



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

IMPORTANT NOTES

- 1. STATEMENT PURSUANT TO SECTION 149(4) OF THE INSURANCE ACT 1996, MALAYSIA: If you do not fully and faithfully give the facts as you know them or ought to know them, the policy may be invalidated.
2. The personal data submitted by and collected from you may be used by us and/or any company within the AXA Group of companies...
3. Please complete this form by answering carefully all questions. It is important that a complete answer be given to every question...

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

Policy No.: [ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]

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

Form section A containing fields for Salutation, Gender, Name, Correspondence Address, Postcode, New NRIC/Passport/Co. Registered No., Email, Tel. No. (H/P), Tel. No. (Office), Tel. No. (Home), Ethnic Group, Marital Status, Date of Birth, and Relationship with person to be insured.

B. PARTICULARS OF PERSON TO BE INSURED

Form section B containing fields for Salutation, Gender, Name, New NRIC/Passport No., Height, Weight, Tel. No. (H/P), Tel. No. (Office), Tel. No. (Home), Marital Status, Email, Ethnic Group, Date of Birth, Age Next Birthday, Business or Profession/Occupation, and Nature of Work.

HPHS(0)/PR (11/12)

**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.:		Height: cm	Weight: kg
Tel. No. (H/P):		Tel. No. (Office):	
Tel. No. (Home):		Email:	
Marital Status: <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single		Date of Birth: dd/mm/yy	
Ethnic Group: <input type="checkbox"/> Malay <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Indian <input type="checkbox"/> Others		Age Next Birthday:	
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"/> 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 6% Service Tax (if premium paid by employer): 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

<p>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:</p> <p>(a) any disease of the brain, nervous breakdown, fits, anxiety, mental or nervous disorder?</p> <p>(b) any lung trouble, eg. asthma, spitting of blood, tuberculosis, bronchitis, pneumonia?</p> <p>(c) any heart trouble, stroke, rheumatic fever, chest pain, shortness of breath or circulatory disease?</p> <p>(d) any stomach, bowel, kidney, liver, pancreas, hepatitis, gastric or bladder trouble?</p> <p>(e) any form of rheumatism, arthritis, gout or back trouble?</p> <p>(f) any enlarged glands or any form of cancer, tumor or disorder of the blood?</p> <p>(g) any condition requiring treatment (eg. raised blood pressure, diabetes, cholesterol) or used medication for any other reason?</p> <p>(h) any eyes, ear, nose or throat trouble?</p> <p>(i) any allergy to food, plants, pollen, dust, medicines, animal, etc?</p> <p>(j) any gynaecology problem or venereal disease?</p> <p>(k) any observation, medical or surgical advice, diagnostic test, hospital confinement, investigation, or treatment that has not been performed or completed otherwise than as already stated?</p>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>2. Does any one of the Applicants proposed for Insurance hereunder:</p> <p>(a) suffered from or presently has any physical defect, hereditary disease, infirmity or congenital conditions?</p> <p>(b) ever been declined or restricted or accepted on special terms on other medical insurance plans?</p> <p>(c) has other health insurance currently in force with any companies? (If 'Yes', please attach a copy of the existing policy contract)</p> <p>(d) has ever made any claims from other insurance companies?</p> <p>(e) has ever carried out medical check-up or blood tests in the past 5 years? (If 'Yes', please attach a copy of the report)</p> <p>(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?</p>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. If the answer to question 1 and 2 are 'Yes', please provide details.  
(If more space is required, please write on separate sheet of paper and attach herewith)

<u>Name of Applicants</u>	<u>Nature of Disability</u>	<u>Date of Disability</u>	<u>For How Long</u>	<u>Result of Treatment</u>	<u>Name &amp; Address of Doctor/Hospital</u>

4. Please give your family doctor's name, address and telephone number:

## F. GENERAL INFORMATION ON INDIVIDUAL HEALTH PRODUCTS

This general information provides a summary of the main features of the following health products for illustration purposes and does not constitute a contract of insurance. Policyowners are advised to refer to the policy document for full details of the product terms and conditions, including those outlined below.

Major Benefits and Indicative Premium Rates	SmartCare Executive			SmartCare Optimum			
	Plan 1 (RM)	Plan 2 (RM)	Plan 3 (RM)	Plan 1 (RM)	Plan 2 (RM)	Plan 3 (RM)	Plan 4 (RM)
Hospital Room & Board (per day)	200	130	80	500	350	180	100
Reimbursement of medical expenses up to:							
• Annual limits on benefits payable	50,000	40,000	30,000	500,000	200,000	100,000	50,000
• Maximum limits per disability	12,500	10,000	7,500	N/A	N/A	N/A	N/A
Indicative premium for standard risks :							
Aged 35, Male - basic	436	381	298	1,003	706	508	447
- rider	N/A	N/A	N/A	36	38	36	30
Aged 45, Male - basic	594	520	406	1,588	1,037	762	662
- rider	N/A	N/A	N/A	68	72	69	58

