



# Proposal Form

## Hospital & Surgical Insurance

Date:

Policy No.:

### IMPORTANT NOTES

- 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 J or our website at www.axa.com.my
- Please complete this form by answering carefully all questions. It is important that a complete answer be given to every question including dates where applicable in order to avoid delay in the processing of this application. Any questions not answered on this form will be taken as an answer in the negative.
- 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.

**Type of Application:**  New Application  Change Plan  Add Family Member  Renewal  Reinstatement  Add Rider

### A. PARTICULARS OF PROPOSER (If other than the Person to be insured)

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	Email:	
Tel. No. (H/P):		Tel. No. (Office):	Tel. No. (Home):	Marital Status: <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single	
Ethnic Group: <input type="checkbox"/> Malay <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Indian <input type="checkbox"/> Others			Relationship with person to be insured: <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Parent/Child <input type="checkbox"/> Employer/Employee <input type="checkbox"/> Others: _____		

### B. PARTICULARS OF PERSON TO BE INSURED

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):					
Correspondence Address:				Postcode:	
New NRIC/Passport No.:		Date of Birth: dd/mm/yy	Age Next Birthday:	Height: cm	Weight: kg
Tel. No. (H/P):		Tel. No. (Office):	Tel. No. (Home):	Nationality:	
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:			Nature of Work:		
Private Use: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Collective Agreement/SOCISO/Workmen Compensation Agreement: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			

### C. PARTICULARS OF FAMILY MEMBERS TO BE INSURED

#### Spouse:

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):						
New NRIC/Passport No.:			Nationality:		Height: cm	Weight: kg
Tel. No. (H/P):		Tel. No. (Office):			Tel. No. (Home):	
Email:		Date of Birth: dd/mm/yy	Age Next Birthday:	Ethnic Group: <input type="checkbox"/> Malay <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Indian <input type="checkbox"/> Others		
Business or Profession/Occupation:				Nature of Work:		

#### Child 1

Name in Block Letters (as in NRIC/Passport):						
Birth Certificate/NRIC/Passport No.:					Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Is this child a full time student in Malaysia?: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				Height: cm	Weight: kg	
Date of Birth: dd/mm/yy			Age Next Birthday:			

#### Child 2

Name in Block Letters (as in NRIC/Passport):						
Birth Certificate/NRIC/Passport No.:					Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Is this child a full time student in Malaysia?: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				Height: cm	Weight: kg	
Date of Birth: dd/mm/yy			Age Next Birthday:			

#### Child 3

Name in Block Letters (as in NRIC/Passport):						
Birth Certificate/NRIC/Passport No.:					Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Is this child a full time student in Malaysia?: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				Height: cm	Weight: kg	
Date of Birth: dd/mm/yy			Age Next Birthday:			

### D. DETAILS OF INSURANCE

Product: <input type="checkbox"/> <b>SmartCare Optimum</b> <input type="checkbox"/> <b>SmartCare Executive</b> <input type="checkbox"/> <b>SmartCancer Cash</b> <input type="checkbox"/> <b>SmartCare Optimum Plus</b> <input type="checkbox"/> Others, please specify: _____																		
Applicable to <b>SmartCare Optimum</b> only - Deductible Option <input type="checkbox"/> Yes, please select discount & deductible amount. - Top Up Rider <input type="checkbox"/> Yes, same plan as per basic plan.																		
Premium Discount (Deductible): <input type="checkbox"/> 25% (RM7,500) <input type="checkbox"/> 30% (RM10,000) <input type="checkbox"/> 40% (RM15,000) <input type="checkbox"/> 50% (RM20,000)																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Persons To Be Insured</th> <th>Plan</th> <th>Annual Premium</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Self</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Spouse</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Children</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Persons To Be Insured	Plan	Annual Premium	Self			Spouse			Children			Annual Premium: RM Add Occupation Loading (if any): RM Add Tax: RM Add RM10.00 Stamp Duty: RM <b>Total Amount Due: RM</b>			
Persons To Be Insured	Plan	Annual Premium																
Self																		
Spouse																		
Children																		

