

## Group Outpatient Claim / Tuntutan Pesakit Luar Kumpulan

(Claimant's Statement / Penyata Pihak Menuntut)

### Particular of Policy Holder / Butir-butir Pemunya Polisi

Policy No. / No. Polisi : \_\_\_\_\_ Policy Holder / Pemunya Polisi : \_\_\_\_\_

Address of Policy Holder / Alamat Pemunya Polisi : \_\_\_\_\_

### Payment Details / Butir-butir Pembayaran (Mandatory To Be Completed / Wajib Diisikan)

Payment payable to / Bayaran kepada:  Employer / Majikan  Employee / Pekerja

All eligible and admissible claim payment shall be credited into the Bank Account No. stated in the E-Payment (Direct Credit) Authorisation Form. Payment will be credited into your bank account within 3 working days from claim approval date. Failure to provide us with the correct account no. will result in a delay in claim payment. You shall submit a fresh copy of E-Payment (Direct Credit) Authorisation Form to us if there is any change to your bank account details. / Segala pembayaran tuntutan yang layak dan dapat diterima akan dikreditkan ke dalam No. Akaun Bank yang tertulis di dalam Borang Kebenaran E-Pembayaran (Kredit Terus). Pembayaran akan dikreditkan ke dalam akaun bank anda di dalam masa 5 hari bekerja bermula daripada tarikh tuntutan diluluskan. Kegagalan memberikan nombor akaun yang betul kepada kami akan menyebabkan kelewatan di dalam pembayaran tuntutan. Anda boleh menghantar salinan terbaru Borang Kebenaran E-Pembayaran (Kredit Terus) kepada kami sekiranya terdapat sebarang perubahan pada butir-butir akaun bank anda.

### Particulars of Employee / Butir-butir Pekerja (Mandatory To Be Completed / Wajib Diisikan)

Name of Employee (same as NRIC) / Nama pekerja (sama dengan KP) :

NRIC No. / No. KP (Baru) : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Old IC No. / No. KP (Lama) : \_\_\_\_\_ Age / Umur : \_\_\_\_\_

Passport No. / No Pasport : \_\_\_\_\_ Gender / Jantina :  Male / Lelaki  Female / Perempuan

Tel. No. / No. Tel. : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Mobile Phone No. / No. Tel. Bimbit : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-mail / Emel : \_\_\_\_\_

Correspondence Address / Alamat Surat-Menyurat :

Postcode / Poskod : \_\_\_\_\_

### Particulars of Dependent (if patient is not Employee) / Butir-butir Pihak Tanggungan (jika pesakit bukan Pekerja)

Name of Dependent (same as NRIC) / Nama pihak Tanggungan (sama dengan KP) :

NRIC No. / No. KP (Baru) : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Old IC No. / No. KP (Lama) : \_\_\_\_\_

Passport No. / No Pasport : \_\_\_\_\_

Gender / Jantina :  Male / Lelaki  Female / Perempuan Age / Umur : \_\_\_\_\_

Relationship with Life Assured / Hubungan dengan Orang Diinsuranskan :  Spouse / Pasangan  Child / Anak

Is dependent employed? / Apakah tanggungan bekerja :  No / Tidak  Yes / Ya

### GP Claim / Tuntuan GP

Document checklist:

1. Original receipt / Resit asal 2. Details of charges (for bill above RM75) / Caj terperinci (untuk bil melebihi RM75)

Panel GP / Klinik Panel

Non-Panel GP / Klinik Bukan Panel

Pap Smear Examination / Ujian Pap Smear

Reason(s) for seeking treatment at Non-Panel GP / Sebab-sebab menerima lawatan di klinik bukan panel:

### Specialist Claim / Tuntutan Pakar

Document checklist:

1. Original receipt / Resit asal 2. Original Final Tax Invoice/Detailed Itemized Bill / Salinan Asal Inbois Cukai/Bil Terperinci Tearakhir  
3. Referral Letter / Salinan Surat Rujukan 4. Follow up Appointment Card / Kad Temujanji

Paediatrician Claim / Tuntutan Pakar kanak-Kanak

#### Head Office :

Level 29, Menara Allianz Sentral, 203, Jalan Tun Sambanthan, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.

