



redefining / standards

AXA Affin General Insurance Berhad (23820-W)

Ground Floor Wisma Boustead
71 Jalan Raja Chulan 50200 Kuala Lumpur
☎ (603) 2170 8282
☎ (603) 2031 7282
✉ customer.service@axa.com.my
🌐 www.axa.com.my

Proposal Form

Hospital & Surgical Insurance

GST Reg. No.:

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 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 administration or direct marketing purposes and in this connection, We may transfer or disclose that information to any of those other companies. We will cease to use the Personal Data for direct marketing purposes if You request Us to do so. For further details, please refer to Our "Data Privacy Notice" stipulated in Our website.
- 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.

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/SOCSO/Workmen Compensation Agreement: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				

HPHS(I)/PR (07/17)

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"/> SmartCare Optimum <input type="checkbox"/> SmartCare Executive <input type="checkbox"/> SmartCancer Cash <input type="checkbox"/> SmartCare Optimum Plus <input type="checkbox"/> Others, please specify: _____																		
Applicable to SmartCare Optimum 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 Total Amount Due: RM			
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 subparagraph 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.

dd/mm/yy

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

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

Date

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)

Visa MasterCard Credit Card No.: - - - Expiry Date:

Cardholder's Name:

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

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.

Cardholder's Signature:

Date: dd/mm/yy

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: _____



redefining / standards

AXA Affin General Insurance Berhad (23820-W)

Ground Floor Wisma Boustead
71 Jalan Raja Chulan 50200 Kuala Lumpur
☎ (603) 2170 8282
☎ (603) 2031 7282
✉ customer.service@axa.com.my
🌐 www.axa.com.my

Borang Cadangan Hospital & Surgical Insurance

No. Pendaftaran GST:

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.
- Maklumat peribadi yang dikemukakan dan dikumpul daripada Anda boleh digunakan oleh Kami dan/atau mana-mana ahli syarikat-syarikat Kumpulan AXA dan/atau mana-mana syarikat bersekutunya, di dalam atau di luar Malaysia, untuk tujuan pentadbiran dan pemasaran terus di mana, Kami boleh memindahkan atau mendedahkan maklumat-maklumat kepada mana-mana syarikat tersebut. Kami akan berhenti daripada menggunakan Maklumat Peribadi Anda untuk tujuan pemasaran langsung sekiranya Anda meminta Kami berbuat demikian. Untuk maklumat lanjut, sila rujuk "Notis Privasi Data" yang terdapat di laman web Kami.
- 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 menyegerakan proses permohonan Anda. Sebarang soalan yang tidak dijawab akan dianggap sebagai penafian.

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"/> SmartCare Optimum <input type="checkbox"/> SmartCare Executive <input type="checkbox"/> SmartCancer Cash <input type="checkbox"/> SmartCare Optimum Plus <input type="checkbox"/> Lain-lain, sila nyatakan: _____																	
Untuk SmartCare Optimum 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 Jumlah Amaun Harus Dibayar: RM		
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, kolesterol 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? (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, <i>pap smear</i> , <i>mammogram</i> dalam tempoh 5 tahun lepas? (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 subperenggan 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.

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)

Visa MasterCard No. Kad Kredit: - - - Tarikh Tamat Tempoh:

Nama Pemegang Kad:

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

Tandatangan Pemegang Kad:

Tarikh: hh/bb/tt

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

Nama Pencadang: _____