

AmPro PA Plus

Enhanced protection coverage for me and my loved ones

Liputan perlindungan lebih baik untuk saya dan yang tersayang



A PIDM member / Ahli PIDM
The benefit(s) payable under this eligible policy is protected by PIDM up to limits. Please refer to PIDM's TIPS Brochure or contact Liberty General Insurance Berhad or PIDM (visit www.pidm.gov.my).
Manfaat-manfaat yang dibayar di bawah polisi yang layak ini adalah dilindungi oleh PIDM seiring had perlindungan. Sila rujuk Brosur Sistem Perlindungan Manfaat Takaful dan Insurans PIDM atau hubungi Liberty General Insurance Berhad atau PIDM (laiari www.pidm.gov.my).



AmBank

1 800 88 6333 | amassurance.com.my

Distributed by / Diedarkan oleh:
AmBank (M) Berhad 196901000166 (8515-D)

Underwritten by / Ditanggung jamin oleh:
Liberty General Insurance Berhad 197801007153 (44191-P)
Formerly known as AmGeneral Insurance Berhad /
Dahulu dikenali sebagai AmGeneral Insurance Berhad

Head Office / Ibu Pejabat:
Corporate Tower 9, Level 13A, Pavilion Damansara Heights,
3 Jalan Damanlela, 50490 Kuala Lumpur, Malaysia.

EE60

PELAN BAYARAN MUDAH

Pelan Bayaran Mudah (EPP) 0% - Istimewa untuk Pemegang Kad Kredit AmBank. Anda boleh menikmati Pelan Bayaran Mudah (EPP) 0% kami dengan bayaran premium RM200 dan ke atas setiap transaksi.

JADUAL FAEDAH	
MANFAAT	JUMLAH MODAL DIINSURANSKAN (RM)
Kematian Akibat Kemalangan	100,000 Individu
Tunai Kecemasan	10% daripada Jumlah Modal Diinsuranskan
Perbelanjaan Pengembumian	5,000 Individu & Suami atau Isteri (setiap orang)
Penghantaran Balik Jenazah	2,000 Anak (setiap orang)
Hilang Upaya Kekal	100,000 2,500
Penggunaan Kerusi Roda	100,000 1,000
Anggota Badan Tiruan	500 500
Pembedahan Kosmetik	2,000 1,000
Perbelanjaan Perubatan (Setiap kemalangan)	5,000 2,500
Had:	
• Rawatan Sinseh/Dukun (Setiap kemalangan)	400 200
• Laporan Perubatan & Laporan Bedah Siasat	200 100
• Bayaran Ambulans	400 200
Faedah Hospital (Mak. setiap kemalangan)	5,000 2,500
• Elaun Hospital - Elaun Tunai Harian (Mak. 7 hari)	200 200
• Elaun Tunai Harian Tambahan untuk kemasukan ke Hospital Kerajaan (Mak. 5 hari)	100 100
• Elaun Rawatan Susulan (Mak. setiap kemalangan)	1,500 1,500
• Elaun Lawatan Keluarga Terdekat (Mak. setiap kemalangan)	100 100
Faedah Mingguan	
Hilang Upaya Menyeluruh Sementara (Setiap minggu)	100 100
Hilang Upaya Separa Sementara (Setiap minggu)	50 50
Ragut	300 300
Liabiliti Diri (Setiap kemalangan/ Setiap Tempoh Insurans)	100,000 100,000
Amaun Premium (RM)	190.20 317.40
	50,000 79.50 (setiap anak)

Note:
1. Setiap pemohon dibenarkan memohon satu polisi sahaja.
2. Opsyen untuk pekerjaan Kelas 1 & 2 sahaja. Jumlah Modal Diinsuranskan untuk Kematian Akibat Kemalangan dan Hilang Upaya Kekal boleh ditambah nilai sehingga jumlah maksimum RM500,000 dengan premium tambahan sebanyak RM10.60 (tertera adalah termasuk 6% Cukai Perkhidmatan) setiap RM10,000 untuk pakej Individu atau pakej Individu & Suami atau Isteri sahaja.
3. Pakej untuk anak mesti dibeli bersama-sama dengan pakej Individu atau pakej Individu & Suami atau Isteri (maksimum 4 anak).
4. Premium tahunan tertera adalah termasuk 6% Cukai Perkhidmatan dan RM10.00 Duti Setem (kecuali untuk anak).