Tel : +603-2264 1188 / 2264 0688 Fax : +603-2264 8440 (LHC) allianz.com.my [facebook.com/allianzmalaysia](https://www.facebook.com/allianzmalaysia)

#### Customer Service Centre :

Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.

Toll Free : 1-300-22-5542 Tel : +603-2264 0700 Fax : +603-2264 8499 Email : customer.service@allianz.com.my



OTS001

Service & Treatment Information / *Maklumat Servis & Rawatan* (Please complete this section / *Sila lengkapkan bahagian ini*)

Date of Visit / *Tarikh Lawatan* : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (dd/mm/yyyy / hh/bb/tttt)      Time of Visit / *Masa Lawatan* : \_\_\_\_\_ a.m/p. m. / *pagi/petang*

Diagnosis/Reason (s) for Visit / *Diagnosis/Sebab-sebab lawatan* (Please complete this section / *Sila lengkapkan bahagian ini*)

General Illness / *Penyakit Umum*

- Diarrhoea/Vomiting/Food Poisoning / *Cirit-birit/Muntah-muntah/Keracunan Makanan*
- Cuts/Soft Tissue Injury/Scalding / *Luka/Kecederaan Tisu/Melecur*
- Abdominal Pain / *Sakit Perut*
- Eye Disorder / *Sakit mata*
- Headache/Migraine / *Sakit Kepala/Migraine*
- Sinusitis / *Sinusitis*
- URTI / *Jangkitan Saluran Pernafasan*

- Due to sickness / *Disebabkan Penyakit*
- Backache/Body Ache/Joint Ache / *Sakit Tulang Belakang/Sakit Badan/Sakit Sendi*
- Ear/Nose/Throat Disorder / *Sakit Telinga/Hidung/Tekak*
- Dysmenorrhoea / *Senggugut*
- Fracture/Sprain / *Patah/Terseliuh*
- Piles/Haemorrhoid / *Piles/Buasir*
- Tonsillitis/Pharyngitis / *Tonsilitis/Sakit Tekak*
- Vertigo/Giddiness / *Vertigo/Pening*

- Due to Accident / *Disebabkan Kemalangan*
- Bronchitis/Pneumonia / *Bronkitis/Jangkitan Paru-paru*
- Flu/Cough/Cold/Fever / *Selsema/Batuk/Demam*
- Eczema/Dermatitis / *Ekzema/Dermatitis*
- Gastritis / *Gastrik*
- Rashes/Urticaria / *Ruam/Urtikaria*
- Urinary Tract Infection / *Jangkitan Saluran Kencing*
- Others (Please specify) / *Lain-lain (Sila Nyatakan)* : \_\_\_\_\_

Long Term Illness / *Penyakit Jangka Panjang*

- Arthritis / *Sakit Sendi*
- Cerebrovascular Accident / *Kecederaan Otak*
- Gout / *Gaut*
- Parkinson / *Parkinson*
- Thyroid Disease / *Tiroid*

- Asthma / *Asma*
- Diabetes Mellitus / *Kencing manis*
- Hyperlipidaemia / *Kolesterol Tinggi*
- Peptic Ulcer / *Rahang Usus*
- Others (Please specify) / *Lain-lain (Sila Nyatakan)* : \_\_\_\_\_

- Coronary Heart Disease / *Sakit Jantung*
- Epilepsy / *Sawan*
- Hypertension / *Darah Tinggi*
- Psoriasis / *Penyakit Kulit*

Child Immunization / *Imunisasi Kanak-kanak*

Panel GP / *Klinik Panel*

Paediatrician / *Pakar Kanak-Kanak*

Name of Immunisation / <i>Nama Imunisasi</i>	Claim Amount (RM) / <i>Amaun Yang Dituntut (RM)</i>

Dental Claim / *Tuntutan Pergigian*

Document checklist:

1. Original receipt / *Resit asal*      2. Diagnosis / *Diagnosis*      3. Details of Charges / *Bil Terperinci*

	RM		RM
Consultation / <i>Perundingan</i>		Extraction / <i>Pencabutan</i>	
Filling / <i>Tampalan</i>		Scaling/Polishing / <i>Mengikis/Membersih</i>	
X-ray / <i>X-ray</i>		Medicine / <i>Ubat-ubatan</i>	
Others / <i>Lain-lain</i>			

Payment Method/ *Kaedah Pembayaran* (for Employee Only/ *Untuk Pekerja Sahaja*)

If you have not submitted E-payment Authorization form before, please complete the following:  
 Jika anda tidak pernah menghantar Borang Kebenaran E-Bayaran, sila lengkapkan seperti dibawah:

Direct Credit Account (E-payment) / *Akaun Kredit Terus (E-Pembayaran)*

Please enclose the following documents / *Sila kemukakan dokumen seperti dibawah:*

- A copy of NRIC/passport / *Salinan Kad Pengenalan/Pasport*
- A copy of bank statement/first page of bank account passbook with account details / *Salinan Penyata bank atau halaman pertama buku akaun bank anda*

Account Holder's Authorization / *Kebenaran Pemegang Akaun*

I hereby request and authorize ALLIANZ LIFE INSURANCE MALAYSIA BERHAD (ALIM) to direct credit the payment which is payable to me pursuant to this application into my bank account stated below. I agree that this request is governed by the Terms and Conditions as specified below / *Saya dengan ini memohon dan bersetuju untuk ALLIANZ LIFE INSURANCE MALAYSIA BERHAD (ALIM) mengkreditkan bayaran yang akan dibayar kepada saya berikutan permohonan ini ke dalam akaun saya yang dinyatakan bawah. Saya bersetuju bahawa permohonan ini adalah tertakluk kepada Terma dan Syarat yang dinyatakan di bawah.*

Bank Name / <i>Nama Bank</i>		Bank Account Holder's Full Name / <i>Nama Pemegang Akaun Bank</i>	
Bank Account No. / <i>No. Akaun Bank</i>		Account Type / <i>Jenis Akaun</i>	

**Terms & Conditions / Terma & Syarat:**

1. This option is to facilitate payment to be credited to your bank account directly ("Direct Credit") as the employee of the Policy as stated herein / Opsyen ini adalah untuk memudahkan pembayaran secara langsung ke akaun bank anda ("Kredit Langsung") sebagai pekerja seperti yang dinyatakan di sini.
2. Direct Credit is only available for direct credit to banks participating in the Interbank Giro Payment System (IBG) and not allowed for / Kredit langsung hanya disediakan untuk bank-bank yang mengambil bahagian dalam sistem pembayaran antara bank Giro (IBG) dan tidak dibenarkan untuk:
  - a. Overseas bank account / Akaun bank di luar negara;
  - b. Corporate bank account (for keyman policy, mortgage reducing term assurance policy) / Akaun bank korporat (untuk polisi Keyman, dasar jaminan jangka gadai janji);
  - c. Any local bank account not in the name of the Employee as stated in this form / Mana-mana akaun bank tempatan yang bukan atas nama pekerja seperti yang dinyatakan dalam borang ini.
  - d. Any joint bank account unless the Employee is the primary joint account holder / Mana-mana akaun bersama melainkan pekerja adalah pemegang akaun utama.
3. You are responsible for the accuracy of information provided in this form and ALIM shall not be held liable for any damages, losses, claims, costs, expenses and/or delay suffered by you due to incomplete or incorrect information provided by me in this form / Anda bertanggungjawab ke atas ketepatan maklumat yang diberikan dalam borang ini dan ALIM tidak akan bertanggungjawab ke atas sebarang kerosakan, kerugian, tuntutan, perbelanjaan dan/atau kelewatan yang anda alami disebabkan oleh maklumat yang tidak lengkap atau tidak betul yang diberikan oleh anda dalam borang ini.
4. The payment into the account provided herein shall be a valid discharge of ALIM's liability under the Policy / Pembayaran ke dalam akaun yang diberikan dalam borang ini adalah pelepasan liabiliti ALIM yang sah di bawah Polisi.
5. You shall immediately refund to ALIM in full any monies paid which you are not entitled to receive / Anda akan dengan segera membayar balik kepada ALIM sepenuhnya apa-apa wang yang dibayar yang anda tidak berhak terima.
6. You shall indemnify ALIM for any damages, losses, claims, costs and/or expenses incurred by ALIM arising from or in connection with payments made in accordance with your instructions herein / Anda akan menanggung rugi ALIM bagi apa-apa kerosakan, kerugian, tuntutan, kos dan/atau perbelanjaan yang ditanggung oleh ALIM yang timbul daripada atau berkaitan dengan pembayaran yang dibuat mengikut arahan saya di sini.
7. ALIM reserves the right to release payment by cheque if ALIM deems fit / ALIM berhak untuk melepaskan pembayaran melalui cek sekiranya ALIM anggap bersesuaian.
8. The information provided herein may be disclosed to relevant third parties for the purpose of this form and in compliance with any legal or regulatory requirements / Maklumat yang diberikan di sini boleh didedahkan kepada pihak ketiga yang berkaitan untuk tujuan borang ini dan untuk mematuhi undang-undang atau peraturan.

