KURNIA INSURANS by Liberty Insurance

KURNIA MEDICAL INSURANCE
PROPOSAL FORM / *BORANG CADANGAN*

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 a misrepresentation to the licensed insurer when answering any question 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 samada untuk menerima atau tidak risiko dan kadar dan terma yang hendak dipakai.*

Agent Name / *Nama Ejen* : _____ Agent No. / *No. Ejen* : _____

☐ With Med. Card / *Dengan Kad Perubatan* ☐ W/O Med. Card / *Tanpa Kad Perubatan* ☐ With Med. Card & Out-Patient Clinical Benefit / *Dengan Kad Perubatan & Manfaat Klinikal Pesakit Luar* Product / *Produk* : _____

ALL QUESTIONS MUST BE FULLY COMPLETED IN BLOCK LETTERS AND IN INK / SEMUA SOALAN MESTI DIJAWAB DENGAN PENUH DALAM HURUF BESAR DAN DENGAN DAKWAT

A. PARTICULARS OF PROPOSER OR INSURED PERSON / *BUTIR-BUTIR PENCADANG ATAU ORANG YANG DIINSURANSKAN*				PREMIUM (RM)
Proposer / *Pencadang* :				
Home Address / *Alamat Rumah* : Postcode / *Poskod* :		Office Address / *Alamat Pejabat* : Postcode / *Poskod* :		
House Telephone No. *No. Telefon Rumah* :		Office Telephone No. *No. Telefon Pejabat* :		
Mobile No. *No. Bimbit* :		E-mail *E-mel* :		
New IC/Passport No. *No. K.P. Baru/Pasport* :			Date Of Birth *Tarikh Lahir* :	
Nationality *Kewarganegaraan* :	Marital Status *Status Perkahwinan* :		☐ Male *Lelaki* ☐ Female *Perempuan*	
Occupation *Pekerjaan* :	Height *Tinggi* (cm):	Weight *Berat* (kg):	Plan *Pelan* :	
Full Name / *Nama Penuh* :				
New IC/BC/Passport No. *No. K.P. Baru/S.K./Pasport* :			Date Of Birth *Tarikh Lahir* :	
Relationship to Proposer *Hubungan kepada Pencadang* :			☐ Male *Lelaki* ☐ Female *Perempuan*	
Occupation *Pekerjaan* :	Height *Tinggi* (cm):	Weight *Berat* (kg):	Plan *Pelan* :	
Full Name / *Nama Penuh* :				
New IC/BC/Passport No. *No. K.P. Baru/S.K./Pasport* :			Date Of Birth *Tarikh Lahir* :	
Relationship to Proposer *Hubungan kepada Pencadang* :			☐ Male *Lelaki* ☐ Female *Perempuan*	
Occupation *Pekerjaan* :	Height *Tinggi* (cm):	Weight *Berat* (kg):	Plan *Pelan* :	
Full Name / *Nama Penuh* :				
New IC/BC/Passport No. *No. K.P. Baru/S.K./Pasport* :			Date Of Birth *Tarikh Lahir* :	
Relationship to Proposer *Hubungan kepada Pencadang* :			☐ Male *Lelaki* ☐ Female *Perempuan*	
Occupation *Pekerjaan* :	Height *Tinggi* (cm):	Weight *Berat* (kg):	Plan *Pelan* :	
Full Name / *Nama Penuh* :				
New IC/BC/Passport No. *No. K.P. Baru/S.K./Pasport* :			Date Of Birth *Tarikh Lahir* :	
Relationship to Proposer *Hubungan kepada Pencadang* :			☐ Male *Lelaki* ☐ Female *Perempuan*	
Occupation *Pekerjaan* :	Height *Tinggi* (cm):	Weight *Berat* (kg):	Plan *Pelan* :	

PAYMENT INSTRUCTION / *ARAHAN PEMBAYARAN*

☐ I enclose herewith a cheque number: _____ for RM _____ being premium inclusive of Service Tax (if any) and Stamp Duty made payable to Liberty General Insurance Berhad.
Saya sertakan bersama cek bernombor: _____ sebanyak RM _____ untuk premium termasuk Cukai Perkhidmatan (jika ada) dan Duti Setem, bayaran dikehendaki atas nama Liberty General Insurance Berhad.

☐ Please charge RM _____ being premium inclusive of Service Tax (if any) and Stamp Duty to my credit card.
Sila caj RM _____ untuk premium termasuk Cukai Perkhidmatan (jika ada) dan Duti Setem ke kad kredit saya.

