



**2. Personal details and habits / Butiran Peribadi dan amalan**

If you answered "Yes" on any of the questions, please provide details on the blank space provided at the end of this questionnaire  
 Jika "Ya" kepada sebarang soalan-soalan di bawah, , sila berikan butiran lanjut pada ruang tambahan di akhir soalan tersebut

	Insured / Hayat Diinsuanskan		Owner / Pemunya Polisi		If "yes", please indicate details Jika "Ya", sila nyatakan butirannya
	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak	
a) Has any application or application for reinstatement of a life, critical illness, health, or accident insurance on your life ever been declined, deferred or accepted with higher than standard premiums or offered with revised terms due to health reasons? <i>Pernahkah permohonan atau permohonan bagi pengembalian semula insurans nyawa, penyakit kritikal, perubahan/kesihatan atau kemalangan anda ditolak, ditunda atau diterima dengan premium tambahan ke atas kadar premium standard atau ditawarkan dengan syarat yang dikaji semula atas sebab-sebab kesihatan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Have you ever made a claim for disability, accident, medical or critical illness insurance and/or social welfare benefit or are you presently receiving disability benefit or incapable for work? <i>Pernahkah anda membuat apa-apa tuntutan insurans hilang upaya, kemalangan, kesihatan atau penyakit kritikal dan/atau manfaat kebajikan social atau adakah anda kini menerima sebarang manfaat untuk hilang upaya atau tidak berupaya untuk berkerja?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Do you use any tobacco or nicotine product (e.g. cigarettes, cigar or pipes)? If yes, state the type, quantity per day and the number of years of usage? If you have stopped such usage, state the cessation date and reasons for cessation. <i>Adakah anda menggunakan apa-apa produk tembakau atau nikotin (contoh., rokok, cerut atau paip)? Jika ya, sila nyatakan jenis, bilangan batang sehari dan bilangan tahun merokok? Sekiranya, anda telah berhenti penggunaan tersebut, nyatakan tarikh pemberhentian.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Do you engage or do you have any intention to engage in any of the following pursuits: Aviation, skydiving, parachuting, hang gliding, motor sports, diving, mountaineering, caving, or any other dangerous sports? <i>Pernahkah anda melibatkan diri atau bercadang untuk melibatkan diri dalam mana-mana kegiatan seperti yang berikut: Penerbangan, terjunan udara, sukan payung terjun, peluncuran gantung, sukan bermotor, menyelam, mendaki gunung, meneroka gua, atau mana-mana sukan lain yang berbahaya?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**3. Build information / Maklumat Tinggi dan Berat**

		Insured / Hayat Diinsuanskan	Policy Owner / Pemunya Polisi
a) Please state your present height and weight <i>Sila nyatakan keinggian dan berat semasa anda</i>	Height (cm) Ketinggian (cm)		
	Weight (kg) Berat (kg)		
b) Was there any weight change in the past year? <i>Ada apa-apa perubahan berat badan pada tahun lepas?</i>	Yes Ya		
	No Tidak		
If yes, please state how much gain or loss and reason for change? <i>Jika ya, sila nyatakan jumlah pertambahan atau kehilangan berat badan dan sebab-sebab perubahan?</i>	Weight (kg) Berat (kg)		

