



Proposal Form

SmartCare Shield - Personal Accident Insurance

Date:

IMPORTANT NOTICE

- Pursuant to Paragraph 5 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if You are applying for this Insurance wholly for purposes unrelated to Your trade, business or profession, You have a duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in this Proposal Form. You must answer the questions in this Proposal Form fully and accurately. Failure to take reasonable care in answering the questions may result in avoidance of Your contract of insurance, refusal or reduction of Your claim(s), change of terms or termination of Your contract of insurance. The above duty of disclosure shall continue until the time Your contract of insurance is entered into, varied or renewed with Us. In addition to answering the questions in this Proposal Form, You are required to disclose any other matter that You know to be relevant to Our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied. You also have a duty to tell Us immediately if at any time after Your contract of insurance has been entered into, varied or renewed with Us any of the information given in this Proposal Form is inaccurate or has changed.
- The personal data ("Personal Data") submitted by and collected from you may be used by Us and/or any company within the AXA Group of Companies and/or any of its associated companies, within or outside Malaysia, for purposes related to our insurance business or direct marketing. In connection with this, we may disclose your information (including your Personal Data) to any of the aforementioned companies. We may also disclose your information (including your Personal Data) to any other third parties (which include third party service providers, reinsurers, claim adjusters/investigators, related industry associations, regulators, statutory bodies, government authorities and any person who is under a duty of confidentiality and/or who has undertaken the responsibility to keep such data confidential). A complete list of our disclosures to third parties can be found in the Data Privacy Notice in our website. We will cease to use the Personal Data if you request Us to do so. For further details on how to exercise your rights, please refer to the "Data Privacy Notice" in Section H or our website at www.axa.com.my
- The insurance policy is only valid upon full payment of premiums during submission of this Proposal Form. You are advised to request Your agent/broker for an official receipt as proof of payment.
- Cover for Personal Accident Insurance is provided subject to the Company's usual terms, conditions and exceptions for this type of insurance. A specimen copy of the policy wording is available on request.
- No cover is in force until the proposal has been accepted in writing by the Company.
- Premium charged for this Policy exclude applicable tax(es) that would be imposed in the future and from time to time, We will be entitled to recover from You any taxes that We are required by law to collect.

SPECIAL NOTIFICATION

The Proposer is hereby notified that the Company has appointed Agents/Representatives who have the authority to solicit or negotiate Contracts of Insurance on behalf of the Company. All authorised Agents/Representatives are issued with authorisation cards.

- ALL QUESTIONS MUST BE FULLY ANSWERED - TICKS OR DASHES WILL NOT SUFFICE**
- PLEASE WRITE IN BLOCK LETTERS AND IN BLACK INK**
- PLEASE TICK (✓) WHERE APPROPRIATE**

A. PARTICULARS OF PROPOSER

Salutation: <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mrs <input type="checkbox"/> Ms <input type="checkbox"/> Madam <input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> Others If others, please specify: _____			Gender*: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Name* (as in new NRIC/Passport/Company Registered Name):				
Correspondence Address*:				
Postcode*:		New NRIC/Passport/Co. Registered No.*:		Date of Birth*: dd/mm/yy
Tel. No. (H/P)*:		Tel. No. (Office):	Tel. No. (Home):	Email*:
Ethnic Group: <input type="checkbox"/> Malay <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Indian <input type="checkbox"/> Others			Marital Status*: <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single	
Business or Profession/Occupation:			Nationality*:	
Your Position: <input type="checkbox"/> Director/Owner <input type="checkbox"/> Professional/Technical <input type="checkbox"/> Managerial <input type="checkbox"/> Admin/Clerical <input type="checkbox"/> Others				
**Nature of Work: <input type="checkbox"/> Class 1 <input type="checkbox"/> Class 2 <input type="checkbox"/> Class 3				
**NATURE OF WORK - CLASSIFICATION OF OCCUPATION				
Class 1: Professions and occupations involving non-manual, administrative or clerical work solely in offices or similar non-hazardous places.				
Class 2: Professions and occupations involving non-manual work where there is some exposure to risk from the environment or which entail much travel, occupations with mainly supervisory duties but which may include occasional manual work.				
Class 3: Professions and occupations involving manual work not of particularly hazardous nature but involving the use of tools or machinery.				