### Terms of issue

- If I/we am/are to be hospitalised at a Room & Board rate, which is higher than the eligible benefit, I/we shall bear 20% of the other eligible benefits described in the Table of Benefits.
- This is a yearly renewable policy, no selective Renewal Loading & Exclusion on individual if claim is made during previous year.
- Premium rates are not guaranteed as it is depending on AXA's overall experience in underwriting this class of business.
- The implication of Section 149(4) of the Insurance Act 1996 whereby AXA has the right to void the policy in the event I/we failed to disclose relevant information that would affect the decision of AXA to accept or reject the risk, and on the premiums and terms to be applied on me/us.

### Major Benefit Limitations

- The general waiting period of 30 days and the waiting period of 120 days for specified illnesses and relevant periods applicable.
- The exclusions are not limited to exclusions of pre-existing and specified illnesses and I/we will refer to the policy contract for more detail on other exclusions.

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

## G. DECLARATION

I/We hereby declare that the essential information on major features of the product, as stated in Part F, 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 agree that this Declaration and answers given above, as well as any application or declaration or statement made in writing by me/ourselves or anyone acting on my/our behalf shall form the basis of the contract between me/ourselves with AXA AFFIN GENERAL INSURANCE BERHAD. I/We hereby further declare that I/we agree that in the event the declaration shall contain any misstatement, misrepresentation, suppression and/or fraud, the issuance of the policy shall not be or deemed to be a waiver of such misstatement, misrepresentation, suppression and/or fraud.

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.

\_\_\_\_\_  
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

Cheque: \_\_\_\_\_ for RM \_\_\_\_\_ (Cross and made payable to AXA AFFIN GENERAL INSURANCE BERHAD)

Visa  MasterCard Amount: RM

Credit Card No.:     -     -     -

Expiry Date:   /

Issuing Bank:

Cardholder's Name:

Cardholder's Signature:

## 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



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

## NOTA-NOTA PENTING

- MENGIKUT SEKSYEN 149(4) AKTA INSURANS 1996, MALAYSIA:** Jika anda tidak menyatakan sepenuhnya dan sebenar-benarnya fakta-fakta yang anda tahu atau sepatutnya tahu polisi yang dikeluarkan akan dianggap tidak sah. Anda juga perlu mengemukakan segala fakta yang anda sangsi samada fakta-fakta tersebut adalah penting untuk dikemukakan.
- Data peribadi yang anda beri dan diperoleh dari anda mungkin digunakan oleh kami dan/atau mana-mana syarikat di dalam kumpulan syarikat AXA Group dan/atau mana-mana syarikat bersekutu, di dalam atau di luar Malaysia, untuk pentadbiran atau tujuan pemasaran langsung di mana, kami mungkin memindahkan atau mendedahkan maklumat ini kepada mana-mana syarikat tersebut. Kami akan menghentikan penggunaan data peribadi untuk pemasaran langsung jika anda memohon yang demikian.
- Sila lengkapkan borang ini dan jawab semua soalan dengan sepuh-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

No. Polisi:

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

### 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:		Ketinggian: _____ cm	Berat Badan: _____ kg
No. Tel. (H/P):		No. Tel. (Pejabat):	
No. Tel. (Rumah):			
Taraf Perkahwinan: <input type="checkbox"/> Berkahwin <input type="checkbox"/> Bujang		E-mel:	
Bangsa: <input type="checkbox"/> Melayu <input type="checkbox"/> Cina <input type="checkbox"/> India <input type="checkbox"/> Lain-lain		Tarikh Lahir: hh/bb/tt	
		Umur pada harijadi akan datang:	
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"/> 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 6% Cukai Perkhidmatan (sekiranya premium dibayar oleh majikan): 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 atau penyakit pengedaran?	<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, atau sebarang bentuk penyakit kanser, tumor atau gangguan pada darah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) sebarang keadaan yang menimbulkan keperluan rawatan seperti tekanan darah yang meningkat, diabetes, kolestrol atau pengambilan ubat kerana sebab-sebab 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 atau penyakit kelamin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(k) sebarang pemerhatian, nasihat perubatan atau pembedahan, ujian diagnostik, kemasukan ke hospital, penilaian atau rawatan yang belum dijalankan atau diselesaikan selain dari yang telah dinyatakan?	<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 perihail keadaan kongenital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) ada pelan insurans kesihatan 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) pernah menjalani pemeriksaan kesihatan atau ujian darah 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. Sila berikan nama, alamat dan nombor telefon doktor keluarga anda:

## F. LEMBARAN MAKLUMAT BAGI PRODUK KESIHATAN INDIVIDU

Lembaran maklumat ini memberi ringkasan ciri-ciri utama produk kesihatan yang berikut bagi tujuan penerangan sahaja dan tidak membentuk sebahagian dari kontrak insurans. Pemegang polisi adalah dinasihatkan supaya merujuk kepada dokumen polisi untuk maklumat terperinci terma-terma dan syarat-syarat produk, termasuklah yang dinyatakan di bawah.