## 4. Medical information / Maklumat Perubatan

	Insured / Hayat Diinsuanskan		Owner / Pemunya Polisi		If "yes", please indicate details Jika "Ya", sila nyatakan butirannya
	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak	
a) Have you or your spouse been told to have or had received any medical advice, counselling or treatment in connection with sexually transmitted disease, AIDS, AIDS Related Complex or any other AIDS related condition? <i>Pernahkah anda atau pasangan anda diberitahu mengalami atau menerima sebarang nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan yang berhubung dengan penyakit jangkitan seks, AIDS, kompleks berkaitan AIDS atau sebarang keadaan lain berkaitan dengan AIDS?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) In the PAST FIVE YEARS, have you had any tests done such as angiogram, X-ray, ultrasound, CT scan, PET scan, MRI, biopsy, echocardiogram, electrocardiogram (ECG), blood, or urine test, mammogram, pap smear or other diagnostic test or are you currently awaiting the results of any test or advised to undergo or repeat any test? If yes, please state type, reason, date of test done and results of test (copy to be submitted if available). <i>Dalam tempoh LIMA TAHUN, adakah anda pernah menjalankan apa-apa ujian seperti angiogram, X-ray, ultrabunyi, CT scan, imbasan PET, MRI, biopsy, ekokardiogram, elektrokardiogram (ECG), darah, air kencing, mammogram, pap smear atau apa-apa ujian diagnostic atau sedang menunggu ujian laporan atau dinasihatkan untuk menjalani atau mengulang mana-mana ujian? Jika ya, sila nyatakan jenis, sebab, tarikh ujian dilakukan dan keputusan (salinan hendaklah dikemukakan jika ada).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Have you ever been advised to have follow up, consultation or undergo any medical investigation, counselling, operation, medication or treatment or referred to any specialist or hospital? If yes, please state reason, name of doctor and hospital. <i>Pernahkah anda dinasihatkan untuk susulan, berjumpa atau menjalani sebarang siasatan perubatan, kaunseling, pembedahan, ubat atau rawatan atau dirujuk kepada mana-mana pakar atau hospital? Jika ya, sila nyatakan sebab, nama doktor dan hospital.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Do you currently experience any signs or symptoms which you plan to consult or schedule to see a doctor? If yes, please state the symptoms experienced. <i>Adakah anda sedang mengalami apa-apa tanda atau gejala yang anda bercadang untuk berjumpa atau temujanji berjumpa doctor? Jika ya, sila nyatakan gejala yang dialami.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Have you ever had or been told to have or had received medical advice or treatment for any of the following: <i>Pernahkah anda mengalami atau diberitahu atau menerima nasihat perubatan atau rawatan bagi mana-mana yang berikut:</i> (i) Cancer, tumour, leukemia, melanoma, Hodgkin's disease, lymphoma, or any malignant or pre-malignant condition? <i>Kanser, tumor, leukemia, melanoma, penyakit Hodgkin, limfoma, atau sebarang keadaan malignan atau pra-malignan?</i> (ii) Heart attack, angina, chest pain or discomfort, hypertension or high blood pressure, raised cholesterol, palpitations, coronary artery disease, rheumatic fever, heart murmur, heart valve disorders, cardiomyopathy, breathlessness, irregular or fast heart rate, heart defects from birth or heart surgery, disease of or any other disorders of the heart or blood vessels? <i>Serangan jantung, angina, sakit dada atau ketidakselesaan, tekanan darah tinggi, kolesterol meningkat, palpitasi, penyakit arteri koronari, demam reumatik, bisikan hati, gangguan injap jantung, kardiomyopathy, sesak nafas, kadar jantung yang tidak teratur atau cepat, kecacatan jantung dari kelahiran atau pembedahan jantung, penyakit atau apa-apa gangguan lain pada jantung atau saluran darah?</i> (iii) Stroke, transient ischaemic attack (TIA), brain haemorrhage or brain injury? <i>Strok, serangan iskemia sementara (TIA), pendarahan otak atau kecederaan otak?</i> (iv) Multiple sclerosis, Parkinson's disease, paralysis, epilepsy, febrile fits, hydrocephalus weakness of limb, prolonged or recurrent dizziness or headache or fainting or unconsciousness, Alzheimer's disease, dementia or cerebral palsy or any other disorder of the central nervous system (the brain, spinal cord and nerves), including but not limited to Huntington's disease, Motor Neurone disease or myelitis? <i>Skerosis berbilang, penyakit Parkinson, kelumpuhan, epilepsi, sawan febril (demam), hydrocephalus, kelemahan anggota badan, sakit kepala atau pening berpanjangan, atau pengan atau tidak sedarkan diri, penyakit Alzheimer, demensia atau serebrum palsy atau gangguan lain system saraf pusat (otak, saraf tunjang dan saraf), termasuk tetapi tidak terhad kepada penyakit Huntington, Motor Neuron atau myelitis?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Health Declaration Form / Borang Pengesahan Kesihatan Diri