Credit Card Number / *No. Akaun Kad Kredit* : ____ - ____ - ____ - ____

Card Expiry Date / *Tempoh Tamat Kad* : ___ / ____

Type Of Credit Card / *Jenis Kad Kredit* : ☐ MasterCard ☐ Visa

Cardmember's Signature (Signature as per card)
Tandatangan Pemegang Kad (Seperti di dalam kad)

Total Premium *Jumlah Premium* :	
Family Discount (if applicable ____%) *Diskaun Keluarga* *(jika berkenaan ____%)* :	
Stamp Duty *Duti Setem* :	10.00
Total Premium Payable *Jumlah Premium Perlu Dibayar*	

Note : Premium stated are without the Service Tax. Service Tax is not applicable for Individual Policyholders.
Nota : Premium yang tertera adalah tanpa Cukai Perkhidmatan. Cukai Perkhidmatan tidak dikenakan kepada Pemegang Polisi Individu.

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, Malaysia.
P.O.Box 11228, GPO Kuala Lumpur 50740 Kuala Lumpur
Tel: 1 800 88 3833 **Email:** customer@kurnia.com **Web:** www.kurnia.com
(Service Tax Registration No.: B16-1808-31015443)

0324

B. PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS / *SILA JAWAB SOALAN-SOALAN YANG BERIKUT* :		Yes / *Ya*	No / *Tidak*
1. (a)	Have you or any applicant to be insured currently insured under any other medical or hospitalization insurance? *Adakah anda atau pemohon lain yang akan diinsuranskan kini dilindungi oleh sebarang insurans perubatan atau penghospitalan lain?*	☐	☐
(b)	Have you or any applicant to be insured ever made a claim against any insurance company in respect of any hospitalization policy? *Pernahkah anda atau pemohon lain yang akan diinsuranskan membuat tuntutan terhadap mana-mana syarikat insurans bagi polisi penghospitalan?*	☐	☐
	If "Yes", please give details as below / *Jika jawapannya "Ya", sila berikan penjelasan lanjut di bawah* :- Person to be Insured / *Orang Yang Diinsuranskan* :- _____ Insurance Company / *Syarikat Insurans* :- _____ Policy Number / *Nombor Polisi* :- _____ Type of Insurance/Claim / *Jenis Insurans/Tuntutan* :- _____ Amount Insurance/Claim / *Amaun Insurans/Tuntutan* :- _____		
2.	Has an application or renewal for medical or hospitalization insurance on any person to be insured ever been declined, postponed or accepted at other than normal terms? *Pernahkah sebarang permohonan atau pembaharuan bagi insurans perubatan atau penghospitalan bagi anda / pemohon lain ditolak, ditangguhkan atau diterima mengikut syarat yang lain daripada syarat biasa?*	☐	☐
	If "Yes", please give details as below / *Jika jawapannya "Ya", sila berikan penjelasan lanjut di bawah* :- Person to be Insured / *Orang Yang Diinsuranskan* :- _____ Reason / *Sebab* :- _____		
3. (a)	Have you or any applicant to be insured, seen a doctor / specialist (except as a routine check-up), and been under continuous medical treatment or been hospitalized, or under gone any surgical operations, or been from recurring illness in the past? *Pernahkah anda atau pemohon lain yang akan diinsuranskan berjumpa doktor / pakar (kecuali pemeriksaan (kecuali pemeriksaan biasa), dan mendapat rawatan perubatan berterusan atau telah dimasukkan ke hospital, atau pernah menjalankan sebarang pembedahan, ataupun menghidap penyakit berulang pada masa yang lalu?*	☐	☐
(b)	Have you or any applicant to be insured currently suffering from any form of physical impairment, congenital abnormality, or in poor health? *Adakah anda atau pemohon lain yang akan diinsuranskan menghidap sebarang ketaknormalan jasmani, sebarang kecacatan sejak lahir atau di dalam keadaan kurang sihat?*	☐	☐
(c)	Have you or any applicant to be insured ever been treated for or has been told of having high or low blood pressure, diabetes, high cholesterol, heart disease, arthritis, piles, thyroid disorder, sinus problem, chronic cough, bronchitis, asthma, tuberculosis or disease of respiratory system, ulcer or disorder of the stomach, back or spine disorder, and other serious illness, disease or injury? *Pernahkah anda atau pemohon lain yang akan diinsuranskan mendapat rawatan atau diberitahu menghidapi penyakit tekanan darah tinggi atau rendah, penyakit kencing manis, kolesterol tinggi, penyakit jantung, artritis, buasir, penyakit tiroid, masalah sinus, batuk kronik, bronkitis, asma, tuberkulosis atau penyakit sistem pernafasan, ulser atau penyakit dalam perut, penyakit belakang atau tulang belakang, dan penyakit-penyakit atau kecederaan yang serius?*	☐	☐
	If "Yes", please give details as below / *Jika jawapannya "Ya", sila berikan penjelasan lanjut di bawah* :- Person to be Insured / *Orang Yang Diinsuranskan* :- _____ Type of Illness/Injury / *Jenis Penyakit/Kecederaan* :- _____ Further Details / *Keterangan Lanjut* :- _____		
(d)	Are there any other circumstances not disclosed above which may affect the risk of this plan on any of the person to be insured? *Adakah apa-apa keadaan lain yang tidak dinyatakan di atas yang boleh menjejaskan risiko pelan ini pada anda / pemohon lain yang akan diinsuranskan?*	☐	☐
	If "Yes", please give details as below / *Jika jawapannya "Ya", sila berikan penjelasan lanjut di bawah* :- Person to be Insured / *Orang Yang Diinsuranskan* :- _____ Further Details / *Keterangan Lanjut* :- _____		