Name of Proposer: \_\_\_\_\_

## E. QUESTIONNAIRE

1. Has any one of the Applicants proposed for Insurance hereunder suffered/suffering from or received/receiving medical advice, counselling or treatment, in connection with:
- |   | Yes                      | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| (a) any disease of the brain, nervous breakdown, fits, anxiety, mental or nervous disorder?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (b) any lung trouble, eg. asthma, spitting of blood, tuberculosis, bronchitis, pneumonia?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (c) any heart trouble, stroke, rheumatic fever, chest pain, shortness of breath, heart valve disorder/prolapse or circulatory disease?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (d) any stomach, bowel, kidney, liver, pancreas, hepatitis, gastric or bladder trouble?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (e) any form of rheumatism, arthritis, gout or back trouble?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (f) any enlarged glands, carcinoma, cancer, tumor, lump, leukemia, lymphoma, HIV/AIDS, SLE, disorder of Immune System or blood?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (g) any medical/health condition requiring treatment (eg. raised blood pressure, diabetes, cholesterol) or used medication for any other medical/health reason? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (h) any eyes, ear, nose or throat trouble?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (i) any allergy to food, plants, pollen, dust, medicines, animal, etc?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (j) any gynaecology problem, fibroid, endometriosis, prostate disorder, breast lump, menstrual disorders or human papillomavirus (HPV)?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (k) any past observation, medical or surgical advice, diagnostic test, cancer test or hospital confinement?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (l) any investigation, or treatment that has not been performed or completed?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Does any one of the Applicants proposed for Insurance hereunder:
- |   | Yes                      | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| (a) suffered from or presently has any physical defect, hereditary disease, infirmity or congenital conditions?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (b) ever been declined or restricted or accepted on special terms on other medical/life/personal accident/critical illness insurance plans?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (c) has other health insurance currently in force with any companies? (If 'Yes', please attach a copy of the existing policy contract)                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (d) has ever made any claims from insurance companies for medical/life/personal accident/critical illness policies?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (e) has ever carried out medical check-up or blood tests, pap smear, mammogram in the past 5 years? (If 'Yes', please attach a copy of the report)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (f) currently under observation or taking any medication or treatment or aware of any signs or symptoms which may indicate a medical disorder or poor health? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. If the answer to any of the questions under 1 and 2 is 'Yes', please provide details.

(If more space is required, please write on separate sheet of paper and attach herewith)

Name of Applicants    Nature of Disability    Date of Disability    For How Long    Result of Treatment    Name & Address of Doctor/Hospital

4. Has any of your biological immediate family (living or deceased) ever been diagnosed prior to age 60 with any cancer or familial adenomatous polyposis (FAP)? If yes, please provide details as below.

Life Insured	Relationship	Type of Illness	Age of Onset	Age of Death (if applicable)

5. Please give Your family doctor's name, address and telephone number:

## F. NOMINATION

I/We hereby nominate the following as my/our nominee(s) for the **SmartCare Optimum/SmartCare Executive/SmartCancer Cash/SmartCare Optimum Plus** insurance.

Name	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"))

- Any Muslim nominees must receive the policy benefits as executor and not as beneficiary.
- 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.
- Any other non-Muslim nominees will be taken as executors and not as beneficiaries.
- 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 trustee.
- 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.
- Nominee(s) must be aged 18 or above.
- The Proposal Form forms part of the policy contract.

## G. DECLARATION

I/We hereby declare that the essential information on major features of the product, as stated in the brochure has been satisfactorily explained to me/us.

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 authorise any hospital, surgeon, medical practitioner or clinic or other person who attended to me/us for any reason to disclose to AXA AFFIN GENERAL INSURANCE BERHAD any and all information with respect to any illness or injury and to provide copies of all hospital or medical records/certifications, including any earlier medical history. A photo-copy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

I/We understand that this policy shall only be effective following full annual premium payment and subject to the acceptance and approval of this application by AXA AFFIN GENERAL INSURANCE BERHAD.

I/We further acknowledge that all the terms have been fully explained to me/us and I/we fully understand all the terms and the answers provided are the actual information disclosed by me/us to the person filling the form on my/our behalf.

- 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 Applicant  
(on behalf of all Persons to be insured)

\_\_\_\_\_  
Signature of Proposer  
(if other than the Person to be insured)

\_\_\_\_\_  
Date

dd/mm/yy

## H. PAYMENT METHOD

I 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.

## I. TO BE COMPLETED BY INTERMEDIARY

**I/We hereby confirm that I/we have sighted the original copy of the NRIC/Passport/Certificate of Registration (Form 9 or 13) and verified the details of the applicant.**

Signature of Agent/Marketing Officer:

Name of Signatory:

Agent Account Code:

Marketing Officer Code:

Branch:

Date: dd/mm/yy

Name of Proposer: \_\_\_\_\_

## J. 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 Hospital & Surgical Insurance

Tarikh: No. Polisi: 

## NOTA-NOTA 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. Kewajipan 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 dan/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 J atau laman web kami di [www.axa.com.my](http://www.axa.com.my).
- Sila lengkapkan borang ini dan jawab semua soalan dengan sepenuh-penuhnya. Adalah penting bahawa sebarang soalan perlu dijawab dengan lengkap termasuk maklumat tarikh-tarikh yang berkenaan untuk menyoegerakan proses permohonan Anda. Sebarang soalan yang tidak dijawab akan dianggap sebagai penafian.
- 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.

