

4. If claim is due to accident, complete this section

Date & Time of accident /
Tarikh & Masa kemalangan

Place of Accident /
Tempat kejadian kemalangan

Details of Accident & Injured area /
Keterangan kejadian kemalangan dan bahagian anggota cedera

Claimant refers to insured or policy owner or the person who filed a claim against the company.

Penuntut merujuk kepada orang yang diinsuranskan atau Pemunya Polisi atau orang yang menfaikan tuntutan ke atas syarikat.

5. Details of insured's occupation

Butiran Pekerjaan Orang Yang Diinsuranskan

Employer's Name and address (For student, state name and address of school) / Nama Syarikat dan alamat

Present Occupation and Exact nature of work / Pekerjaan sekarang Maklumat Pekerjaan Tepat

Date return to full work duty / Tarikh Mula Bekerja Sepenuhnya

6. Data Protection Statement

Kenyataan Perlindungan Data

Your privacy is important to us. AXA AFFIN Life Insurance Berhad is committed to ensure that your personal data under our care is safe and secured. We will ensure that your information collected via this application and any other information that you may provide to AXA AFFIN Life Insurance Berhad is used for the purposes of purchasing an insurance policy including but not limited to underwriting and administering your plan; processing service request; processing claims; complying with all applicable laws; conducting due diligence; performing our functions as an insurance company and such other purposes referred to in our Personal Data Policy. For further details on how we collect, process, share and retain your personal data, please refer to our website at www.axa.com.my. / Privasi anda adalah penting bagi kami. AXA AFFIN Insurance Berhad adalah komited untuk memastikan bahawa data peribadi anda di bawah jagaan kami adalah selamat dan terjamin. Kami akan memastikan maklumat anda yang dikumpulkan melalui permohonan ini dan apa-apa maklumat lain yang anda kemukakan untuk AXA AFFIN Insurance Berhad digunakan untuk tujuan-tujuan membeli polisi insurans termasuk tetapi tidak terhad kepada pengunderaitan dan mentadbir pelan anda; permintaan perkhidmatan pemprosesan; pemprosesan tuntutan; mematuhi semua undang-undang; menjalankan usaha wajar; melaksanakan tugas kami sebagai sebuah syarikat insurans dan apa-apa maksud lain yang disebut dalam Dasar Data Peribadi kami. Untuk maklumat lanjut mengenai bagaimana kami mengumpul, memproses, berkongsi dan menyimpan data peribadi anda, sila rujuk kepada laman web kami di www.axa.com.my

Authorization for Disclosure of Personal Information / Kebenaran untuk Pendedahan Maklumat Peribadi

The information you supply may be used by the AXA Group and their agents to keep you informed by post, short message service (SMS), telephone, e-mail or other means of services or products which may be of interest to you. / Maklumat yang anda bekalkan boleh digunakan oleh Kumpulan AXA dan ejen-ejen mereka untuk memaklumkan kepada anda melalui pos, khidmat pesanan ringkas (SMS), telefon, e-mel atau lain cara untuk perkhidmatan atau produk yang mungkin menarik minat anda.

Access, corrections and complaints of your Personal Information / Akses, pembetulan dan aduan ke atas Maklumat Peribadi Anda

AXA AFFIN Life Insurance Berhad aims to ensure that your personal information is accurate, up to date and complete. Should you wish to seek access or make correction of your personal information or make any enquiries or complaints, you may write to us at 8th floor, Chulan Tower, No.3 Jalan Conlay, 50450 Kuala Lumpur or contact our Customer Care Line at 1300-88-1616 or fax to us at 03-2117 6768 or e-mail us at customer.care@axa-life.com.my. / AXA AFFIN Life Insurance Berhad bertujuan untuk memastikan bahawa maklumat peribadi anda adalah tepat terkini dan lengkap. Sekiranya anda ingin mendapatkan akses atau membuat pembetulan maklumat peribadi anda atau membuat sebarang pertanyaan atau aduan, anda boleh menulis kepada kami di tingkat 8, Menara Chulan, No.3 Jalan Conlay, 50450 Kuala Lumpur atau hubungi Talian Perkhidmatan Pelanggan kami di 1300-88-1616 atau faks kepada kami di 03-2117 6768 atau e-mel kepada kami di customer.care@axa-life.com.my.

7. Settlement Method / Cara Bayaran

Payments via Direct Credit into Bank Account (E-Payment) /
Bayaran melalui Pindahan Terus ke Akaun Bank (E-Bayaran).

Bank Name / Nama Bank	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bank Account Number / Nombor Akaun Bank	
<input type="text"/>	
Bank Account Holder's Name / Nama Pemegang Akaun Bank	
<input type="text"/>	
NRIC Identity No./ No Pengenalan NRIC	
<input type="text"/>	
Email Address / Alamat E-mel	Mobile no. / Telefon bimbit
<input type="text"/>	<input type="text"/>

AXA AFFIN Life Insurance Berhad shall not be liable or responsible for any loss which may arise solely by reason of error, mistake or fraud regarding this information. / AXA AFFIN Life Insurance Berhad tidak akan bagi apa-apa kerugian yang mungkin timbul di atas kesilapan, kesalahan atau penipuan mengenai maklumat ini.