0324

DECLARATIONS / *PENGISYTIHARAN*

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 avoid 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. I understand that the insurance shall not commence until the premium has been actually paid to and accepted by the Company, and further that this proposal for insurance has been officially accepted in writing by the company. I herewith authorize any doctor or any other person whom the insurance company may approach to disclose to the Company or its medical department all information they may require in connection with the proposed insurance. A photocopy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original. / *Saya/Kami mengesahkan bahawa saya/kami telah memberi sepenuh perhatian untuk menjawab kesemua soalan yang terkandung secara jujur disepanjang pengetahuan dan ingatan dan saya/kami akan bertanggungjawab untuk memberitahu pihak Syarikat terhadap sebarang perubahan, pindaan atau penambahan pada soalan diatas 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. Saya memahami bahawa insurans ini tidak akan berkuatkuasa selagi premium tidak diterima oleh pihak Syarikat dan cadangan bagi insurans ini diterima secara rasmi dengan bertulis oleh pihak Syarikat. Dengan ini saya memberi kuasa kepada mana-mana doktor atau orang lain yang syarikat insurans pilih untuk mendedahkan kepada Syarikat atau jabatan perubatan semua maklumat yang diperlukan berkaitan dengan insurans yang dicadangkan. Salinan kebenaran ini hendaklah dianggap berkuatkuasa dan sah seperti yang asal.*

☐ 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, Re Insurers 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 berkait dengan pihak Syarikat, anak-anak syarikat dan/atau syarikat induknya dan semua rakan kongsi penyumberan luar, Penanggung Insurans Semula dan peguam cara tetapi bukan terhad kepada syarikat-syarikat sekutu termasuk semua rakan kongsi penyumberan luar.*

☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*

I/We further agree that the Company, it's 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 requirement; and marketing campaigns and activities and commercial transactions. / *Saya/Kami seterusnya bersetuju bahawa pihak Syarikat, rakan niaganya dan syarikat-syarikat yang berkait, anak-anak syarikat dan/atau syarikat induk berhak untuk berkongsi dan menggunakan data dan maklumat peribadi saya/kami bertujuan untuk mempromosikan produk, perkhidmatan baru dan keperluan sokongan; dan aktiviti urus niaga komersil yang dikendalikan oleh pihak Syarikat dan semua syarikat yang berkait anak-anak syarikat dan/atau syarikat induk.*

☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*

Name of Proposer / *Nama Pencadang*	IC No. / *No. K.P.*	Signature of Proposer / *Tandatangan Pencadang*	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 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 urus niaga dijalankan.*

Name of Proposer / *Nama Pencadang* : _____ Cover note/Policy No. / *No. Sijil Insurans/Polisi* : _____

Verification / *Pengesahan*

Signature / *Tandatangan* : _____ NRIC No. / *No. Kad Pengenalan* : _____

Name of Agent/Staff / *Nama Agen/Kakitangan* : _____ Date / *Tarikh* : _____

FOR OFFICE USE / *UNTUK KEGUNAAN PEJABAT*

REFERENCE NO. *NO. RUJUKAN* :	REMARKS / *KATA-KATA* :	SIGNATURE UNDERWRITER *TANDATANGAN PENGUNDERAIT* :	DATE / *TARIKH* :

0324

SPECIAL PROVISION AND CONDITIONS / *SYARAT-SYARAT KHAS*

UPGRADED ROOM AND BOARD CO-PAYMENT / *BAYARAN BERSAMA BILIK DAN MAKAN DINAIKKAN*

If you are hospitalized at a Room & Board rate which is higher than your eligible benefit, you shall bear 20% of the other eligible benefits described in the Schedule of Benefit.

