



**Customer Contact Centre**

**Tel** Call **1 300 80 3030** at local rates

**General line** +603 2268 6333

**Email** customer@amassurance.com.my

**Proposal Form For Personal Essentials - Protection For Women**  
**Borang Cadangan Personal Essentials - Protection For Women**

**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 penjagaan 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**

Please tick if you are also the Payor / Sila tanda sekiranya anda juga merupakan Pembayar

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: \_\_\_\_\_

Telephone No. / No. Telefon: Home / Rumah \_\_\_\_\_ Office/ Pejabat: \_\_\_\_\_

Mobile No. / No. Tel Bimbit: \_\_\_\_\_ Email Address / Alamat Emel: \_\_\_\_\_

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

Occupation / Pekerjaan: \_\_\_\_\_ Nature of Business / Jenis Perniagaan: \_\_\_\_\_ Employer Name / Nama Majikan: \_\_\_\_\_

Race / Keturunan:  Malay / Melayu  Chinese / Cina  Indian / India Others / Lain-lain \_\_\_\_\_

Marital Status / Taraf Perkahwinan:  Married / Berkahwin  Single / Bujang  Divorced / Berceraai Other / Lain-Lain \_\_\_\_\_

Choice of lifestyle / Pilihan Gaya Hidup:  Lifestyle / Gaya Hidup A  Lifestyle / Gaya Hidup B  Lifestyle / Gaya Hidup C  Lifestyle / Gaya Hidup D

Choice of Plan / Pilihan Pelan:  Silver Plan / Pelan Perak  Gold Plan / Pelan Emas

Vehicle Registration No. / No. Pendaftaran Kenderaan: \_\_\_\_\_ Type of Vehicle & Model / Jenis & Model Kenderaan: \_\_\_\_\_

**Payer/Proposer Details / Butiran Peribadi Pembayar/Pencadang**

**Do not fill in this portion if you are both the Payer & Insured / Tidak perlu mengisi bahagian ini sekiranya anda merupakan Pembayar & Orang Yang Diinsuranskan**

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: \_\_\_\_\_

Telephone No. / No. Telefon: Home / Rumah \_\_\_\_\_ Office/ Pejabat: \_\_\_\_\_

Mobile No. / No. Tel Bimbit: \_\_\_\_\_ Email Address / Alamat Emel: \_\_\_\_\_

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

Relationship with Insured / Hubungan dengan Orang Yang Diinsuranskan: \_\_\_\_\_

Occupation / Pekerjaan: \_\_\_\_\_ Nature of Business / Jenis Perniagaan: \_\_\_\_\_ Employer Name / Nama Majikan: \_\_\_\_\_

Gender / Jantina:  Male / Lelaki  Female / Perempuan Race / Keturunan:  Malay / Melayu  Chinese / Cina  India / India Other / Lain-Lain \_\_\_\_\_

Marital Status / Taraf Perkahwinan:  Married / Berkahwin  Single / Bujang  Divorced / Berceraai Other / 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. Are you in good health and free from any physical defect or infirmity? Adakah anda dalam keadaan sihat dan tiada sebarang kecacatan fizikal?

Yes / Ya  No / Tidak

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

3. Has any Insurer declined to insure you? / Pernahkah mana-mana syarikat insurans menolak penyertaan insurans anda?

Yes / Ya  No / Tidak

## Premium

Insured Person / Orang Yang Diinsuranskan	Age Next Birthday / Umur Hari Jadi Berikutnya	Plan / Pelan	Premium (RM)	Total / Jumlah (RM)
<b>Sub-Total / Jumlah Kecil (RM)</b>				
<b>6% Service Tax (RM)</b>				
<b>Stamp Duty / Duti Setem (RM)</b>				
<b>Total Amount Payable / Jumlah Amaun Perlu Dibayar (RM)</b>				

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.*

## 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 to AmGeneral Insurance Berhad. / *Saya lampirkan wang tunai/cek no. \_\_\_\_\_ berjumlah RM \_\_\_\_\_ dibayar kepada AmGeneral Insurance Berhad.*

By Credit Card / Kad Kredit:  MasterCard  VISA

### Direct Debit Authorisation / Kebenaran Debit Langsung

I hereby request and authorize AmGeneral 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 AmGeneral Insurance Berhad. / *Saya dengan ini memohon dan memberi kuasa kepada AmGeneral 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 AmGeneral 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 AmGeneral 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 AmGeneral 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

## 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 time 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

Nama / Name: \_\_\_\_\_

Nama / Name: \_\_\_\_\_

NRIC No. / No. KP: \_\_\_\_\_

NRIC No. / No. KP: \_\_\_\_\_

Address / Alamat: \_\_\_\_\_

Address / Alamat: \_\_\_\_\_

Date / Tarikh: \_\_\_\_\_

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*