*Required fields

If Proposer is a Company
Total Workforce:

Turnover/(Year): RM / (year) Sole Proprietorship Partnership Limited Company

Contact Person & Designation:

Private Use: Yes No Collective Agreement/SOCSO/Workmen Compensation Agreement: Yes No

B. INSURANCE DETAILS

Benefit	Amount of Coverage	Rate	Annual Premium
(A) Death			
(B) Permanent Disablement			
(C) Temporary Total Disablement			
(D) Accidental Medical Expenses			
Total Amount Premium			
Plus _____ % loading (motorcycling)			
Add Tax			
Plus Stamp Duty			
Total Amount Due			

Period of Insurance: From dd/mm/yy To dd/mm/yy

C. GENERAL INFORMATION

1. Are you and the persons insured now generally in good health and free from any physical defect or infirmity? Yes No
If 'No', please give details.

2. Have you or any of the persons insured ever suffered from any sicknesses or received medical or surgical treatments during the last 5 years which have prevented you or them from attending to your or their normal occupation, pursuits or business for period of 7 days or longer? Yes No
If 'Yes', please give details.

3. Do you or any of the persons insured engage in any hazardous activities or pursuits which may render you or them liable to accidents or to any disease or sickness? Yes No
If 'Yes', please give details.

4. Are you and the persons insured presently covered by any Personal Accident Insurance? Yes No
If 'Yes', please state the amount and the name of the insurance company.

5. Has the insurance now proposed been declined, cancelled, refused renewal or subjected to special terms by any insurance company? Yes No
If 'Yes', please give details.

6. Have you or any of the persons insured ever made a claim against any insurer under a similar policy? Yes No
If 'Yes', please give details.

D. NOMINEE(S)

I/We hereby nominate the following as my/our nominee(s) for the Personal Accident Insurance.

Name & Address	New NRIC No.	Date of Birth	Relationship	Share %

Name of Witness: _____

Signature of Witness: _____

(Witness must be aged 18 or above and is not a named nominee under the same policy. (In accordance with paragraph 2(3) of Schedule 10 of the FSA.))

NOTES ON NOMINATION: (In accordance with Paragraph 5(1), 2(1) & (2), Schedule 10 of the Financial Services Act 2013 (“the FSA”))

- 1) Any Muslim nominees must receive the policy benefits as executor and not as beneficiary.
- 2) The spouse/child of married non-Muslim and parents of non-married non-Muslim nominees receive the policy benefits in trust. Only death benefits are payable to the trustee and written consent of the trustee is required for revoking such a nominee or for varying or surrendering.
- 3) Any other non-Muslim nominees will be taken as executors and not as beneficiaries.
- 4) A policy owner should appoint a trustee for the policy money and in the event of failure to do so, the competent nominee shall be the trustee.
- 5) If the policy owner intends the nominee to receive the policy money as beneficiary and the nominee is not his spouse, child or parent under Paragraph 5, Schedule 10 of the FSA, then he should assign the policy benefits to the nominee.
- 6) Nominee(s) must be aged 18 or above.
- 7) The Proposal Form forms part of the policy contract.

E. PAYMENT METHOD

I/We wish to pay my premium of RM _____ (inclusive of all tax) (“Total Amount Due”)

By: Cash Cheque (Please cross the cheque and made payable to ‘AXA Affin General Insurance Berhad’)

Bank	Cheque No.	Amount (RM)

Online Transfer (CIMB Bank Virtual Account) - -

Credit / Debit Card

Note: For online transfer, credit and debit card payment, please contact your AXA Servicing Representative.

Please activate automatic renewal for my policy and charge the Total Amount Due to my debit/credit card above.

Please activate 0% Interest Instalment Payment Plan.

Important Notes:

- 1) This 0% interest instalment arrangement is only for 12 months instalment plan.
- 2) Our instalment arrangements are subject to the qualifying criteria and all terms and conditions of the credit card issuing bank. For a list of participating banks, please contact our Customer Service or your agent.
- 3) Please note that under instalment arrangements, the premium refund (if any) will be done via the credit account of the credit card holder and is subject to the qualifying criteria and all terms and conditions of the credit card issuing bank.

F. DECLARATION

I/We hereby declare that the above answers and statements are true, and that I/we have withheld no information whatever regarding this application.

I/We understand that it is my/our duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in this Proposal Form and I/we hereby declare that I/we have fully and accurately answered the questions above.