Sekiranya anda memasuki hospital yang kadar Bilik dan Makannya melebihi manfaat yang layak, maka anda akan menanggung 20% daripada manfaat lain yang layak mengikut Jadual Manfaat.

WAITING PERIOD / *TEMPOH TANGGUH*

No benefit shall be payable for any illness occurred or contracted during the first 30 days of the effective date of this insurance for the first year Policy, except for accident.

Pampasan tidak akan dibayar untuk sebarang penyakit yang bermula/timbul dalam tempoh 30 hari dari tarikh insurans ini mula berkuat kuasa bagi tahun pertama Polisi, kecuali untuk kecederaan akibat kemalangan.

COOLING-OFF PERIOD / *TEMPOH BERTENANG*

If this Policy shall have been issued and for any reason whatsoever you shall decide not to take up the Policy, you may return the Policy to the company for cancellation provided such request is delivered to the company within fifteen (15) days from the date of delivery of the Policy. You are entitled to the return of the full premium paid less deduction of medical expenses incurred by the company in the issue of the Policy.

Selepas Polisi dikeluarkan dan anda hendak menamatkan Polisi ini dengan apa saja alasannya, anda boleh mengembalikan Polisi kepada syarikat untuk pembatalan dengan syarat permohonan untuk pembatalan diserahkan kepada syarikat dalam tempoh lima belas (15) hari dari tarikh penyerahan Polisi. Anda layak menerima pulangan penuh premium yang telah dibayar tolak belanja perubatan yang ditanggung oleh Syarikat untuk mengeluarkan Polisi tersebut.

PERIOD OF COVER AND RENEWAL (conditional renewable policy with portfolio pricing) / *TEMPOH PERLINDUNGAN DAN PEMBAHARUAN (terpakai kepada polisi boleh baharu bersyarat dengan penetapan harga portfolio)*

This Policy shall become effective as of the date stated in the Schedule. The Policy Anniversary shall be one year after the effective date and annually thereafter. On each such anniversary, this Policy is renewable at the premium rates in effect at that time as notified by the Company. This Policy will be renewable at the option of Policyholder subject to the terms, conditions and termination at each of the anniversary of the Policy date. The renewal premiums payable is not guaranteed and the Company reserves the right to revise the premium rate applicable at the time of renewal by giving a 30 days written notice. Such changes, if any shall be applicable to all Policyholders irrespective of their claim experience according to the Company's risk assessment.

This Policy is renewable at the option of Policyholder until the occurrence of any of the following :

(a) non payment of premium or premium not made on time
(b) fraud or misrepresentation of material fact during application
(c) the Policy is cancelled at the request of the Policyholder
(d) total claims of the Policy have reached the lifetime limit specified and/or on the death of the Insured Person
(e) the Insured Person ceases to qualify as a dependant based on the definition of the Policy
(f) the Insured Person attains the coverage age limit specified
(g) termination of coverage for all Policies in a certain market and the Company withdraws this Policy completely from the market in accordance with the Portfolio Withdrawal Condition (where 30 days cancellation notice in writing shall be given to the Policyholder).

Polisi ini hendaklah berkuat kuasa mengikut tarikh yang dinyatakan pada Jadual. Ulang Tahun Polisi adalah satu tahun selepas tarikh kuat kuasa dan setiap tahun berikutnya. Pada setiap ulang tahun itu, Polisi ini boleh dibaharui pada kadar premium yang berkuat kuasa pada masa itu seperti yang diberitahu oleh Syarikat. Polisi ini boleh dibaharui mengikut pilihan pemegang polisi tertakluk kepada terma, syarat dan penamatan pada setiap tarikh ulang tahun Polisi. Premium pembaharuan yang dibayar tidak dijamin dan Syarikat berhak menyemak semula kadar premium yang terpakai pada masa pembaharuan itu dengan memberikan notis bertulis dalam masa 30 hari. Perubahan tersebut, jika ada, hendaklah terpakai kepada semua pemegang polisi tanpa mengambil kira pengalaman tuntutan mereka mengikut penilaian risiko Syarikat.

