

**AmAssurance**

Proposal Form For / Borang Cadangan Untuk AmPro Personal Accident

STATEMENT PURSUANT TO FINANCIAL SERVICES ACT 2013, SECTION 129, SCHEDULE 9, PARA 5: It is the duty of the customer to take reasonable care not to make misrepresentation to the licensed insurer when answering any questions which the insurer may request that are relevant to the decision of the insurer whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied. / **MENURUT AKTA PERKHIDMATAN KEWANGAN 2013, Seksyen 129, Jadual 9, Perenggan 5:** Adalah menjadi kewajipan pengguna untuk mengambil penjiagaan munasabah untuk tidak membuat salah nyataan kepada penanggung insurans berlesen semasa menjawab apa-apa soalan yang diperlukan yang berkaitan dengan keputusan penanggung insurans sama ada untuk menerima atau tidak risiko dan kadar dan terma yang hendak dipakai.

A: Insured Details / Butir-butir Orang Yang Diinsuranskan

Salutation / Gelaran :	<input type="checkbox"/> Mr / Encik	<input type="checkbox"/> Mrs / Puan	<input type="checkbox"/> Ms / Cik	<input type="checkbox"/> Dr	<input type="checkbox"/> Other / Lain-lain :
Full Name (as in NRIC) / Nama Penuh (seperti dalam KP) :					
Address / Alamat :					
Postcode / Poskod :					
State / Negeri :					
NRIC / No. KP :		Date of Birth / Tarikh Lahir :		Age / Umur (next birthday /	
		D D / M M / Y Y Y Y		hari jadi berikutnya)	
(Age Limit – 16 years to 65 years old) / (Had Umur – 16 tahun ke 65 tahun)					
Other Identification No. / No. Pengenalan Lain :			Income Per Annum / Pendapatan Tahunan :		
			R M		
Marital Status / Taraf perkahwinan :	Single / Bujang	Widowed / Balu	Gender / Jantina :	Male / Lelaki	Female / Perempuan
	Married / Berkahwin	Divorced / Berceraai	Religion / Agama :	Muslim / Islam	Others / Lain-Lain
Nationality / Kewarganegaraan :			Race / Bangsa :		
Telephone No. / No. Telefon :			Office / Pejabat :		
Home / Rumah :			Mobile / Bimibit :		
Email / Emel :					
Occupation / Pekerjaan :					
Nature of Business / Jenis Industri :					
Employer Name / Nama Majikan :					

B: Plan Details / Butir-butir Pelan

Plan Details / Butir-butir Pelan	Sum Insured / Jumlah Diinsuranskan (RM)	Yearly Premium / Premium Tahunan (RM)
Basic sum insured for Accidental Death and Permanent Disablement / Jumlah yang Diinsuranskan untuk Kematian Akibat Kemalangan dan Hilang Upaya Kekal	100,000	170.00 The premium stated are before Service Tax and Stamp Duty/ Premium yang dinyatakan adalah sebelum Cukai Perkhidmatan dan Duti Setem.
Additional Sum Insured for Accidental Death and Permanent Disablement up to a maximum of RM500,000 (Additional Premium (before the Service Tax at the prevailing rate as imposed by the Government of Malaysia) of RM10.00 per RM10,000 Sum Insured) / Jumlah Diinsuranskan Tambahan untuk Kematian Akibat Kemalangan dan Hilang Upaya Kekal Akibat Kemalangan sehingga RM500,000 jumlah maksimum. (Premium Tambahan (sebelum Cukai Perkhidmatan tertakluk kepada kadar semasa seperti yang dikenakan oleh Kerajaan Malaysia) sebanyak RM10.00 bagi setiap RM10,000 Jumlah Diinsuranskan).		
Total Amount Payable / Jumlah Amaun Perlu Dibayar		

Liberty General Insurance Berhad 197801007153 (44191-P)
Formerly known as AmGeneral Insurance Berhad

Liberty Insurance Tower, CT9, Pavilion Damansara Heights, 3 Jalan Damanlela, Pusat Bandar Damansara, 50490 Kuala Lumpur.
P.O. Box 11228, GPO Kuala Lumpur, 50740 Kuala Lumpur.
Tel: +603 2268 3333 **Website:** www.amassurance.com.my
(Service Tax Registration No.: B16-1808-31015443)