Have you ever had or been told to have or received treatment for <i>Pernahkah anda mengalami atau diberitahu untuk atau menerima rawatan bagi</i>	Insured / Hayat DiInsuanskan		Owner / Pemunya Polisi		If "yes", please indicate details Jika "Ya", sila nyatakan butirannya
	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak	
(v) Diabetes, abnormal blood sugar or sugar in the urine, goiter or disease of the thyroid or any other endocrine disorders? <i>Kencing manis, gula darah yang abnormal atau gula dalam air kencing, goiter atau penyakit tiroid atau mana-mana gangguan endokrin yang lain?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(vi) Any cyst, lump, enlarged lymph nodes/glands, swelling or growth of any kind, skin infection, rash or any other chronic skin disease? <i>Apa-apa sista, ketumbuhan, pembesaran nod limfa/kelenjar, bengkak atau sebarang jenis ketumbuhan, jangkitan kulit, ruam atau mana-mana penyakit kulit kronik yang lain?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(vii) Blood or protein in the urine, kidney stones, multiple urinary tract infections or any other disease or disorder of the kidney, ureter, bladder, urethra, prostate or genital organs? <i>Darah atau protin dalam air kencing, batu karang, pelbagai jangkitan saluran kencing atau apa-apa penyakit atau gangguan buah pinggang, saluran kencing, pundi kencing uretra, prostat atau organ kelamin?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(viii) Anemia, any other disorders of the blood, advised to abstain from donating blood or had received blood transfusion or blood products on account of haemophilia or any other reason? <i>Anemia, apa-apa gangguan lain darah, dinasihatkan dari menderma darah atau menerima pemindahan darah atau produk darah akibat penyakit darah atau apa-apa sebab lain?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(ix) Asthma, bronchitis, persistent hoarseness or cough, coughing with blood, pneumonia, tuberculosis, chest or breathing complaints or discomfort or any other lung or respiratory disorders? <i>Asma, bronchitis, serak berterusan atau batuk, batuk darah, pneumonia, tuberkolosis, gangguan dada atau pernafasan atau ketidak selesaan atau gangguan paru-paru yang lain atau gangguan pernafasan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(x) Jaundice, hepatitis B or C or any form of hepatitis, liver disorder or gall bladder disorder? <i>Penyakit kuning, hepatitis B atau C atau hepatitis lain, sebarang gangguan hati atau pundi hempedu?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(xi) Gastritis, stomach or duodenal or peptic ulcer, blood in stools, fistula, piles, hemorrhoids, colitis, Crohn's disease, hernia, irritable bowel syndrome, or any other stomach, intestines, bowel, pancreas or digestive system disease or disorder? <i>Gastrik, ulser perut atau duodenum atau peptik, najis berdarah, fistula, buasir, colitis, penyakit Crohn, hernia, sindrom usus terganggu, atau sebarang gangguan pada perut, usus, pancreas atau penyakit atau gangguan sistem penghadaman?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(xii) Disorder or disease of muscle, bones, limbs, spine, back or joints, deformity, amputation, slipped disc, prolapsed intervertebral disc, gout, arthritis, osteoporosis, rheumatism, bone fracture, back trouble or other musculoskeletal disorders? <i>Gangguan atau penyakit otot, tulang, anggota badan, tulang belakang atau tulang sendi, kecacatan, amputasi, cakera teranjak, cakera intervertebral tergelincir, gout, artritis, osteoporosis, penyakit sendi, patah tulang, gangguan sakit belakang atau gangguan muskuloskeletal yang lain?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(xiii) Ear discharge, nose bleeds, double vision, deafness, blindness, impaired sight, hearing or speech or any other disease or disorders of ear, eye, nose, mouth or throat? <i>Bendalir telinga, hidung berdarah, penglihatan berganda, pekak, buta, penglihatan, pendengaran atau pertuturan terganggu/terjejas atau penyakit atau gangguan lain yang melibatkan telinga, mata, hidung, mulut atau kerongkong?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(xiv) Consult or referred to a psychiatrist or had any kind of medical attention for depression, anxiety, schizophrenia, suicide attempt, stress or any other mental or nervous breakdown or disorders? <i>Berunding atau dirujuk kepada pakar psikiatri atau menerima mana-mana rawatan perubatan untuk kemurungan, kebimbangan, skizofrenia, cubaan bunuh diri, tekanan, atau gangguan mental atau gugup yang lain?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(xv) Systemic Lupus Erythematosus (SLE), Kawasaki disease or any other disorder of the immune system or disease of the connective tissue or skin? <i>Sistemik Lupus Erythematosus (SLE), penyakit Kawasaki atau sebarang gangguan kepada sistem imun atau penyakit yang berkaitan dengan tisu atau kulit?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**5. Medical Information for FEMALE ONLY / Maklumat Perubatan bagi WANITA SAHAJA**