- I/We hereby consent to have AXA Affin General Insurance Berhad and/or any company within the AXA Group of Companies and/or any of its associated companies, within or outside Malaysia, process my/our Personal Data for the purposes and to the extent stated in the Data Privacy Notice.
- I/We would like to receive special offers, promotions, surveys and information related to the insurance products, events and services of AXA Affin General Insurance Berhad and/or any company within the AXA Group of Companies and/or any of its associated companies.

Signature of Proposer: _____

Date: dd/mm/yy

G. DECLARATION BY INTERMEDIARY/INSURER

I/We hereby confirm that I/we have sighted the original copy of the NRIC/Passport and verified the identity of the proposer.

Signature of Intermediary/Insurer _____

Date: dd/mm/yy

Name: _____

Account No: _____

Note: Please attach a copy of the Proposer’s NRIC/Passport where the premium is more than RM50,000.

H. PERSONAL DATA POLICY

Your privacy is important to us, AXA AFFIN General Insurance Berhad ("AXA AFFIN"), and we are committed to ensure that your personal data under our care is safe and secured. The following paragraphs will provide you with a better understanding of how we collect, process, use, retain, secure, endeavour to maintain accuracy and how you could access your personal data.

Collection of Personal Data

In order to process the purchase of an insurance policy and to perform policy services, it is necessary for you to provide us with obligatory personal data, such as your name, identification number, birth date, address, phone number, information on your health or medical condition, financial, familial and non-familial information etc. Your personal data is captured in the application form and other relevant forms as and when you transact or when you require changes or amendments to your personal details. Your personal data once provided by you would be input into our information system for processing, safe keeping and for the performance of our obligations in relation to your policy.

Processing and Use of Personal Data

We process your personal data for the following purposes:

1. for the performance of contracts between AXA AFFIN and you;
2. for the performance of our functions;
3. for the performance of our due diligence process to conduct background checks to validate and confirm the information provided by you;
4. for compliance with all applicable laws, rules, regulations, guidelines and/or other legal or regulatory requirements, as well as requirements of the government, law enforcement agencies, and any authorities to whom we are subject to, or any orders of the Court;
5. for litigating, defending or responding accordingly to an actual or potential lawsuit or queries involving regulatory and non-regulatory bodies;
6. for generally protecting our rights and property as well as ensuring the technical competence and functioning of our systems;
7. to monitor and detect any fraudulent activities in the insurance industry;
8. for marketing (including direct marketing) of insurance products;
9. to conduct market research, understand and analyse customer behaviour, location, preferences and demographics for us to offer you other products and services as well as carry out special offers and marketing programmes which may be relevant to your preferences and profile; and
10. any other purposes which are related to the aforesaid.

All personal data requested by us is obligatory unless stated otherwise. If you do not provide us with such information, we may not be able to provide you with insurance coverage or to respond to any claims.

Disclosure of Personal Data

We may disclose your personal data for the abovementioned purposes to the following parties (including those within and outside Malaysia):

1. our associated and related companies and affiliates ("AXA Group");
2. any agents, service providers, contractors or third parties who provide any services to the companies within the AXA Group;
3. any person who has a duty of confidentiality to us; for example, external auditors, medical practitioners, trustees, insurance companies, and actuaries;
4. government agencies, statutory bodies, and other authorities;
5. our business partners and strategic alliances;
6. our assignees or potential assignees, acquirers or potential acquirers and successors-in-title; and
7. any other parties, in respect of whom you have consented to the disclosure of your personal data.

Access and Change Requests

We take all reasonable steps to ensure that the personal data provided by you or your authorised party is accurate, complete, not misleading and kept up-to-date consistent with the purpose for which the personal data was collected and further processed.

Please contact us or request to speak to our Privacy Officer at 03-2170 8282 if you would like to access to or amend or correct your personal data that is inaccurate, incomplete, misleading or not-up-to-date. You could also fax or email us by using the details stated below. We will use reasonable efforts to accommodate the access and make the changes as soon as practically possible. A fee may be charged for this purpose. We may request verification of your identity before allowing such access or making such changes and any other details to help us address your request or concerns appropriately.

New Product and Services

As part of our continuous efforts to promote awareness and greater understanding on our new products and services for your benefit, we will from time to time contact or send you information on the said new products or services.

Inquiries and complaints

If you need to contact us or if you have any inquiries or complaints (such as limiting the processing of certain information, including the withdrawal of consent), please write to us at:

AXA AFFIN GENERAL INSURANCE BERHAD

Customer Service Department Ground Floor,
Wisma Boustead,
71 Jalan Raja Chulan,
50200 Kuala Lumpur

Tel : 603-2170 8282 or Fax : 603-2031 7282 or Email : customer.servicedpp@axa.com.my

Your complaint will be managed and resolved through our internal complaint procedure.

