

PERFECT 10 PLUS PERSONAL ACCIDENT INSURANCE PROPOSAL FORM
BORANG CADANGAN INSURANS PERFECT 10 PLUS

DETAILS OF PROPOSER / MAKLUMAT-MAKLUMAT PENCADANG

Name of Proposer / Nama Pencadang
NRIC / Passport No. / No. Kad Pengenalan Baru / Pasport
Date of Birth / Tarikh Lahir
Telephone No. / No. Telefon
Home / Office / Rumah / Pejabat
Handphone / Telefon bimbit
Gender / Jantina
Occupation / Nature of Business / Pekerjaan / Jenis Perniagaan
Marital Status / Status Perkahwinan
Nationality / Warganegara
Correspondence Address / Alamat Surat-Menyurat
Postcode / Poskod
State / Negeri
E-mail Address / Alamat -Emel

PERIOD OF COVER / TEMPOH INSURANS

Period of Insurance / Tempoh Insurans
From / Dari
To / Sehingga

CHOICE OF COVER / PILIHAN PERLINDUNGAN

Please tick the appropriate box / Sila tandakan di kotak yang berkenaan
Individual / Individu
Family / Keluarga
Plan 1 / Plan 1
Plan 2 / Plan 2
Plan 3 / Plan 3

Table with 7 columns: No., Name of Insured Person, NRIC / BC / Passport No., Age, Relationship with Proposer, Occupation, Premium (RM). Rows include Proposer, Spouse, Son / Daughter, etc.

CLASSIFICATION OF OCCUPATION / KELASIFIKASI PEKERJAAN

Class 1 / Kelas 1
Class 2 / Kelas 2
Class 3 / Kelas 3

Premium / Premium
Sales & Service Tax / Cukai Jualan & Perkhidmatan
Stamp Duty / Duti Setem
Total Premium Payable / Jumlah Premium Berbayar

Cover Note No. / No. Nota Perlindungan
Agent Name and Code / Nama dan Kod Ejen

PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS / SILA JAWAB SOALAN-SOALAN BERIKUT

1. Has any person proposed to be insured have a medical history, ever suffered from any infirmity, illness or diseases of any kind or been declined or refused renewal for accident or life insurance cover or sustained injuries by accident or made any claims for the past three years?
Pernakkah orang yang diinsuranskan mempunyai rekod kesihatan lalu, menghadapi sebarang kecederaan atau penyakit atau sebarang permohonan bagi insurans kemalangan diri atau nyawa ditolak atau pembaharuan ditolak atau mengalami kecederaan akibat kemalangan atau sebarang tuntutan untuk tiga tahun yang lepas?
Yes / Ya
No / Tidak
If "Yes", please give further details / Jika "Ya", sila berikan penjelasan lanjut:
Person to be insured / Orang yang akan diinsuranskan
Type of illness/injury/disease/infirmity / Jenis penyakit/kecacatan
Reason for declined or refused renewal / Sebab permohonan atau pembaharuan ditolak
Further details / Penjelasan lanjut

2. Do you have any other Personal Accident or Life Insurance policy in force besides this proposal? If Yes, please specify the Insurer and Limit of Cover.
Adakah terdapat sebarang Polisi Kemalangan Diri atau Insurans Hayat yang lain selain daripada cadangan ini? Jika Ya, sila beri keterangan tentang Syarikat Insurans dan Had Perlindungan.
Yes / Ya
No / Tidak

3. Do you involve in administrative or supervisory or manual works? Please tick ()
Adakah anda terlibat dalam kerja pengurusan, penyeliaan atau kerja-kerja yang menggunakan tenaga? Sila tandakan. ()
Administrative / Pengurusan
Supervisory / Penyeliaan
Manual / Menggunakan Tenaga

AUTO RENEWAL INSTRUCTION / ARAHAN PEMBAHARUAN AUTOMATIK

I hereby authorise Liberty General Insurance Berhad to debit my credit card being payment of premium for this proposal and all future policy renewal or such other amount as advised by Liberty General Insurance Berhad from time to time under this Policy.
Saya memberi kuasa kepada Liberty General Insurance Berhad untuk mendebitkan akaun kad kredit saya sebagai bayaran premium untuk cadangan ini dan semua pembaharuan Polisi di masa hadapan atau jumlah lain yang dinasihatkan oleh Liberty General Insurance Berhad dari semasa ke semasa.

Please Debit / Sila Debit
Master
Visa
Credit Card No. / No. Kad Kredit
Name of Cardholder / Nama Pemegang Kad
Card Expiry Date / Tarikh Tamat Tempoh Kad
Card Issuing Bank / Bank Pengeluar Kad
Date / Tarikh
Cardholder's Signature (as per card) / Tandatangan Pemegang Kad (seperti di dalam kad)
Note / Nota: Cardholder's relationship to Insured must be either spouse, parent or child. / Hubungan pemegang kad kepada Pihak Diinsuranskan mestilah suami / isteri, ibubapa atau anak.

DECLARATION OF PROPOSER / PENGAKUAN PENCADANG

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 berkenaan sebarang perubahan, pindaan atau penambahan pada soalan di atas sehingga Polisi dikeluarkan dan berkuatkuasa. 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, rakan kongsi pembekalan luar, penanggung insurans semula dan peguam cara tetapi tidak terhad kepada syarikat-syarikat sekutu termasuk rakan kongsi pembekal luar mereka.* ☐ 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

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 Agen / Kakitangan Sahaja
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
In Compliance with Section 16(2) of 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 urus niaga dijalankan.*

Name of Proposer / <i>Name Pencadang</i>	:	
Cover Note No. / Policy No. / <i>No. Sijil Insurans / No. Polisi</i>	:	

VERIFICATION / PENGESAHAN

_____ Signature / <i>Tandatangan</i>	_____ Name of Agent / Staff / <i>Nama Agen / Kakitangan</i>	_____ Date / <i>Tarikh</i>
---	--	-------------------------------

NOMINATION FORM / BORANG PENAMAAN

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

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

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. (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.) / *Jika anda berhasrat supaya penama yang dinamakan dalam pelan ini menerima manfaat polisi sebagai benefisiari dan bukannya sebagai wasi, maka anda mestilah menyerahkan hak manfaat polisi berkenaan kepada orang tersebut menggunakan Borang Serah Hak Mutlak (Nota: 1. Saksi mestilah berumur sekurang-kurangnya 18 tahun dan tidak boleh dinamakan sebagai penama. 2. Seseorang penama bagi pemegang polisi yang beragama islam, apabila menerima wang polisi hendaklah mengagihkan wang polisi tersebut menurut Undang-Undang Islam. 3. 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) ibubapa yang dilantik sebagai penama apabila tiada suami/isteri atau anak yang masih hidup semasa penamaan itu dibuat.)*

_____ Signature of Witness / <i>Tandatangan Saksi</i>	_____ Date / <i>Tarikh</i>	_____ Signature of Proposer / <i>Tandatangan Pencadang</i>
Name / <i>Nama</i>	_____	Name / <i>Nama</i>
NRIC No. / <i>No. KP</i>	_____	NRIC No. / <i>No. KP</i>
Address / <i>Alamat</i>	_____	Address / <i>Alamat</i>