Jenis Permohonan:  Permohonan Baru  Mengubah Pelan  Menambah Ahli Keluarga  Pembaharuan  Penguatkuasaan Semula  Menambah Rider

## A. BUTIR-BUTIR PENCADANG (Jika selain daripada orang yang hendak diinsuranskan)

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 K/P/Pasport>Nama Syarikat Berdaftar):					
Alamat Surat-Menyurat:					Poskod:
No. KP Baru/Pasport/Pendaftaran Sykt.:			Tarikh Lahir: hh/bb/tt		E-mel:
No. Tel. (H/P):		No. Tel. (Pejabat):		No. Tel. (Rumah):	
Taraf Perkahwinan: <input type="checkbox"/> Berkahwin <input type="checkbox"/> Bujang					
Bangsa: <input type="checkbox"/> Melayu <input type="checkbox"/> Cina <input type="checkbox"/> India <input type="checkbox"/> Lain-lain			Perhubungan dengan orang yang hendak diinsuranskan: <input type="checkbox"/> Suami/Isteri <input type="checkbox"/> Ibubapa/Anak <input type="checkbox"/> Majikan/Pekerja <input type="checkbox"/> Lain-lain: _____		

## B. BUTIR-BUTIR ORANG YANG HENDAK DIINSURANSKAN

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 K/P/Pasport):					
Alamat Surat-Menyurat:					Poskod:
No. KP Baru/Pasport:		Tarikh Lahir: hh/bb/tt		Umur pada harijadi akan datang:	
Ketinggian: cm		Berat Badan: kg			
No. Tel. (H/P):		No. Tel. (Pejabat):		No. Tel. (Rumah):	
Warganegara:					
E-mel:			Bangsa: <input type="checkbox"/> Melayu <input type="checkbox"/> Cina <input type="checkbox"/> India <input type="checkbox"/> Lain-lain		
Taraf Perkahwinan: <input type="checkbox"/> Berkahwin <input type="checkbox"/> Bujang					
Perniagaan atau Pekerjaan:					Jenis Kerja:
Kegunaan Persendirian: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak			Perjanjian Kolektif/SOCSO/Perjanjian Pampasan Pekerja: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		

### C. BUTIR-BUTIR AHLI KELUARGA YANG HENDAK DIINSURANSKAN

#### Suami/Isteri:

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 K/P/Pasport):					
No. KP Baru/Pasport:		Warganegara:		Ketinggian: _____ cm	Berat Badan: _____ kg
No. Tel. (H/P):		No. Tel. (Pejabat):		No. Tel. (Rumah):	
E-mel:		Tarikh Lahir: hh/bb/tt	Umur pada harijadi akan datang:	Bangsa: <input type="checkbox"/> Melayu <input type="checkbox"/> Cina <input type="checkbox"/> India <input type="checkbox"/> Lain-lain	
Perniagaan atau Pekerjaan:			Jenis Kerja:		

#### Anak 1

Nama (seperti dalam K/P/Pasport):					
No. Sijil Kelahiran/K/P/Pasport:				Jantina: <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan	
Adakah anak ini seorang pelajar sepenuh masa di Malaysia? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak			Ketinggian: _____ cm	Berat Badan: _____ kg	
Tarikh Lahir: hh/bb/tt			Umur pada harijadi akan datang:		

#### Anak 2

Nama (seperti dalam K/P/Pasport):					
No. Sijil Kelahiran/K/P/Pasport:				Jantina: <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan	
Adakah anak ini seorang pelajar sepenuh masa di Malaysia? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak			Ketinggian: _____ cm	Berat Badan: _____ kg	
Tarikh Lahir: hh/bb/tt			Umur pada harijadi akan datang:		

#### Anak 3

Nama (seperti dalam K/P/Pasport):					
No. Sijil Kelahiran/K/P/Pasport:				Jantina: <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan	
Adakah anak ini seorang pelajar sepenuh masa di Malaysia? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak			Ketinggian: _____ cm	Berat Badan: _____ kg	
Tarikh Lahir: hh/bb/tt			Umur pada harijadi akan datang:		