	Insured / Hayat Diinsuanskan		Owner / Pemunya Polisi		If "yes", please indicate details Jika "Ya", sila nyatakan butirannya
	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak	
a) Are you now pregnant? If yes, how many months? <i>Adakah anda hamil sekarang? Jika ya, berapa bulan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Months Bulan <input type="text"/> <input type="text"/>
b) Have you ever been or currently being informed, investigated, treated or advised to seek any medical or surgical treatment for any one/more of the following: disease of the breast/female organs; breast lump; menstrual disorders or irregular or painful or unusually heavy menstruation, fibroids, cysts; abnormal pap smear(s) or any complications of pregnancy/child birth or been advised to have a mammogram, biopsy, operation of the breast, ultrasound of the breast or pelvis or any other gynecological investigations? If yes, please state type, reasons, date of test done and results of test (copy to be submitted if available) <i>Pernakah anda mengalami atau sedang dimaklum, disiasat, dirawat atau dinasihatkan untuk mendapatkan apa-apa rawatan perubatan atau pembedahan untuk sebarang satu/lebih daripada yang berikut: penyakit payu dara/organ wanita; gumpalan payu dara, gangguan haid atau kitaran yang tidak menentu atau kesakitan atau pendarahan haid yang berlebihan, fibroid, sista, pap smear yang tidak normal atau sebarang komplikasi kehamilan/melahirkan anak atau dinasihatkan untuk melakukan mammogram, biopsi, pembedahan terhadap payu dara, ultrasunyi terhadap pelvis, atau apa-apa siasatan gnekologi lain? Jika ya, sila nyatakan jenis, sebab, tarikh ujian dilakukan dan keputusan ujian (salinan hendaklah dikemukakan jika ada)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**6. Authorization For Disclosure Of Customer Information  
Pemberian Kuasa Untuk Maklumat Pelanggan**

a) I/We hereby authorize AXA AFFIN Life Insurance to share my/our information with other entities within the financial group, bank partners as well as other strategic alliances (including telcos) purely for marketing, cross-selling and other promotional activities. (Please tick the box if you agree) <i>Saya/Kami dengan ini membenarkan AXA AFFIN Life Insurance untuk berkongsi maklumat saya/kami dengan entiti kumpulan kewangan yang lain, rakan bank termasuk rakan strategik yang lain (termasuk syarikat telekomunikasi) untuk kegunaan pemasaran, jualan-silang dan sebarang aktiviti promosi. (Sila tandakan kotak tersebut jika anda bersetuju)</i>	<input type="checkbox"/> Yes Ya	<input type="checkbox"/> No Tidak
b) Is the Insured/Owner a U.S. citizen or U.S. tax resident? If yes, please complete the attached Declaration by U.S. persons under the Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA). <i>Adakah Hayat Diinsuanskan/Pemunya Polisi ialah warganegara U.S. atau pemastautin cukai U.S? Sekiranya Ya, sila lengkapkan borang Pengisytiharaan oleh warganegara U.S di bawah Akta Pematuhan Cukai Asing (FATCA) yang disertakan.</i>	<input type="checkbox"/> Yes Ya	<input type="checkbox"/> No Tidak