Manfaat-manfaat Utama dan Penanda Kadar Premium	SmartCare Executive			SmartCare Optimum			
	Pelan 1 (RM)	Pelan 2 (RM)	Pelan 3 (RM)	Pelan 1 (RM)	Pelan 2 (RM)	Pelan 3 (RM)	Pelan 4 (RM)
Bilik & Makanan (sehari)	200	130	80	500	350	180	100
Pembayaran balik bagi perbelanjaan rawatan:							
• Had tahunan bagi manfaat-manfaat yang dibayar	50,000	40,000	30,000	500,000	200,000	100,000	50,000
• Had maksimum bagi setiap hilang upaya	12,500	10,000	7,500	N/A	N/A	N/A	N/A
Penanda Premium untuk risiko standard :							
Umur 35, Lelaki - asas	436	381	298	1,003	706	508	447
- rider	N/A	N/A	N/A	36	38	36	30
Umur 45, Lelaki - asas	594	520	406	1,588	1,037	762	662
- rider	N/A	N/A	N/A	68	72	69	58

### Isu Terma

- Sekiranya saya/kami diwadkan pada kadar Bilik & Makanan Harian yang lebih tinggi daripada manfaat yang layak, saya/kami akan menanggung 20% daripada manfaat-manfaat layak lain yang dinyatakan di dalam Jadual Manfaat.
- Ini adalah polisi yang boleh diperbaharui secara tahunan, tiada Bebanan Pembaharuan atau Pengecualian ke atas individu jika tuntutan dibuat semasa tahun sebelumnya.
- Kadar premium tidak terjamin kerana ianya bergantung kepada pengalaman keseluruhan AXA dalam kelas pengunderaitan ini.
- Implikasi Seksyen 149(4) Akta Insurans 1996 yang mana AXA mempunyai hak untuk membatalkan polisi sekiranya saya/kami gagal memberi sebarang maklumat penting yang boleh memberi kesan kepada keputusan AXA untuk menerima atau menolak risiko dan premium-premium atau terma-terma yang dikenakan ke atas saya/kami.

### Had Manfaat Utama

- Tempoh tangguh am selama 30 hari dan tempoh tangguh selama 120 hari untuk penyakit tertentu dan tempoh yang berkaitan digunapakai.
- Pengecualian adalah tidak terhad kepada pengecualian untuk penyakit sedia ada dan penyakit tertentu dan saya/kami akan merujuk kepada kontrak polisi untuk maklumat lanjut tentang pengecualian yang lain.

## G. PENGAKUAN

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

Saya/Kami, dengan ini mengesahkan bahawa jawapan dan pernyataan yang tersebut di atas, adalah benar, dan saya/kami tidak merahsiakan sebarang maklumat yang berkaitan dengan permohonan ini. Saya/Kami bersetuju bahawa pengakuan ini dan jawapan yang diberikan tersebut di atas, ataupun sebarang permohonan atau pengakuan atau pernyataan bertulis oleh saya/kami atau wakil saya/kami ini, akan menjadi asas kepada kontrak di antara saya/kami dengan AXA AFFIN GENERAL INSURANCE BERHAD. Saya/Kami, dengan ini selanjutnya mengaku bersetuju bahawa sekiranya terwujud sebarang salah nyataan, penyekatan dan/atau penipuan, polisi yang dikeluarkan tidaklah dianggap sebagai menyisihkan salah nyataan, penyekatan dan/atau penipuan tersebut.

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 saya/kami memahami bahawa semua terma dan jawapan-jawapan yang diberikan merupakan maklumat sebenar yang diberitahu oleh saya/kami kepada orang yang mengisikan borang bagi pihak saya/kami.

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Pemohon  
(bagi semua pihak orang yang hendak diinsuranskan)

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Pencadang  
(jika selain daripada orang yang hendak diinsuranskan)

\_\_\_\_\_  
Tarikh  
hh/bb/tt

## H. KAEDAH BAYARAN

Cek: \_\_\_\_\_ sebanyak RM \_\_\_\_\_ (Dipalang dan berbayar kepada AXA AFFIN GENERAL INSURANCE BERHAD)

Visa  MasterCard Jumlah: RM \_\_\_\_\_

No. Kad Kredit:     -     -     -

Tarikh Luput:

Bank Pengeluar:

Nama Pemegang Kad:

Tandatangan Pemegang Kad:

## 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 Ajen/ Pegawai Pemasaran:

Nama yang menandatangani:

Kod Akaun Ajen:

Kod Akaun Pegawai Pemasaran:

Cawangan:

Tarikh: hh/bb/tt