### D. BUTIR-BUTIR INSURANS

Produk: <input type="checkbox"/> <b>SmartCare Optimum</b> <input type="checkbox"/> <b>SmartCare Executive</b> <input type="checkbox"/> <b>SmartCancer Cash</b> <input type="checkbox"/> <b>SmartCare Optimum Plus</b> <input type="checkbox"/> Lain-lain, sila nyatakan: _____																	
Untuk <b>SmartCare Optimum</b> sahaja - Pilihan Deduktibel <input type="checkbox"/> Ya, sila pilih diskaun & amaun deduktibel. - Rider Tambahan <input type="checkbox"/> Ya, sama pelan dengan pelan asas.																	
Diskaun Premium (Deduktibel): <input type="checkbox"/> 25% (RM7,500) <input type="checkbox"/> 30% (RM10,000) <input type="checkbox"/> 40% (RM15,000) <input type="checkbox"/> 50% (RM20,000)																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Orang Yang Hendak Diinsurankan</th> <th>Pelan</th> <th>Premium Tahunan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Diri Sendiri</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Suami/Isteri</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anak-anak</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Orang Yang Hendak Diinsurankan	Pelan	Premium Tahunan	Diri Sendiri			Suami/Isteri			Anak-anak			Premium Tahunan: RM Tambah Beban Pekerjaan (jika ada): RM Tambah Cukai: RM Tambah Duti Setem RM 10.00: RM <b>Jumlah Amaun Harus Dibayar: RM</b>		
Orang Yang Hendak Diinsurankan	Pelan	Premium Tahunan															
Diri Sendiri																	
Suami/Isteri																	
Anak-anak																	

Nama Pencadang: \_\_\_\_\_

## E. SENARAI SOALAN

1. Pernahkah sesiapa daripada Pemohon-pemohon yang dicadangkan untuk insurans ini menghadapi, menerima nasihat kesihatan, kaunseling atau rawatan yang berkaitan dengan berikut:
- |  | Ya                       | Tidak                    |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (a) sebarang penyakit pada otak, penyakit urat saraf, serangan epilepsi, kegusaran, gangguan mental atau urat saraf?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (b) sebarang masalah pada paru-paru seperti asma, muntah darah, penyakit tuberkulosis, bronkitis, pneumonia?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (c) sebarang masalah pada jantung, penyakit strok, demam reumatik, sakit dada, sesak nafas, gangguan injap jantung/prolaps atau penyakit pagedaran?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (d) sebarang masalah pada perut, usus, ginjal, hati, pankreasi, hepatitis, gastrik atau pundi?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (e) sebarang bentuk masalah penyakit reumatisme, penyakit artritis, gout atau sakit belakang?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (f) sebarang kelenjar bengkak, karsinoma, kanser, tumor, ketulan, leukemia, limfoma, HIV/AIDS, SLE, gangguan sistem imunisasi atau darah?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (g) sebarang keadaan perubahan/kesihatan yang menimbulkan keperluan rawatan seperti tekanan darah yang meningkat, diabetes, kolestrol atau pengambilan ubat kerana sebab-sebab perubahan/kesihatan lain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (h) sebarang masalah pada mata, telinga, hidung atau kerongkong?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (i) sebarang alahan terhadap makanan, tumbuh-tumbuhan, debunga, debu, ubat-ubatan, haiwan dan sebagainya?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (j) sebarang sakit puan, fibroid, endometriosis, gangguan prostat, gumpalan payudara, gangguan haid atau virus papillo manusia?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (k) sebarang pemerhatian, nasihat perubatan atau pembedahan, ujian diagnostik, ujian kanser atau kemasukan ke hospital?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (l) sebarang penilaian atau rawatan yang belum dijalankan atau diselesaikan?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Adakah salah satu dari Pemohon-pemohon yang dicadangkan bagi insurans ini:
- |  | Ya                       | Tidak                    |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (a) menghadapi daripada atau kini menghadapi sebarang kecacatan anggota badan, penyakit keturunan, kelemahan atau perihai keadaan kongenital?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (b) ada pelan insurans kesihatan/nyawa/kemalangan/penyakit kritikal yang ditolak atau dihadkan atau diterima dengan syarat-syarat tertentu?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (c) mempunyai insurans kesihatan lain yang masih berkuatkuasa dengan mana-mana syarikat?<br>(Jika 'Ya', sila lampirkan salinan kontrak polisi tersebut)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (d) pernah membuat sebarang tuntutan dari syarikat insurans lain untuk polisi kesihatan/nyawa/kemalangan/penyakit kritikal?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (e) pernah menjalani pemeriksaan kesihatan atau ujian darah, pap smear, mammogram dalam tempoh 5 tahun lepas?<br>(Jika 'Ya', sila lampirkan salinan laporan tersebut)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (f) kini di bawah pemerhatian atau menjalani rawatan perubatan atau rawatan atau mengetahui tentang sebarang tanda atau simptom yang mungkin menandakan gangguan kesihatan atau keadaan kesihatan yang tidak baik? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Jika 'Ya' kepada soalan 1 dan 2, sila berikan butir-butir lanjut.  
(Jika perlu ruang tambahan, sila gunakan lampiran tambahan dan sertakan bersamaan dengan borang ini)
- Nama Orang    Jenis Hilang Upaya    Tarikh Hilang Upaya    Berapa Lamanya    Akibat Rawatan    Nama & Alamat Doktor/Hospital

