

**AmAssurance**

Proposal Form For Personal Essentials - For Your Child

Borang Cadangan Personal Essentials - For Your Child

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.

Insured Person Details / Butiran Peribadi Orang Yang Diinsuranskan

Full Name as per IC/Passport / Nama Penuh seperti dalam KP/Pasport: _____

Full Address / Alamat Penuh: _____

New IC No. / No.KP Baru : _____ Birth Certificate No. / No. Sijil Kelahiran: _____

Nationality / Kewarganegaraan: _____ Date of Birth / Tarikh Lahir : _____ (Day / Hari) _____ (Month / Bulan) _____ (Year / Tahun)

Gender / Jantina: ☐ Male / Lelaki ☐ Female / Perempuan

Race / Keturunan: ☐ Malay / Melayu ☐ Chinese / Cina ☐ Indian / India Others / Lain-lain _____

Choice of Plan / Pilihan Pelan : ☐ Plan / Pelan 1 ☐ Plan / Pelan 2 ☐ Plan / Pelan 3 ☐ Plan / Pelan 4

Payer/Proposer Details / Butiran Peribadi Pembayar/Pencadang

Full Name as per IC/Passport / Nama Penuh seperti dalam KP/Pasport: _____

Full Address / Alamat Penuh: _____

Postcode / Poskod: _____ New IC No. / No.KP Baru: _____ Old IC No. / No. KP Lama: _____

Mobile No. / No. Tel Bimbit: _____ E-mail Address / Alamat Emel: _____

Nationality / Kewarganegaraan: _____ Occupation / Pekerjaan: _____

Nature of Business / Jenis Perniagaan: _____

Employer Name / Nama Majikan: _____

Date of Birth / Tarikh Lahir: _____ (Day / Hari) _____ (Month / Bulan) _____ (Year / Tahun) Gender / Jantina: ☐ Male / Lelaki ☐ Female / Perempuan

Relationship with Insured / Hubungan dengan Orang Yang Diinsuranskan: _____

Marital Status / Taraf Perkahwinan: ☐ Married / Berkahwin ☐ Single / Bujang ☐ Divorced / Berceraai Others / Lain-lain _____

Race / Keturunan: ☐ Malay / Melayu ☐ Chinese / Cina ☐ Indian / India Others / Lain-lain _____

Underwriting Questions / Soalan-soalan Pengunderaitan

1. How many active Personal Accident policies do you currently hold with other insurance companies? / Berapakah polisi Kemalangan Peribadi aktif yang anda miliki buat masa ini bersama syarikat insurans lain? _____

2. Is your child in good health and free from any physical defect or infirmity? / Adakah anak anda dalam keadaan sihat dan tiada sebarang kecacatan fizikal?
☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak

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

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)

Premium

Insured Person / Orang Yang Diinsuranskan	Age Next Birthday / Umur Hari Jadi Berikutnya	Plan / Pelan	Premium (RM)	Total / Jumlah (RM)
Sub-Total / Jumlah Kecil (RM)				
Service Tax / Cukai Perkhidmatan (RM)				
Stamp Duty / Duti Setem (RM)				
Total Amount Payable / Jumlah Amaun Perlu Dibayar				

Note/ Nota :

- Annual Nett Premium stated are before the Service Tax at the prevailing rate as imposed by the Government of Malaysia / Premium Bersih Tahunan yang tertera adalah sebelum Cukai Perkhidmatan tertakluk kepada kadar semasa seperti yang dikenakan oleh Kerajaan Malaysia.
- This is a Cash Before Cover Insurance. Collection of payment shall not be construed as acceptance of your application until the proposal is approved and is also subject to the clearance of your payment if it is made by cheque or credit card. In the event that the cheque or the credit card is declined by the Bank, the application/renewal (whichever is applicable) as well as receipt are deemed automatically cancelled and the Company shall not be liable for any claims whatsoever. / Ini adalah Tunai Sebelum Perlindungan Insurans. Pungutan bayaran tidak boleh dianggap sebagai penerimaan permohonan anda sehinggalah permohonan diterima oleh syarikat dan ianya tertakluk kepada penjelasan pembayaran anda jika ianya dibuat melalui cek atau kad kredit. Sekiranya cek atau kad kredit tidak diterima oleh Bank, permohonan / pembaharuan (yang mana berkenaan) serta resit akan terbatal secara automatik dan Syarikat tidak akan bertanggungjawab untuk sebarang tuntutan.