C: Underwriting Questions / Soalan-soalan Pengunderaitan

Questions / Soalan-soalan

Insured Person / Orang Yang Diinsurankan

1. Are you at the present insured against Personal Accident/Life? / Adakah anda kini mempunyai perlindungan Insurans Kemalangan Peribadi/Hayat?
If yes, state approximate amount (in Ringgit Malaysia). / Jika Ya, nyatakan anggaran jumlah (dalam Ringgit Malaysia).
a. Liberty General Insurance ≤ 300,000 300,000 – 500,000 > 500,000
b. Other Insurers / Penanggung Insurans Lain ≤ 300,000 300,000 – 500,000 > 500,000

Yes / Ya No / Tidak

2. Has the Insured Person ever made any accident claim during the last 5 years? / Pernahkah Orang Yang Diinsurankan membuat tuntutan kemalangan sepanjang 5 tahun lalu?

Yes / Ya No / Tidak

If yes, the number of claims. / Jika Ya, nyatakan bilangan tuntutan. < 3 ≥ 3

3. Are you in good health and free from any physical defect or infirmity? / Adakah anda dalam keadaan sihat dan tiada sebarang kecacatan fizikal atau kelemahan?

Yes / Ya No / Tidak

If No, please give full particulars. / Jika Tidak, sila berikan butiran.

D: Payment Details / Butir-butir Bayaran

By Cash / Cheque / Tunai / Cek

I enclose cash / cheque no. _____ for the amount of RM _____ made payable to Liberty General Insurance Berhad.

Saya lampirkan wang tunai / cek no. _____ berjumlah RM _____ dibayar kepada Liberty General Insurance Berhad.

By Credit Card / Melalui Kad Kredit

Master Card Visa

Direct Debit Authorisation / Kebenaran Debit Langsung

I hereby request and authorise Liberty General Insurance Berhad to debit my credit card account indicated below with the amount of RM _____ being the premium including subsequent years renewal due or such other amount (in RM) as advised by Liberty General Insurance Berhad. / Saya dengan ini memohon dan memberi kuasa kepada Liberty General Insurance Berhad untuk mendebit akaun kredit saya yang butirannya tertera di bawah sebanyak RM _____ bagi pembayaran premium termasuk untuk pembaharuan premium bagi tahun-tahun berikutnya atau jumlah (RM) lain seperti yang dimaklumkan oleh Liberty General Insurance Berhad.

Credit Card No / No Kredit :

Expiry Date / Tarikh Luput :

- -

/ /

Credit Card issuing Bank / Bank Pengeluar Kad Kredit : _____

Name of Cardholder / Nama Pemegang Kad : _____

Declaration / Perakuan

I hereby confirm the above information provided in this standing instruction is correct and true. In the event of any changes or cancellation of the instruction above, I shall keep Liberty General Insurance Berhad informed in writing or by giving fresh standing instruction. / Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat pada perkhidmatan auto debit ini adalah benar dan tepat. Sekiranya saya ingin membuat sebarang perubahan atau pembatalan, saya akan memberitahu Liberty General Insurance Berhad secara bertulis atau dengan memberi arahan perkhidmatan auto debit yang baru.

Cardholder's Signature / Tandatangan Pemegang Kad

Date / Tarikh

/ /

(Signature must correspond with specimen signature of the Credit Cardholder at the bank / Tandatangan mesti sama dengan tandatangan specimen Pemegang Kad Kredit di bank)

E: Declaration / Pengakuan

I/We hereby confirm that I/We have taken reasonable care to answer all the questions herein honestly and to the best of My/Our knowledge, belief and recollection and that I/We shall remain under a continuous duty to inform the Company of any change, amendment or addition to the aforesaid questions until the Policy is issued and comes into effect. I/We understand that the Company may void the policy and reject any claim payable thereunder (whether in whole or in part) in the event of a deliberate misrepresentation, misdescription, error, omission or non-disclosure of fact (whether or not there was an inquiry/question raised pertaining to the same) with or without an intention to defraud the Company by Me/Us which would have affected the premium payable or the acceptance of the risk by the Company. / Saya/Kami mengesahkan bahawa Saya/Kami telah memberi sepenuh perhatian untuk menjawab kesemua soalan yang terkandung secara jujur di sepanjang pengetahuan, kepercayaan dan ingatan Saya/Kami, dan Saya/Kami akan bertanggungjawab untuk memberitahu pihak Syarikat terhadap sebarang perubahan, pindaan atau penambahan pada soalan di atas sehingga Polisi dikeluarkan dan berkuat kuasa. Saya/Kami faham bahawa Syarikat boleh membatalkan Polisi ini dan menolak sebarang tuntutan (sama ada keseluruhan atau sebahagian) sekiranya berlaku salah nyata, penerangan yang salah, kesilapan, tertinggal atau tidak mendedahkan fakta (sama ada terdapat pertanyaan/persoalan ataupun tidak dikemukakan mengenai yang sama) dengan niat atau tanpa niat untuk menipu Syarikat oleh Saya/Kami yang akan menjejaskan premium yang perlu dibayar atau terhadap penerimaan risiko oleh pihak Syarikat. Yes / Ya No / Tidak