If there are any inconsistencies between the English and Bahasa Malaysia version of this Personal Data Policy, the English version shall prevail.



Borang Cadangan SmartCare Shield - Insurans Kemalangan Diri

Tarikh:

NOTIS PENTING

- Menurut Perenggan 5, Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika Anda memohon insurans ini sepenuhnya untuk tujuan yang tidak berkaitan perdagangan, perniagaan atau profesion Anda, Anda mempunyai kewajiban untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini. Anda dikehendaki menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini dengan lengkap dan tepat. Kegagalan untuk mengambil langkah yang munasabah dalam menjawab soalan-soalan, mungkin mengakibatkan pembatalan kontrak insurans Anda, keengganan atau pengurangan gantirugi Anda, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans Anda. Kewajiban pendedahan diatas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans Anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan Kami. Sebagai tambahan kepada soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini, Anda dikehendaki untuk mendedahkan apa-apa perkara lain yang Anda tahu akan mempengaruhi keputusan Kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan. Anda juga mempunyai kewajiban untuk memberitahu Kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak insurans Anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami, apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan ini tidak tepat atau telah berubah.
- Data peribadi ("Data Peribadi") yang dikemukakan dan dikumpul daripada anda boleh digunakan oleh Kami dan/atau mana-mana syarikat dalam Kumpulan Syarikat AXA da /atau mana-mana syarikat bersekutunya, di dalam atau di luar Malaysia, untuk tujuan yang berkaitan dengan perniagaan insurans atau pemasaran langsung kami. Sehubungan dengan ini, kami boleh mendedahkan maklumat anda (termasuk Data Peribadi anda) kepada mana-mana syarikat yang disebutkan di atas. Kami juga boleh mendedahkan maklumat anda (termasuk Data Peribadi anda) kepada mana-mana pihak ketiga lain (termasuk penyedia perkhidmatan pihak ketiga, penanggung insurans semula, penyelaras/penyiasat tuntutan, persatuan industri yang berkaitan, pengawal selia, badan berkanun, pihak berkuasa kerajaan dan mana-mana orang yang berada di bawah kewajiban kerahsiaan dan/atau yang telah melaksanakan tanggungjawab untuk menyimpan data tersebut sulit). Senarai lengkap pendedahan kami kepada pihak ketiga boleh didapati di Notis Privasi Data di laman web kami. Kami akan berhenti menggunakan Data Peribadi jika anda meminta Kami untuk berbuat demikian. Untuk maklumat lanjut tentang cara untuk melaksanakan hak anda, sila rujuk kepada "Notis Privasi Data" dalam Bahagian H atau laman web kami di www.axa.com.my.
- Polisi insurans ini hanya sah apabila bayaran penuh premium telah disertakan bersama Borang Cadangan ini. Anda dinasihatkan untuk mendapatkan resit rasmi pembayaran daripada ejen/broker sebagai akaun pembayaran premium.
- Perlindungan Insurans Kemalangan Diri diberi mengikut terma-terma, syarat-syarat dan kekecualian untuk jenis perlindungan ini. Salinan polisi boleh diperolehi atas permintaan Anda.
- Perlindungan tidak akan berkuatkuasa sebelum cadangan bertulis diterima oleh pihak Syarikat.
- Premium yang dikenakan untuk Polisi ini tidak termasuk cukai terpakai yang boleh dikenakan pada masa hadapan dan dari masa ke semasa, Kami berhak untuk memperolehi daripada Anda sebarang cukai-cukai yang perlu dibayar di bawah peruntukan undang-undang.

PEMBERITAHUAN KHAS

Pencadang dengan ini diberitahu bahawa Syarikat ini telah melantik Pengantara-pengantara/Wakil-wakil yang mempunyai kuasa untuk mengurusniaga atau menguruskan Kontrak-kontrak Insurans bagi pihak Syarikat ini. Semua Pengantara-pengantara/Wakil-wakil yang diberi kuasa adalah dibekalkan dengan kad-kad kuasa.