**Declaration And Authorization / Pengisytiharan Dan Pemberian Kuasa**

I/We hereby declare and agree to the following:

*Saya/Kami dengan ini mengakui dan bersetuju dengan yang berikut:*

- I/We am/are aware that it is my/our pre-contractual duty of disclosure that I/we must exercise reasonable care not to misrepresent i.e., to give false answers/information when answering any questions in the Health Declaration form or any questionnaires requesting for further information or details asked by the Company and that I/we have answered the questions fully, accurately and completely. /  
*Saya/Kami sedar bahawa kewajiban pendedahan pra-kontrak saya/kami untuk mengambil penjaagaan munasabah untuk tidak membuat salah nyataan iaitu, untuk memberikan jawapan palsu/maklumat apabila menjawab setiap soalan dalam borang Pengesahan Kesihatan Diri atau apa-apa soal selidik yang meminta maklumat atau butir lanjutan oleh Syarikat dan saya/kami akan menjawab semua soalan dengan sepenuhnya, tepat dan lengkap.*
- I/We have read and understood the contents of this Health Declaration form including all warnings and notices therein and I/we have fully and accurately answered all the questions in the Health Declaration form and the other questions asked by the Company, if any, after having fully read and understood the questions./  
*Saya/Kami telah membaca dan memahami kandungan borang Pengesahan Kesihatan Diri ini termasuk semua amaran dan notis penting di dalamnya dan saya/kami telah menjawab semua soalan dalam borang Pengesahan Kesihatan Diri dan soalan-soalan lain yang diminta oleh Syarikat, jika ada, dengan tepat dan sepenuhnya selepas membaca dan memahami soalan yang diajukan.*
- I/We am/are aware that I/we must inform the Company in writing of any change in the state of health, occupation, participation of hazardous pursuits, travel or country of residence or any changes to the answers given in this Health Declaration form if the change occurred after I/we have submitted the Health Declaration form but before the reinstatement is approved. /  
*Saya/Kami sedar bahawa saya/kami hendaklah memberitahu Syarikat secara bertulis sekiranya ada sebarang perubahan dalam keadaan kesihatan, pekerjaan, penyertaan kegiatan berbahaya, perjalanan atau negara tempat tinggal yang diduduki atau sebarang perubahan dalam jawapan yang diberikan di dalam borang Pengesahan Kesihatan Diri ini sekiranya perubahan berlaku selepas penyerahan borang Pengesahan Kesihatan Diri tetapi sebelum penguatkuasaan semula polisi diluluskan.*

