polisi:	6. Emel:

B. BUTIRAN PIHAK MENUNTUT/PESAKIT

1. Nama Pihak Menuntut/Pesakit:		
2. No. KP/Pasport/Sijil Beranak:	3. No. Tel:	
4. Pihak Menuntut adalah: <input type="checkbox"/> Sendiri <input type="checkbox"/> Suami/Isteri <input type="checkbox"/> Anak	5. Status Perkahwinan:	6. Pekerjaan:
7. Majikan dan Alamat:		

C. KEMALANGAN (Sila lengkapkan jika berkenaan)

1. Tarikh: hh/bb/tt	2. Masa: am/pm	3. Tempat:	4. Ketika bekerja: Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
5. Nyatakan bagaimana kemalangan berlaku:			
6. Kecederaan yang dialami:			

D. PENYAKIT (Sila lengkapkan jika berkenaan)

1. Jenis penyakit:	
2. Tarikh bermula penyakit: hh/bb/tt	3. Tarikh permulaan rawatan: hh/bb/tt
4. Pernahkah keadaan tersebut diberikan rawatan sebelum ini? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> (Jika ya, berikan nama doktor dan alamat)	

E. LAIN-LAIN MAKLUMAT (Mesti dijawab dengan lengkap)

1. Sila nyatakan butiran lain yang berkaitan dengan perlindungan insurans kesihatan/perubatan, jika ada:
2. Pembayaran tuntutan kepada: (Sila nyatakan nama penerima) <input type="checkbox"/> Pemegang policy/Majikan _____ <input type="checkbox"/> Pihak diinsuranskan/Pekerja/Pihak menuntut _____

F. BUTIRAN BANK PIHAK DIINSURANSKAN

Nama (seperti akaun bank):	No. KP/Pasport/Sijil Beranak:
No. Akaun Bank:	Emel:
Nama Bank:	SWIFT Kod Bank:
Cawangan Bank/Alamat:	

G. PENGAKUAN/KEBENARAN PIHAK MENUNTUT UNTUK MEMBERI MAKLUMAT

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

Tandatangan Pihak Diinsuranskan/Pihak Menuntut: _____ Nama: _____ Tarikh: hh/bb/tt

H. DILENGKAPKAN OLEH MAJIKAN (Sila lengkapkan jika berkenaan)

_____	_____	_____
Tandatangan Majikan	Tarikh	Nama dan Cop Syarikat

I. 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 <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> (Jika ya, sila beri tarikh dan jenis masalah)		
13. Adakah pesakit dirujuk kepada anda? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> (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 _____ tahun		
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 <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>		
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	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	(e) Kehamilan/Melahirkan anak/Kemandulan
(b) Kekhawatiran/Gangguan Mental	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	(f) Pembedahan kosmetik/Plastik
(c) Kecederaan diri sendiri/Penyalahgunaan dadah atau alkohol	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	(g) Pemeriksaan kesihatan rutin
(d) Jangkitan STD/AIDS/HIV	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
26. Bolehkah penyakit atau kecederaan tersebut dirawat sebagai:		
(a) Rawatan pesakit luar? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	(b) Pembedahan harian? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
(Jika tidak, sila nyatakan butiran)		
27. Adakah pesakit sedang hamil ketika dimasukkan ke dalam hospital? (Untuk pesakit wanita sahaja) <input type="checkbox"/> Ya _____ bulan <input type="checkbox"/> Tidak		
28. Adakah kemungkinan penyakit tersebut kembali semula? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	29. Adakah rawatan ulangan diperlukan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> 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:	