- ANDA DIMINTA MENJAWAB SEMUA SOALAN DI BAWAH - SEBARANG TANDA ATAU SENGGANG ADALAH TIDAK MEMADAI**
- SILA TULIS DALAM HURUF BESAR DAN MENGGUNAKAN DAKWAT HITAM.**
- SILA TANDAKAN (✓) DI TEMPAT YANG BERKENAAN**

A. BUTIRAN PENCADANG

Gelaran: <input type="checkbox"/> Encik <input type="checkbox"/> Puan <input type="checkbox"/> Cik <input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> Lain-lain Jika lain-lain, sila nyatakan: _____			Jantina*: <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan	
Nama* (seperti dalam KP Baru/Pasport>Nama Syarikat Berdaftar):				
Alamat Surat-Menyurat*:				
Poskod*:		No. KP Baru/Pasport/Pendaftaran Sykt.*:		Tarikh Lahir*: hh/bb/tt
No. Tel. (H/P)*:		No. Tel. (Pejabat):	No. Tel. (Rumah):	E-mel*:
Bangsa: <input type="checkbox"/> Melayu <input type="checkbox"/> Cina <input type="checkbox"/> India <input type="checkbox"/> Lain-lain			Status Perkahwinan*: <input type="checkbox"/> Berkahwin <input type="checkbox"/> Bujang	
Jenis Perniagaan atau Pekerjaan:			Warganegara*:	
Jawatan Anda: <input type="checkbox"/> Pengarah/Pemilik <input type="checkbox"/> Profesional/Teknikal <input type="checkbox"/> Pengurusan <input type="checkbox"/> Pentadbiran/Kerani <input type="checkbox"/> Lain-lain				
**Jenis Kerja: <input type="checkbox"/> Kelas 1 <input type="checkbox"/> Kelas 2 <input type="checkbox"/> Kelas 3				
**SIFAT TUGAS - KLASIFIKASI PEKERJAAN				
Kelas 1: Profesion dan pekerjaan yang terlibat dalam tugas-tugas bukan manual, pentadbiran atau pengkeranian di dalam pejabat sahaja atau tempat-tempat tidak berbahaya yang seumpamanya.				
Kelas 2: Profesion dan pekerjaan yang melibatkan tugas-tugas bukan manual di mana terdapat sedikit pendedahan kepada risiko dari persekitaran atau yang mana melibatkan banyak perjalanan pekerjaan yang secara keseluruhannya melibatkan tugas penyeliaan tetapi mungkin sekali-sekala merangkumi tugas manual.				
Kelas 3: Profesion dan pekerjaan yang melibatkan tugas-tugas manual yang tidak berbahaya tetapi melibatkan penggunaan peralatan atau mesin atau jentera.				

Jika Pencadang merupakan sebuah Syarikat
Jumlah Pekerja:

Perolehan/(Tahun): RM	/ (tahun)	Persendirian <input type="checkbox"/>	Perkongsian <input type="checkbox"/>	Syarikat Berhad <input type="checkbox"/>
-----------------------	-------------	---------------------------------------	--------------------------------------	--

Nama Orang yang boleh dihubungi & Jawatannya:

Kegunaan Persendirian: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Perjanjian Kolektif/SOCSO/Perjanjian Pampasan Pekerja: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
---	---

B. MANFAAT-MANFAAT DAN JUMLAH PERLINDUNGAN YANG DIPERLUKAN

Manfaat	Jumlah Perlindungan	Kadar	Premium Tahunan
(A) Kematian			
(B) Hilang Upaya Kekal			
(C) Hilang Upaya Keseluruhan Sementara			
(D) Perbelanjaan Perubatan Akibat Kemalangan			
Jumlah Keseluruhan Premium			
Tambah _____ % bebanan (menunggang motosikal)			
Tambah Cukai			
Tambah Duti Setem			
Jumlah Keseluruhan Yang Perlu Dibayar			