I/We agree that the Company shall have the right to use My/Our data and personal information for the purpose of the insurance operational process which might include transfer of data and personal information to the Company's related companies, subsidiaries and/or its holding company, outsourcing partners, reinsurers and solicitor but not limited to affiliate companies including their outsourcing partners. / Saya/Kami bersetuju bahawa pihak Syarikat berhak untuk menggunakan data dan maklumat peribadi Saya/Kami bagi tujuan pemprosesan operasi insurans yang mungkin termasuk pemindahan data dan maklumat peribadi kepada Syarikat yang sekutu dengan pihak Syarikat, anak-anak syarikat dan/atau syarikat induknya dan semua rakan kongsi pembekalan luar, penanggung Insurans Semula dan peguam cara tetapi tidak terhad kepada syarikat-syarikat sekutu termasuk rakan kongsi pembekalan luar. Yes / Ya No / Tidak

I/We further agree that the Company, its partners and its related companies, subsidiaries and/or its holding company can share and use My/Our data and personal information for the purpose of promoting the Company's and its related companies', subsidiaries' and/or its holding company's products, new services and support requirements and marketing campaigns and activities and commercial transactions. / Saya/Kami seterusnya bersetuju bahawa pihak Syarikat, rakan niaganya dan syarikat-syarikat sekutu, anak-anak syarikat dan/atau syarikat induk berhak untuk berkongsi dan menggunakan data dan maklumat peribadi untuk tujuan mempromosikan produk, perkhidmatan baru dan keperluan sokongan, dan kempen dan aktiviti pemasaran dan transaksi komersil yang dikendalikan oleh pihak Syarikat dan syarikat sekutu, anak-anak syarikat dan/atau syarikat induk. Yes / Ya No / Tidak

Date / Tarikh

Signature of Proposer / Tandatangan Pencadang
(Please affix Company Stamp) / (Sila lampirkan Cop Syarikat)

Anti-Money Laundering, Anti-Terrorism Financing And Proceeds of Unlawful Activities Act 2001 / Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan dan Hasil Daripada Aktiviti Haram 2001

For Agent/Staff Use Only / Untuk Kegunaan Ejen/Kakitangan Sahaja

In Compliance with Section 16(2) of the Anti-Money Laundering, Anti-Terrorism Financing and Proceeds of Unlawful Activities Act 2001, I hereby certify that the Proposer's original NRIC / Business Registration Certificate / Passport was verified and authenticated by me at the Point of Sale. / Menurut Seksyen 16(2) Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan dan Hasil daripada Aktiviti Haram 2001, saya dengan ini mengesahkan bahawa Kad Pengenalan (KP) / Sijil Pendaftaran Pemiagaan / Pasport asal Pencadang telah disahkan ketulenannya ketika urusan dijalankan.

Name of Proposer / Nama Pencadang :

Cover Note/Policy No. / No. Sijil Insuran/Polisi :

VERIFICATION / PENGESAHAN

Signature / Tandatangan

NRIC No. / No. Kad Pengenalan

Name of Agent/Staff / Nama Ejen/Kakitangan

Date / Tarikh

G : Nomination / Penamaan Notice / Notis

If your intention is for the nominee(s)* named herein to receive the policy benefits beneficially and not as an executor, then you must assign the benefits of the policy to such person(s) using the Absolute Assignment Form. / Jika anda berhasrat supaya penama yang dinamakan dalam polisi ini menerima faedah polisi sebagai benifisiari dan bukannya sebagai wasi, maka anda mestilah menyerahkan hak faedah polisi berkenaan kepada orang tersebut menggunakan Borang Serah Hak Bersyarat.