Polisi ini boleh dibaharui mengikut pilihan pemegang polisi sehingga berlaku mana-mana yang berikut :

(a) premium tidak dibayar atau premium tidak dibayar mengikut masa
(b) penipuan atau salah nyataan fakta penting semasa membuat permohonan
(c) polisi dibatalkan atas permintaan pemegang polisi
(d) jumlah tuntutan polisi mencapai had seumur hidup yang ditetapkan dan/atau berlaku kematian Orang yang Diinsuranskan
(e) Orang yang Diinsuranskan tidak lagi layak menjadi tanggungan berdasarkan takrif polisi
(f) Orang yang Diinsuranskan mencapai had umur perlindungan yang ditetapkan
(g) penamatan perlindungan semua polisi dalam pasaran tertentu dan Syarikat menarik balik polisi ini sepenuhnya dari pasaran menurut Syarat Penarikan Balik Portfolio (di mana notis pembatalan bertulis harus diberikan kepada Pemegang Polisi dalam masa 30 hari).

IMPORTANT NOTICE / *NOTIS PENTING*

1. The full details of the plan are to be found in the policy. If cancellation is effected within 15 days from the date of delivery of the policy, the premium paid shall be returned to you in full less medical expenses. Please note that if a plan has been switched from or to another insurer / plan, the similar benefits and terms may not be given depending on the assessment. / *Penjelasan terperinci dan lengkap boleh didapati di dalam polisi. Jika pembatalan berkuat kuasa dalam 15 hari dari tarikh polisi dihantarkan, premium akan dibayar balik penuh selepas memotong perbelanjaan perubatan. Sila beri perhatian bahawa jika sesuatu pelan yang dibawa daripada atau kepada syarikat insurans / pelan lain, faedah-faedah dan syarat-syarat yang sama tidak semestinya diberi dan terpulang kepada penilaian.*
2. An insurer or its intermediary must disclose the essential information regarding Medical and Health Insurance (MHI) policy. When in doubt or where there is ambiguity, the prospect is advised to seek further clarification/information from the insurer/intermediary. / *Sebuah Syarikat Insurans atau Orang Tengahnya dikehendaki mendedahkan segala maklumat penting mengenai polisi Insurans Perubatan dan Kesihatan (MHI). Sekiranya terdapat kesangsian atau kekeliruan, bakal pemilik polisi itu adalah dinasihatkan supaya mendapatkan penjelasan/keterangan yang jelas daripada Syarikat Insurans/orang tengah.*
3. The basics of Medical and Health Insurance can be obtained from the booklet "The Introduction to Medical and Health Insurance Products" issued by Bank Negara Malaysia. / *Asas Insurans Perubatan dan Kesihatan boleh didapati dari buku kecil "Pengenalan kepada Produk Insurans Perubatan dan Kesihatan" yang dikeluarkan oleh Bank Negara Malaysia.*
4. Product Disclosure Sheet (PDS) can be obtained through our website www.kurnia.com. You are advised to read the PDS before you take out any product. / *Lampiran Pemberitahuan Produk boleh didapati melalui laman web www.kurnia.com. Anda dinasihatkan untuk membaca Lampiran Pemberitahuan Produk sebelum anda memutuskan untuk mengambil mana-mana produk.*
5. In the event of a conflict or discrepancy between the provisions of the English text of any of the Contract documents and any translation thereof, the English text shall prevail. / *Sekiranya berlaku konflik atau percanggahan berhubung peruntukan teks Bahasa Inggeris dengan mana-mana Dokumen Kontrak dan apa-apa terjemahannya, maka teks Bahasa Inggeris akan diguna pakai.*
6. Liberty General Insurance Berhad is licensed under Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia. / *Liberty General Insurance Berhad dilesenkan di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan dikawal selia oleh Bank Negara Malaysia.*
7. A full version of the Privacy Notice of Liberty General Insurance Berhad is available on our website at www.libertyinsurance.com.my for your further reference. / *Versi Jengkap Notis Privasi Liberty General Insurance Berhad boleh didapati di laman web kami di www.libertyinsurance.com.my untuk rujukan lanjut.*

0324