Tempoh Insurans: Dari hh/bb/tt Hingga hh/bb/tt

C. MAKLUMAT AM

- Adakah anda dan pihak-pihak yang diinsuranskan sekarang berada dalam keadaan sihat dan bebas daripada sebarang kecacatan fizikal atau kelemahan? Jika 'Tidak', sila nyatakan butir-butir: Ya Tidak
- Adakah anda atau mana-mana pihak diinsuranskan pernah menghadapi sebarang penyakit atau menerima rawatan perubatan atau rawatan pembedahan dalam tempoh 5 tahun yang lalu, yang mana menghalang anda daripada menjalankan pekerjaan atau kegiatan atau peniagaan biasa melebihi 7 hari? Jika 'Ya', sila nyatakan butir-butir: Ya Tidak
- Adakah anda atau mana-mana pihak diinsuranskan terlibat dalam aktiviti berbahaya atau kegiatan yang boleh menyebabkan kemalangan atau penyakit? Jika 'Ya', sila nyatakan butir-butir: Ya Tidak
- Adakah anda dan pihak-pihak diinsuranskan sekarang memiliki sebarang insurans Kemalangan Diri? Ya Tidak
Jika 'Ya', sila nyatakan jumlah dan nama syarikat insurans.
- Pernahkah insurans yang dicadang ditolak, dibatalkan, pembaharuan insurans ditolak atau tertakluk kepada terma khas oleh mana-mana syarikat insurans? Ya Tidak
Jika 'Ya', sila nyatakan butir-butir:
- Pernahkah anda atau mana-mana pihak diinsuranskan membuat tuntutan terhadap sebarang penginsurans di bawah jenis polisi yang sama? Jika 'Ya', sila nyatakan butir-butir: Ya Tidak

D. PENAMAAN

Saya/Kami melantik yang berikut sebagai penama-penama saya/kami untuk Insurans Kemalangan Diri

Nama & Alamat	No. KP Baru	Tarikh Lahir	Hubungan	Pembahagian %

Nama Saksi: _____

Tandatangan Saksi: _____

(Saksi mestilah berumur 18 tahun ke atas dan bukan seorang penama yang dinamakan di bawah polisi yang sama. (Mengikut perenggan 2 (3), Jadual 10, APK.))

NOTA KEPADA PERLANTIKAN PENAMA: (Mengikut Perenggan 5(1), 2(1) & (2), Jadual 10, Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 ("APK"))

- 1) Sebarang penama yang beragama Islam mesti menerima manfaat polisi sebagai wasi dan bukannya secara waris.
- 2) Jika penama bukan Islam dan adalah suami/isteri/anak; atau ibu bapa jika anda belum kahwin, penama akan menerima manfaat polisi secara amanah. Hanya manfaat kematian akan dibayar kepada pemegang amanah. Anda perlu mendapat kebenaran pemegang amanah bagi sebarang pembatalan penamaan, mengubah atau menyerahkan hak.
- 3) Penama lain bukan Islam adalah diambil sebagai wasi dan bukannya secara waris.
- 4) Pemegang polisi seharusnya melantik satu pemegang amanah bagi wang polisi. Jika tidak, penama yang layak akan menjadi pemegang amanah.
- 5) Jika pemegang polisi ingin penama menerima manfaat sebagai waris dan penama tersebut bukan suami/isteri, anak atau ibu bapa di bawah Perenggan 5, Jadual 10, APK, maka anda perlu menyatakan secara bertulis bahawa anda menyerahkan hak manfaat polisi ini kepada penama.
- 6) Penama-penama mesti berumur 18 tahun dan ke atas.
- 7) Borang Permohonan ini merupakan sebahagian daripada kontrak polisi.

E. KAEDAH BAYARAN

Saya/Kami ingin membayar premium RM _____ (termasuk semua cukai) ("Jumlah Amaun Yang Perlu Dibayar")

dengan: Tunai Cek (Sila palangkan cek dan di atas nama 'AXA Affin General Insurance Berhad')

Bank	No. Cek	Jumlah (RM)

Pemindahan Dalam Talian (Akaun Maya CIMB Bank) - -

Kad Kredit / Debit

Nota: Untuk pemindahan dalam talian, pembayaran kad kredit dan debit, sila hubungi wakil AXA anda.

Sila aktifkan pembaharuan automatik untuk polisi saya dan kenakan bayaran Jumlah Amaun Yang Perlu Dibayar ke atas kad debit/kredit saya di atas.

Sila aktifkan Pelan Pembayaran Ansuran Faedah 0%

Nota Penting:

- 1) Pengaturan ansuran faedah 0% ini hanya untuk pelan ansuran selama 12 bulan.
- 2) Pengaturan ansuran kami adalah tertakluk kepada kriteria kelayakan dan semua terma dan syarat kad kredit bank pengeluar. Untuk senarai bank-bank yang mengambil bahagian, sila hubungi Perkhidmatan Pelanggan kami atau agen anda.
- 3) Sila ambil perhatian bahawa di bawah pengaturan ansuran, bayaran balik premium (jika ada) akan dilakukan melalui akaun kredit pemegang kad kredit dan tertakluk kepada kriteria kelayakan dan semua terma dan syarat kad kredit bank pengeluar.

