



Proposal Form for SmartCare Xtra 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 Add Family Member

A. PARTICULARS OF EMPLOYEE (COMPULSORY TO COMPLETE)

Is the Employee to be Insured? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Name of Employed Company (as in Company Registered Name):	First Join Date: dd/mm/yyyy
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, 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/yyyy
E-mail:	Marital Status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married
Private Use: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Tel. no. (H/P):
Nationality:	
Collective Agreement / SOCSO / Workmen Compensation Agreement: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

B. PARTICULARS OF DEPENDENT(S) TO BE INSURED

Name (as in new NRIC/Passport)	Relationship with Employee (Spouse / Child)	New NRIC / Passport No.	Gender (Female / Male)	Date of Birth	E-mail	Tel. No. (H/P)	Nationality

C. DETAILS OF INSURANCE

Person to be Insured	Plan	Annual Premium (RM)
Self		
Spouse		
Children		

Annual Premium : RM
Add Tax : RM
Add Stamp Duty : RM
(RM10 per insured person)
Total Amount Due : RM

D. QUESTIONNAIRE

	Yes	No
1. Has any one of the Applicants proposed for Insurance suffered/suffering from or received/receiving medical advice, counselling or treatment from any of the following disease: pre-cancer, cancer, tumour or cysts, diabetes, brain or neurological disease, heart or circulatory disorder, disorder of endocrine, diseases diagnosed since childhood or disorder of the bone, joint or muscle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Has any one of the Applicants proposed for Insurance have or ever had any past observation /medical /surgical advice, hospital confinement, investigation or treatment for medical condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has any one of the Applicants proposed for Insurance ever been declined or restricted or accepted on special terms on other medical/life/ personal accident insurance plans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If the answer to any of the questions under 1, 2 or 3 is 'Yes', please provide details below:
 (If more space is required, please write on separate sheet of paper and attach herewith)

Name of applicant	Relevant Question (1, 2 or 3 above)	Nature of illness/ disability	Date of Disability	How long did it last	Treatment received	Present state of health in this respect	Name & Address of Doctor / Hospital

Please provide your usual family doctor's name, address and telephone number:

E. 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.

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

 Date

F. PAYMENT METHOD

I wish to pay my premium of RM _____ (inclusive of all tax) ("Total Amount Due")

By: Credit Card

Bank	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.

Important Note:

Premiums paid are based on annual premium

Cardholder's Signature:

Date: dd/mm/yy

G. 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



Borang Cadangan untuk SmartCare Xtra Insurans Hospital & Pembedahan

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 di atas 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 dikemuka 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 teliti. Adalah penting bahawa sebarang soalan perlu dijawab dengan lengkap termasuk maklumat tarikh-tarikh yang berkenaan untuk menjejaskan proses permohonan Anda. Sebarang soalan yang tidak dijawab akan dianggap sebagai penafian.

Jenis permohonan: Permohonan Baru Penambahan Ahli Keluarga

A. BUTIR-BUTIR PEKERJA (WAJIB UNTUK DIISI)

Adakah Pekerja orang yang hendak diinsuranskan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Nama Majikan (seperti dalam Nama Syarikat Berdaftar):	Tarikh pertama bekerja: hh/bb/tttt
Gelaran: <input type="checkbox"/> Encik <input type="checkbox"/> Puan <input type="checkbox"/> Cik <input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> Lain-lain, sila nyatakan: _____	Jantina: <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan
Nama (seperti dalam KP/Pasport):	
Alamat Surat-Menyurat:	Poskod:
No KP / Pasport:	Tarikh Lahir: hh/bb/tttt
E-mel:	No. Tel. (H/P):
Kegunaan Persendirian: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Taraf Perkahwinan: <input type="checkbox"/> Berkahwin <input type="checkbox"/> Bujang
Perjanjian Kolektif / SOCSO / Perjanjian Pampasan Pekerja: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	

B. BUTIR-BUTIR AHLI KELUARGA YANG HENDAK DIINSURANSKAN

Nama (seperti dalam KP/Pasport)	Perhubungan dengan Pekerja (Suami/Isteri/Anak)	No KP / Pasport	Jantina (Perempuan /Lelaki)	Tarikh Lahir	E-mel	No. Tel. (H/P)	Warganegara

C. BUTIR-BUTIR INSURANS

Orang Yang Hendak Diinsuranskan	Pelan	Premium Tahunan(RM)
Diri Sendiri		
Suami / Isteri		
Anak - Anak		

Premium Tahunan : RM
Tambah Cukai : RM
Tambah Duti Setem : RM
(RM10 setiap orang yang diinsuranskan)
Jumlah Amaun Harus Dibayar : RM

D. SENARAI SOALAN

	Ya	Tidak
1. Pernahkah sesiapa daripada Pemohon-pemohon yang dicadangkan untuk Insurans ini pernah/sedang menghadapi atau telah menerima/ sedang menerima nasihat kesihatan, kaunseling atau rawatan yang berkaitan dengan penyakit berikut: pra-kanser, kanser, tumor or sista, diabetes, masalah pada otak atau neurologi, masalah pada jantung atau pengedaran, penyakit endokrin, penyakit didiagnosis sejak kecil atau masalah pada tulang, sendi atau otot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pernahkah sesiapa daripada Pemohon-pemohon yang dicadangkan untuk Insurans ini pernah atau sedang mengalami sebarang pemerhatian /nasihat perubatan/pembedahan, kemasukan hospital, pemeriksaan atau rawatan bagi sebarang keadaan perubatan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pernahkah sesiapa daripada Pemohon-pemohon yang dicadangkan untuk Insurans ini ditolak atau dihadkan atau diterima dengan syarat-syarat tertentu untuk pelan insurans kesihatan/nyawa/kemalangan yang lain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika 'Ya' kepada soalan 1, 2 atau 3, sila berikan butir-butir lanjut:
(Jika perlu ruang tambahan, sila gunakan lampiran tambahan dan sertakan bersamaan dengan borang ini)

Nama Pemohon	Soalan Relevan (1, 2 atau 3 di atas)	Jenis Penyakit/ Hilang Upaya	Tarikh Hilang Upaya	Berapa Lama	Rawatan yang diterima	Keadaan Kesihatan Sekarang dalam keadaan ini	Nama & Alamat Doktor / Hospital

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

--

E. 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 kelinik 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 mengisi borang bagi pihak saya/kami.

hh/bb/tt

Tandatangan Pemohon
(bagi semua pihak orang yang hendak diinsuranskan)

Tarikh

F. KAEDAH BAYARAN

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

Dengan: Kad Kredit

Bank	Jumlah (RM)

Visa MasterCard No. Kad Kredit: [] [] [] [] [] - [] [] [] [] [] - [] [] [] [] [] - [] [] [] [] [] Tarikh Tamat Tempoh: [b] [b] [t] [t]

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.

Nota Penting:

Premium yang dibayar adalah premium tahunan

Tandatangan Pemegang Kad:

Tarikh: hh/bb/tt

G. DILENGKAPI OLEH PENGANTARA

Saya/Kami mengesahkan bahawa saya/kami telah melihat KP/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