**Declaration & Authorisation by Life Assured/Policy Owner/Claimant / Pengisytiharan & Kebenaran oleh Orang Diinsuranskan/Pemunya Polisi/Pihak Menuntut**

I/We declare that the information given in this form is true and correct. I/We agree that the written statement of all the physicians who attended to or treated the Life Assured, and all documents furnished shall constitute proofs in support of this claim and agree that the furnishing of this form or any other forms supplemental to that or any enquiry or investigation by Allianz Life Insurance Malaysia shall not be considered as an admission of liability by the Company. I/We further consent to release of any and all information to the Company or its representative by any physician, hospital, clinic or insurance company or other organizations, institutions or persons that have knowledge of the Life Assured or records in respect of, including but not limited to, the Life Assured's health, employment records or claims history for the purpose of the Company assessing this claim.

Saya/Kami mengaku bahawa maklumat yang diberikan dalam borang ini adalah benar dan betul. Saya/Kami bersetuju bahawa kenyataan bertulis daripada semua pakar perubatan yang merawat atau memeriksa Orang yang Diinsuranskan, dan semua dokumen yang dikemukakan hendaklah menjadi bukti-bukti untuk menyokong tuntutan ini dan bersetuju bahawa pemberian borang ini atau apa-apa bentuk lain tambahan kepada itu atau mana-mana pertanyaan atau penyiasatan oleh Allianz Life Insurance Malaysia tidak boleh dianggap sebagai pengakuan liabiliti oleh Syarikat. Saya/kami membenarkan untuk melepaskan mana-mana dan semua maklumat kepada Syarikat atau wakilnya oleh mana-mana doktor, hospital, klinik atau syarikat insurans atau lain-lain organisasi, institusi atau orang-orang yang mempunyai pengetahuan yang Diinsuranskan atau rekod berkenaan dengan, termasuk tetapi tidak terhad kepada, Hayat Diinsuranskan kesihatan, rekod pekerjaan atau tuntutan sejarah bagi tujuan Syarikat menilai tuntutan ini.

Signature of Claimant/Life Assured / *Tandatangan Pihak Menuntut*  
*/Orang Diinsuranskan*

Name / *Nama* :  
NRIC No. / *No. KP (Baru)* :  
Date / *Tarikh* :

Authorised Signatory of Employer / *Tandatangan Majikan*

Designation / *Jawatan* :  
Department / *Jabatan* :  
Date / *Tarikh* :

Company Stamp / *Cop Syarikat*

**Head Office :**

Level 29, Menara Allianz Sentral, 203, Jalan Tun Sambanthan, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.

Tel : +603-2264 1188 / 2264 0688 Fax : +603-2264 8440 (LHC) [allianz.com.my](http://allianz.com.my) [facebook.com/allianzmalaysia](https://www.facebook.com/allianzmalaysia)

**Customer Service Centre :**

Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.

Toll Free : 1-300-22-5542 Tel : +603-2264 0700 Fax : +603-2264 8499 Email: [customer.service@allianz.com.my](mailto:customer.service@allianz.com.my)