PANDUAN KELAS PEKERJAAN

- Kelas 1 : Profesional, pentadbir atau pekerjaan bukan manual
- Kelas 2 : Orang yang terlibat dalam kerja-kerja penyeliaan selain dari Kelas 1, di mana tugasnya melibatkan kerja manual dan tidak terdedah kepada sebarang bahaya khas
- Kelas 3 : Orang yang terlibat dalam kerja-kerja manual yang tidak membahayakan
- Lain-lain : Rujuk kepada Syarikat

Nota Penting:

- Risalah ini mengandungi maklumat umum sahaja. Ia bukan kontrak insurans. Istilah, pengecualian, syarat dan definisi yang tepat bagi insurans ini adalah dinyatakan dalam Polisi.
 - Anda perlu menyakinkan diri sendiri bahawa pelan ini dapat memenuhi keperluan-keperluan anda dan premium polisi yang dibayar adalah berdasarkan kemampuan anda.
 - Perlindungan insurans ini tidak akan berkuita kuasa selagi premium tidak diterima oleh pihak syarikat.
- Anda dinasihat supaya membaca dan memahami ringkasan produk ini seperti yang tertera di dalam Lampiran Pemberitahuan Produk yang boleh didapati di laman web kami www.amassurance.com.my

RAGUT

Terhad kepada RM300 setahun.

LIABILITI DIRI

Terhad kepada RM100,000 bagi setiap kemalangan/setiap tempoh insurans (Had Kawasan: Sedunia kecuali USA/Kanada). Syarikat akan membayar ganti rugi kepada anda bagi kecederaan anggota badan dan kerosakan harta benda pihak ketiga akibat kemalangan, di mana Orang Yang Diinsuranskan adalah bertanggungjawab di sisi undang-undang untuk membayarinya serta sebarang kos dan perbelanjaan yang ditanggung (dengan keizinan tertulis mereka).

PENGHANTARAN PULANG

RM2,000 manfaat tunai sekalus akan diberikan untuk membawa pulang jenazah ke tanah air (Malaysia, Singapura atau Brunei) sekiranya berlaku Kematian Akibat Kemalangan.

CREDIT CARD DEBIT LANGSUNG

I hereby request and authorize Liberty General Insurance Berhad to debit my credit card account indicated below the amount of RM _____ for the amount of RM _____ made payable to Liberty General Insurance Berhad / dibayar kepada Liberty General Insurance Berhad

BY CREDIT CARD PAYMENT / PEMBAYARAN SECARA KAD KREDIT

By Credit Card Payment / Pembayaran secara Kad Kredit Mastercard  VISA 

DELEGATION / 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 a fresh standing instruction. / Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat yang diberikan pada surat perintah 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 membalas surat perintah auto debit yang baru.

SIGNATURE OF POLICYHOLDER / TANDATANGAN PEMEGANG KAD

(Tandatangan semestinya sama dengan tandatangan specimen pemegang Kad Kredit di bank)

PAYMENT INSTRUCTIONS / ARAHAN PEMBAYARAN

Signature of Cardmember / Tandatangan Cardmember

Date / Tarikh: _____

NOTIFICATION FORM / BORANG PENAMANAN

I hereby nominate the following as a nominee(s) for the above insurance policy. / Saya dengan ini melantik yang berikut sebagai pemula bagi polisi/insurans di atas.

(Signature of Nominee / Tandatangan Penerima)

Name / Nama: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____

Date / Tarikh: _____

NRIC No. / No. KP: _____

Address / Alamat: _____</p