F. PENGAKUAN

Saya/Kami dengan ini mengisytiharkan bahawa semua kenyataan yang terkandung di atas adalah benar, dan saya/kami tidak menyembunyikan sebarang kenyataan berkaitan permohonan ini.

Saya/Kami memahami bahawa ia adalah kewajipan saya/kami untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini dan saya/kami dengan ini mengisytiharkan bahawa saya/kami telah menjawab soalan di atas dengan lengkap.

Saya/Kami dengan ini bersetuju untuk membenarkan AXA Affin General Insurance Berhad dan/atau mana-mana syarikat dalam Kumpulan Syarikat AXA dan/atau mana-mana syarikat bersekutunya, di dalam atau di luar Malaysia, memproses Data Peribadi saya/kami untuk tujuan dan setakat mana yang dinyatakan dalam Notis Privasi Data.

Saya/Kami ingin menerima tawaran istimewa, promosi, tinjauan dan maklumat yang berkaitan dengan produk, acara dan perkhidmatan AXA Affin General Insurance Berhad dan/atau mana-mana syarikat dalam Kumpulan Syarikat AXA dan/atau mana-mana syarikat bersekutunya.

Tandatangan Pencadang: _____

Tarikh: hh/bb/tt

G. PENGAKUAN OLEH PENGANTARA/PENGINSURANS

Saya/Kami mengesahkan bahawa saya/kami telah melihat KP/Pasport yang asal dan memeriksa identiti pencadang.

Tandatangan Pengantara/Penginsurans _____

Tarikh: hh/bb/tt

Nama: _____

No. Akaun: _____

Nota: Sila lampirkan salinan KP/Pasport pencadang sekiranya premium lebih daripada RM50,000.

H. DASAR DATA PERIBADI

Privasi anda penting kepada kami, AXA AFFIN General Insurance Berhad (“AXA Affin”), dan kami komited sepenuhnya untuk memastikan data peribadi anda di bawah jagaan kami adalah selamat dan terjamin. Perenggan-perenggan berikutnya akan memberi anda pemahaman yang lebih baik mengenai cara kami mengumpul, memproses, menggunakan, menyimpan, menjamin, berusaha untuk mengekalkan ketepatan serta cara anda boleh mengakses data peribadi anda.

Pengumpulan Data Peribadi

Untuk memproses pembelian polisi insurans dan melaksanakan perkhidmatan polisi, anda perlu memberi kami data peribadi yang wajib diberikan seperti nama, nombor kad pengenalan, tarikh lahir, alamat, nombor telefon, maklumat berkaitan dengan kesihatan atau keadaan mental anda, maklumat berkaitan dengan kewangan, keluarga dan bukan keluarga dll. Data peribadi anda direkodkan di dalam borang cadangan dan dokumen-dokumen lain yang berkenaan apabila anda berurusan atau apabila anda memerlukan penukaran atau perubahan ke atas maklumat peribadi anda. Data peribadi yang disediakan oleh anda akan dimasukkan ke dalam sistem maklumat kami untuk diproses, disimpan dan untuk pelaksanaan kewajipan kami berkaitan dengan polisi anda.

Pemprosesan dan Penggunaan Data Peribadi

Kami memproses data peribadi anda untuk tujuan-tujuan berikut:

1. untuk pelaksanaan perjanjian-perjanjian di antara AXA AFFIN dan anda;
2. untuk pelaksanaan fungsi-fungsi kami;
3. untuk pelaksanaan proses usaha wajar kami untuk mengendalikan semakan latar belakang untuk menyangkan dan mengesahkan maklumat yang disediakan oleh anda;
4. untuk mematuhi semua undang-undang, kaedah, peraturan, garis panduan dan/atau keperluan undang-undang atau kawal atur yang terpakai, dan juga untuk keperluan kerajaan, agensi penguatkuasaan undang-undang, dan apa-apa pihak berkuasa yang kami tertakluk kepada, atau apa-apa perintah Mahkamah;
5. untuk tujuan litigasi, membela atau membalas sewajarnya kepada tindakan undang-undang sebenar atau berpotensi atau pertanyaan yang melibatkan badan pengatur dan badan bukan pengatur;
6. secara umumnya untuk melindungi hak-hak dan harta tanah kami dan juga untuk memastikan kecekapan teknikal dan perfungisian sistem kami;
7. untuk memantau dan mengesan apa-apa aktiviti penipuan dalam industri insurans;
8. untuk pemasaran (termasuk pemasaran langsung) produk insurans;
9. untuk mengendalikan penyelidikan pasaran, memahami dan menganalisis tingkah laku, lokasi, pilihan dan demografi pelanggan kami agar kami dapat menawarkan kepada anda produk dan perkhidmatan lain dan juga melaksanakan tawaran khas dan program pemasaran yang mungkin relevan kepada pilihan dan profil anda; dan
10. apa-apa tujuan lain yang berkaitan dengan tujuan yang dinyatakan di atas.