Note / Nota :

1. The witness must be at least 18 years of age and cannot be a named nominee. / Saksi mestilah berumur sekurang-kurangnya 18 tahun dan tidak boleh dinamakan sebagai penama.
2. A nominee of a Muslim policy owner upon receipt of policy money shall distribute the policy money in accordance with Islamic Law. / Seseorang penama bagi pemegang polisi yang beragama Islam, apabila menerima wang polisi hendaklah mengagihkan wang polisi tersebut menurut undang-undang Islam.
3. PURSUANT TO FINANCIAL SERVICES ACT 2013, Section 130, Schedule 10, Para 5: For Non-Muslim, a trust automatically created if the nominee is a (i) spouse (ii) child or (iii) parent who is being nominated when there is no spouse or child living at the time of making the nomination. / MENURUT AKTA PERKHIDMATAN KEWANGAN 2013, Seksyen 130, Jadual 10, Perenggan 5: Bagi yang bukan beragama Islam, amanah dengan sendirinya diwujudkan jika penama (i) suami/isteri (ii) anak atau (iii) ibu bapa yang dilantik sebagai penama apabila tiada suami/isteri atau anak yang masih hidup semasa penamaan dibuat.

H: Nominees Details / Butir Penama

I hereby nominate the following as nominee(s) for the above insurance application / policy and revoke all existing nominee(s) if (any) named earlier. / Saya dengan ini menamakan penama-penama berikut untuk permohonan polisi insurans di atas dan membatalkan penama yang dinamakan (jika ada) sebelum ini.

	Nominee / Penama 1	Nominee / Penama 2
Name / Nama :		
Address / Alamat :		
NRIC No. / No. Kad Pengenalan :		
Relationship / Hubungan :		
Nationality / Kewarganegaraan :		
Telephone No. / No. Telefon :	(H / R)	
	(O / P)	
	(H/p / T/b)	
Share (%) / Bahagian :	%	%
Date of Birth / Tarikh Lahir :		
Occupation / Pekerjaan :		

**I: Trustee Details (Not applicable for Muslim) /
Butir Pemegang Amanah (Tidak terpakai kepada orang Islam)**

I hereby nominate the following trustee(s)* for the money payable under this policy and I shall reserve the right to remove or appoint additional Trustee(s) and revoke all trustee(s). / Saya dengan ini menamakan pemegang amanah berikut untuk pembayaran wang polisi ini dan saya mempunyai hak untuk meminda atau melantik pemegang amanah yang lain dan membatalkan pemegang amanah ini.

	Trustee / Pemegang Amanah 1	Trustee / Pemegang Amanah 2
Name / Nama :		
Address / Alamat :		
NRIC No. / No. Kad Pengenalan :		
Relationship / Hubungan :		
Nationality / Kewarganegaraan :		
Telephone No. / No. Telefon :		
(H / R)		
(O / P)		
(H/p / T/b)		
Share (%) / Bahagian :	%	%
Date of Birth / Tarikh Lahir :		
Occupation / Pekerjaan :		
I hereby consent to act as Trustee in respect of the above-mentioned policy in accordance to the provisions of the Trustee Act 1949 / Saya dengan ini bersetuju untuk menjadi pemegang amanah bagi polisi yang dinyatakan di atas mengikut Akta pemegang Amanah 1949.	<hr/> Signature of Trustee / Tandatangan Pemegang Amanah Date / Tarikh : DD / MM / YYYY	<hr/> Signature of Trustee / Tandatangan Pemegang Amanah Date / Tarikh : DD / MM / YYYY

Dated this / Bertarikh day of / haribulan

**Signature of Witness / Tandatangan Saksi

Signature of Policyholder / Tandatangan Pemegang Polisi

Name / Nama :

NRIC No. / No. Kad Pengenalan :

Telephone No. / No. Telefon :

* Trustee must be at least 18 years old. A trustee would be bound by the provision of the Trustee Act / Pemegang amanah mestilah berumur sekurang-kurangnya 18 tahun. Pemegang amanah adalah terikat dengan peruntukan Akta Pemegang Amanah.

** Witness must be at least 18 years old and a person of sound mind and not named as a trustee/nominee above. / Saksi mestilah berumur sekurang-kurangnya 18 tahun dan berfikiran waras dan tidak dinamakan sebagai pemegang amanah/penama di atas.