8. Goods and Service Tax (GST) Information / Cukai Barangan dan Perkhidmatan Maklumat

Applicable to benefit claim under AOMR, HB, MEDICAL
Tuntutan berkenaan adalah AOMR, HB, MEDICAL

Are you GST registered? / Adakah anda berdaftar GST? Yes / Ya No / Tidak

If yes, please reply the below / Jika ya, sila jawab di bawah

Please provide us your GST registration number / Sila berikan nombor pendaftaran GST anda.

Is this insurance application for Business use or Non business? /
Adakah permohonan insuran ini kegunaan perniagaan?

Business use / kegunaan perniagaan Non Business use / bukan kegunaan perniagaan

Is the medical or personal accident applied under obligatory or compulsory under Workmen's Compensation Act 1952 or under any collective agreement as defined in the industry Relations Act 1967? / Adakah permohonan insuran perubatan atau kemalangan peribadi ini wajib digunakan dibawah Akta Workmen's Compensation Act 1952 atau dibawah mana-mana perjanjian kolektif sebagaimana yang ditakrifkan di dalam industry Akta Perhubungan 1967?

Yes / Ya No / Tidak

9. Declarations and authorization Pengakuan & Kebenaran

I HEREBY DECLARE AND AGREE on behalf of myself and other persons referred to in this claim form ("Relevant Persons") that all statements and answers to all questions whether or not written by my own hand are to the best of my knowledge and belief complete and true;

I DECLARE AND AGREE that I have the full authority from and consent of the Relevant Persons to make the above declarations and agreements.

I HEREBY AUTHORIZE on behalf of myself / the insured and all Covered Person(s)

- 1) any employer, registered medical practitioner, hospital, clinic, insurance company, bank, government institution, or other organization, institution or person, that has any records or knowledge of me / the insured or any of the Covered Person(s) and who has attended to myself / the insured / any of the Covered Person(s) to disclose and make available to the Company such details and records as may be requested by the Company
- 2) the Company or any of its appointed medical examiners or laboratories to perform the necessary medical assessments and tests to evaluate the health status of myself / the insured or any Covered Person(s) in relation to this claim

Claim Form (by Claimant) / Borang Tuntutan (oleh Penuntut)

This authorization shall bind the successors and assignees of myself and remains valid notwithstanding death or incapacity A photocopy of this authorization shall be valid as the original I DECLARE AND AGREE that I have the full authority from and consent of the Relevant Persons to make the above authorizations

Saya DENGAN INI MENGAKU DAN BERSETUJU bagi pihak diri saya dan orang lain yang dirujuk dalam borang tuntutan ini ("Orang Berkaitan") bahawa semua pernyataan dan jawapan bagi semua soalan, sama ada ditulis oleh saya sendiri atau tidak, adalah yang terbaik sepanjang pengetahuan saya dan percaya sebagai lengkap dan benar;

Saya MENGAKU DAN BERSETUJU bahawa saya mempunyai kuasa penuh daripada dan persetujuan Orang Berkaitan untuk membuat perakuan dan persetujuan di atas :-

Saya DENGAN INI MEMBERIKAN KEBENARAN bagi pihak saya / Orang yang diinsuranskan dan semua Orang yang Dilindungi mana-mana majikan, pengamal perubatan berdaftar, hospital, klinik, syarikat insurans, bank, institusi kerajaan atau organisasi, institusi atau orang lain, yang mempunyai apa-apa rekod atau pengetahuan tentang saya / Orang yang diinsuranskan atau mana-mana orang yang dilindungi dan yang telah merawat saya / orang yang diinsuranskan / mana-mana orang yang dilindungi untuk mendedahkan dan memberikan kepada Syarikat butiran dan rekod tersebut seperti yang diminta oleh Syarikat ;

Kebenaran ini hendaklah mengikat pengganti dan pemegang serah hak bagi diri saya dan tetap sah walaupun berlaku kematian atau ketidakupayaan. Salinan fotokopi kebenaran ini hendaklah sah walaupun berlaku kematian atau ketidakupayaan. Salinan fotokopi kebenaran ini hendaklah sah sebagaimana yang asal. Saya MENGAKU DAN BERSETUJU bahawa saya mempunyai kuasa penuh daripada dan persetujuan Orang Berkaitan untuk memberikan kebenaran diatas.

Name of claimant
Nama Penuntut

Signature of claimant
Tandatangan Penuntut

Signature date
Tarikh Tandatangan

Relationship to insured
Hubungan dengan orang yang diinsuranskan

Mailing address & Contact Tel No
Alamat Surat Menyurat & No. Tel

10. Track your claim status / Semakan status tuntutan anda

Once your claim is registered, you will be updated through SMS, If you have any query on your claim, please reach us on/
Selepas pendaftaran tuntutan, anda akan menerima SMS, jika sebarang pertanyaan mengenai tuntutan, sila hubungi kami melalui



AXA is committed to making your insurance claim process 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 process tuntutan sebaik mungkin dan mengurangkan risiko semampunya.
Terima kasih kerana memilih kami. Kami sedia untuk berkhidmat.