## Health Declaration Form / Borang Pengesahan Kesihatan Diri

4. I/We fully understand that my/our answers and/or statements given in respect of the questions asked by the Company, and any other relevant documents completed by me/us in connection with the application for reinstatement and in any medical report or amendments (collectively referred to as "the information") thereto shall form part of the contract and that the information is relevant to the Company in deciding whether to approve my/our application for reinstatement or not and the rates and terms to be applied. /  
*Saya/Kami memahami sepenuhnya bahawa jawapan saya/kami dan/atau pernyataan yang diberikan atas pertanyaan Syarikat, dan apa-apa dokumen lain yang berkaitan yang dilengkapkan oleh saya/kami berkaitan dengan permohonan penguatkuasaan semula polisi dan apa-apa laporan perubatan atau pindaan (secara kolektif dirujuk sebagai "maklumat") dengannya membentuk sebahagian daripada endorsemen dan bahawa maklumat ini adalah relevan untuk Syarikat membuat keputusan sama ada untuk meluluskan permohonan penguatkuasaan semula polisi saya/kami atau tidak, dan kadar dan terma yang hendak dipakai.*
5. I/We am/are aware that if any of my answers or statements or information given by me/us are not accurate/correct, the application for reinstatement may either be rejected, or treated as if it never existed, or my/our claim rejected or not fully paid or reduced or the terms of the policy changed or varied. /  
*Saya/Kami sedar bahawa jika apa-apa jawapan atau pernyataan atau maklumat yang diberikan oleh saya tidak tepat/betul, permohonan bagi penguatkuasaan semula polisi mungkin akan ditolak, atau dianggap seolah-olah ia tidak pernah wujud, atau tuntutan saya/kami ditolak atau tidak dibayar sepenuhnya atau dikurangkan, atau terma polisi berubah atau diubah.*
6. If the said policy is reinstated, the terms and conditions of the Incontestability and Suicide provisions shall be effective from the Reinstatement Date; *Sekiranya polisi ini dikuatkuasakan semula, terma-terma dan syarat-syarat bagi peruntukan Tidak Boleh Tanding serta Pengecualian Bunuh Diri akan berkuatkuasa daripada Tarikh Penguatkuasaan Semula Polisi;*
7. The policy shall not be reinstated or request for inclusion of rider or increase in Sum Assured shall not be approved by reason of payment of premium in arrears or additional premium until such request has been received and approved by the Company at its Head Office. Should the Company decline to reinstate the policy or decline the request for inclusion of rider or increase in Sum Assured, the premium in arrears or additional premium paid shall be refunded without interest; and  
*Polisi tidak akan dikuatkuasakan atau permintaan bagi penambahan manfaat tambahan atau peningkatan Jumlah Perlindungan tidak akan diluluskan disebabkan oleh pembayaran premium tunggakan atau premium tambahan melainkan permohonan tersebut diterima dan diluluskan oleh Syarikat di Ibupejabat. Sekiranya Syarikat menolak penguatkuasaan semula polisi atau penambahan manfaat atau peningkatan Jumlah Perlindungan, premium tunggakan atau premium tambahan yang telah berbayar akan dipulangkan tanpa sebarang faedah; dan*
8. The Company reserves the right to call for further evidence of insurability.  
*Syarikat berhak untuk menghubungi pelanggan bagi mendapatkan butiran lanjut kebolehsuranaan.*
9. I take notice that my personal data as disclosed in this form will be processed by the Company for the purpose of rendering services to me as an insurance company;  
*Saya mengetahui bahawa data peribadi saya yang telah dinyatakan di dalam borang ini akan diproses oleh Syarikat untuk memberi perkhidmatan sebagai Penginsurans saya.*

Name of policy owner / Assignee Nama pemunya polisi / penerima hak	Mobile number Telefon bimbit	Signature Tandatangan	Date Tarikh

Name of insured Nama Hayat Diinsuranskan	Mobile number Telefon bimbit	Signature Tandatangan	Date Tarikh

Name of agent / witness Nama ejen / saksi	Agent code Kod Ejen	Signature Tandatangan	Date Tarikh

### 7. Track status of your request / Semakan status permohonan anda

You will be updated through SMS of additional requirements / Anda akan dimaklumkan melalui SMS atas sebarang keperluan tambahan.



[www.axa-affin.com](http://www.axa-affin.com)



1300-88-1616



[customer.care@axa-life.com.my](mailto:customer.care@axa-life.com.my)

AXA is committed to making your service experience as easy and stress-free as possible.

Thank you for insuring with us. We are always glad to be of service.

AXA komited untuk memudahkan pengalaman perkhidmatan sebaik mungkin dan mengurangkan risiko semampunya.

Terima kasih kerana memilih kami. Kami sedia untuk berkhidmat.