Nomination Form / Borang Penamaan

Name / Nama	Birth Cert / NRIC No. / No. Sijil Kelahiran / KP	Date of Birth / Tarikh Lahir	Address / Alamat	Relationship / Hubungan	Share / Bahagian (%)

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 Conditional Assignment Form. (Note: 1. The witness must be at least 18 years of age and cannot be a named nominee. 2. A nominee of a Muslim policy owner upon receipt of policy money shall distribute the policy money in accordance with Islamic Law. *3. PURSUANT TO FINANCIAL SERVICES ACT 2013, Section 130 Schedule 10, Para 5: For Non-Muslim, a trust is 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 of making the nomination. No assignment required.

Jika anda mahu supaya penama yang dinyatakan dalam pelan ini menerima manfaat polisi sebagai pewaris dan bukannya sebagai wasi, maka anda mestilah menyerahkan hak manfaat polisi berkenaan kepada orang tersebut menggunakan Borang Serah Hak Bersyarat (Nota 1. Saksi mestilah berumur 18 tahun dan tidak boleh dinyatakan sebagai penama. 2. Seseorang penama bagi pemilik polisi yang beragama Islam, apabila menerima wang polisi menurut undang-undang Islam. *3. MENURUT AKTA PERKHIDMATAN KEWANGAN 2013, Seksyen 130, Jadual 10, Perenggan 5: Bagi yang beragama Islam, amanah dengan sendirinya diwujudkan jika penama i) suami/isteri ii) anak atau iii) ibubapa yang dilantik sebagai penama apabila tiada suami-isteri atau anak yang masih hidup semasa penamaan itu dibuat. Oleh itu, penyerahan hak tidak diperlukan.

Signature of Witness / Tandatangan Saksi

Signature of Proposer / Tandatangan Pencadang

Name / Nama: _____

Name / Nama: _____

NRIC No. / No. KP: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

Date / Tarikh: _____

Payment / Bayaran

It is important to retain your receipt as proof of payment. / Sila simpan resit sebagai bukti pembayaran.

☐ By Cash/Cheque / Tunai/Cek

I enclose cash/cheque no. _____ for the amount of RM _____ made payable Liberty General Insurance Berhad. / Saya lampirkan wang tunai/cek no. _____ berjumlah RM _____ dibayar kepada Liberty General Insurance Berhad.

By Credit Card / Kad Kredit: ☐ MasterCard ☐ VISA

Direct Debit Authorisation / Kebenaran Debit Langsung

I hereby request and authorize Liberty General Insurance Berhad to debit my credit card account indicated below the amount of RM _____ being the annual premium including the 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 tahunan termasuk untuk pembaharuan premium bagi tahun-tahun berikutnya atau jumlah (RM) lain seperti yang dimaklumkan oleh Liberty General Insurance Berhad.

Name of Cardmember / Nama Pemilik Kad

Name of Insured / Nama Orang Yang Diinsuranskan

Cardmember Account No. / No. Akaun Pemilik Kad

Credit Card Expiry Date / Tarikh Tamat Tempoh Kad Kredit

Declaration / Perakuan

I hereby confirm the above information provided in this standing instruction is correct and true. In the event of my changes or cancellation of the instruction above, I shall keep Liberty General Insurance Berhad informed in writing or by giving a fresh standing instruction / Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat 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 (Signature must correspond with specimen signature of the Credit Cardmember at the bank) / (Tandatangan harus sama dengan tandatangan spesimen Pemegang Kad Kredit di bank)

Date / Tarikh

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 Perniagaan / Pasport asal Pencadang telah disahkan ketulenannya ketika urusniaga 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

Declaration / Perakuan

I/We hereby confirm that I/We have undertaken reasonable care to answer all questions herein honestly and to the best of my/our knowledge, belief and reallocation 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 avoid the policy and reject any claim payable thereunder (whether in whole or in part) in the event of 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 been 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

Signature of Proposer / Tandatangan Pencadang

Date / Tarikh