4. Adakah terdapat mana-mana keluarga terdekat anda (yang masih hidup atau yang telah meninggal dunia) pernah didiagnos dengan kanser atau familial adenomatous polyposis (FAP) sebelum berumur 60 tahun? Jika ya, sila nyatakan butiran seperti di bawah:

Hayat Diinsurankan	Hubungan	Jenis Penyakit	Umur Penyakit Bermula	Umur Semasa Meninggal (jika berkenaan)

5. Sila berikan nama, alamat dan nombor telefon doktor keluarga Anda:

## F. PENAMAAN CALON

Saya/Kami ingin melantik yang berikut sebagai penama-penama saya/kami untuk Insurans **SmartCare Optimum/SmartCare Executive/SmartCancer Cash/SmartCare Optimum Plus**.

Nama	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"))
- Sebarang penama yang beragama Islam mesti menerima manfaat polisi sebagai wasi dan bukannya secara waris.
  - 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 menyerah hak.
  - Penama lain bukan Islam adalah diambil sebagai wasi dan bukannya secara waris.
  - Pemegang polisi seharusnya melantik satu pemegang amanah bagi wang polisi. Jika tidak, penama yang layak akan menjadi pemegang amanah.
  - 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 menyerah hak manfaat polisi ini kepada penama.
  - Penama-penama mesti berumur 18 tahun dan ke atas.
  - Borang Permohonan ini merupakan sebahagian daripada kontrak polisi.



## G. PENGAKUAN

Saya/Kami dengan ini mengesahkan bahawa saya/kami berpuas hati dengan penerangan mengenai maklumat penting ciri-ciri utama produk seperti yang dinyatakan dalam risalah.

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 membenarkan sebarang hospital, pakar bedah, doktor yang berdaftar atau klinik atau lain-lain orang perseorangan yang berkenaan dengan hal saya/kami ini untuk menerangkan kepada AXA AFFIN GENERAL INSURANCE BERHAD tentang sebarang atau keseluruhan maklumat yang berkaitan dengan sebarang penyakit atau kecederaan saya/kami serta memberikan salinan segala rekod hospital atau rekod/pengesahan kesihatan termasuk sejarah kesihatan saya/kami yang lampau. Salinan kebenaran ini adalah sah diperlakukan seperti salinan asal.

Saya/Kami memahami bahawa polisi ini akan berkuatkuasa selepas premium tahunan penuh dibayar serta permohonan sah diterima dan dipersetujui oleh AXA AFFIN GENERAL INSURANCE BERHAD.

Saya/Kami seterusnya mengakui bahawa semua terma telah diterangkan sepenuhnya dan jawapan-jawapan yang diberikan merupakan maklumat sebenar yang diberitahu oleh saya/kami kepada orang yang mengisikan borang bagi pihak saya/kami.

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.

hh/bb/tt

Tandatangan Pemohon  
(bagi semua pihak orang yang hendak diinsuranskan)

Tandatangan Pencadang  
(jika selain daripada orang yang hendak diinsuranskan)

Tarikh

## H. KAEDAH BAYARAN

Saya 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.

## I. DILENGKAPI OLEH PENGANTARA

Saya/Kami mengesahkan bahawa saya/kami telah melihat K/P/Pasport/Sijil Pendaftaran (Borang 9 atau 13) yang asal dan memeriksa butiran pemohon.

Tandatangan Agen/ Pegawai Pemasaran:

Nama yang menandatangani:

Kod Akaun Agen:

Kod Akaun Pegawai Pemasaran:

Cawangan:

Tarikh: hh/bb/tt

## J. 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 menyahkan 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 perfungsi 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 Pembetulan

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 pembetulan secepat mungkin. Fi mungkin akan dikenakan untuk tujuan ini. Kami mungkin meminta pengesahan mengenai identiti anda sebelum membenarkan akses atau pembetulan 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 mengehendkan 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](mailto:customer.servicedpp@axa.com.my)

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