Semua data peribadi yang diminta oleh kami adalah wajib kecuali dinyatakan sebaliknya. Sekiranya anda tidak menyediakan kepada kami maklumat yang berkenaan, kami mungkin tidak dapat menyediakan anda dengan perlindungan insurans atau membalas kepada apa-apa tuntutan.

Penzahiran Data Peribadi

Kami mungkin menzahirkan data peribadi anda untuk tujuan-tujuan yang dinyatakan di atas kepada pihak-pihak berikut (termasuk di dalam dan di luar Malaysia):

1. syarikat-syarikat bersekutu dan syarikat-syarikat berkaitan (“Kumpulan AXA”);
2. mana-mana ejen, pembekal perkhidmatan, kontraktor atau pihak ketiga yang menyediakan apa-apa perkhidmatan kepada syarikat-syarikat dalam Kumpulan AXA;
3. mana-mana orang yang mempunyai kewajipan kerahsiaan kepada kami; sebagai contoh, juruaudit luar, pengamal perubatan, pemegang amanah, syarikat insurans, dan aktuari;
4. agensi kerajaan, badan pengatur, dan pihak berkuasa lain;
5. rakan-rakan perniagaan dan pakatan strategik kami;
6. pemegang serah hak atau bakal pemegang serah hak, pemeroleh atau bakal pemeroleh dan pengganti hakmilik kami; dan
7. apa-apa pihak lain, yang mana anda telah memberi persetujuan untuk menzahirkan data peribadi anda.

Permintaan untuk Akses dan Pembedulan

Kami mengambil semua langkah-langkah munasabah untuk memastikan bahawa data peribadi yang disediakan oleh anda atau pihak yang dibenarkan oleh anda adalah tepat, lengkap, tidak mengelirukan dan terkini selaras dengan tujuan data peribadi tersebut dikumpul dan diproses selanjutnya.

Sila hubungi kami atau Pegawai Privasi kami di 03-2170 8282 sekiranya anda ingin mengakses kepada atau membetulkan data peribadi anda yang tidak tepat, tidak lengkap, mengelirukan atau bukan terkini. Anda boleh juga faks atau emel kami dengan menggunakan butiran yang dinyatakan di bawah. Kami akan menggunakan usaha munasabah untuk memenuhi akses dan membuat pembedulan secepat mungkin. Fi mungkin akan dikenakan untuk tujuan ini. Kami mungkin meminta pengesahan mengenai identiti anda sebelum membenarkan akses atau pembedulan tersebut dan apa-apa butiran lain untuk membantu kami menangani permintaan atau kebimbangan anda dengan sewajarnya.

Produk dan Perkhidmatan Baru

Sebagai sebahagian daripada usaha kami untuk mempromosikan kesedaran dan pemahaman lebih mendalam terhadap produk dan perkhidmatan baru kami yang berfaedah kepada anda, kami dari semasa ke semasa akan menghubungi atau menghantar maklumat berkaitan dengan produk dan perkhidmatan baru tersebut kepada anda.

Pertanyaan dan Aduan

Sekiranya anda perlu menghubungi kami atau sekiranya anda mempunyai apa-apa pertanyaan atau aduan (seperti mengehadkan pemprosesan maklumat tertentu, termasuk penarikbalikan persetujuan), sila menulis kepada kami di:

AXA AFFIN GENERAL INSURANCE BERHAD

Customer Service Department Ground Floor,
Wisma Boustead,
71 Jalan Raja Chulan,
50200 Kuala Lumpur

Tel : 603-2170 8282 atau Faks : 603-2031 7282 atau Emel : customer.servicedpp@axa.com.my

Aduan anda akan diurus dan diselesaikan melalui Prosedur Aduan dalaman kami.