

RIGHT COVER
PERSONAL ACCIDENT INSURANCE

The right coverage
with the most
affordable price

*Perlindungan yang mencukupi
dengan harga berpatutan*



Underwritten by:
Ditanggung jamin oleh:

**AmGeneral
Insurance Berhad**

197801007153 (44191-P)
A member of the AmBank Group
Ahli Kumpulan AmBank

**HEAD OFFICE
IBU PEJABAT**

Menara Shell, No. 211,
Jalan Tun Sambanthan,
50470 Kuala Lumpur, Malaysia.
P.O. Box 11228, GPO Kuala Lumpur,
50740 W.P. Kuala Lumpur, Malaysia.

1 800 88 3833
customer@kurnia.com
www.kurnia.com

SCAN for full list of
branch addresses
IMBAS untuk senarai
alamat cawangan



Visit our agents & branches
Kunjungi ejen & cawangan kami
1 800 88 3833
www.kurnia.com

NOTIS PENTING

- Borang cadangan ini hanya ringkasan saja. Maklumat terperinci tentang perlindungan polisi boleh didapati di dalam polisi.
- 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.
- Liabiliti adalah tidak ditanggung sehingga cadangan ini diterima oleh Syarikat.
- Sebarang pertukaran informasi diberi mesti dilaporkan kepada Syarikat serta merta jika tidak Syarikat berhak menolak sebarang liabiliti.
- Sila berikan jawapan yang tepat kepada setiap soalan, tanda sengkang adalah tidak memadai.
- 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.
- Pemegang Polisi adalah dinasihatkan untuk membuat penamaan di bawah Seksyen 130, Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan boleh mendapatkan Borang Penamaan dari Ibu Pejabat, Cawangan atau Ejen kami.
- AmGeneral Insurance Berhad dilesenkan di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan dikawal selia oleh Bank Negara Malaysia.
- Versi lengkap Notis Privasi AmGeneral Insurance Berhad boleh didapati di laman web kami di www.amgeneralinsurance.com untuk rujukan lanjut.

PENGECUALIAN

- Polisi ini tidak melindungi kerugian yang disebabkan oleh kejadian berikut:-
- Sebarang jenis sakit, penyakit, virus, jangkitan atau parasit.
 - Sebarang kecacatan fizikal, mental atau uzur, sebarang jenis sawan yang sedia ada.
 - Melahirkan anak, keguguran, mengandung atau komplikasi yang berkaitan.
 - Semasa cubaan untuk melakukan aktiviti yang menyalahi undang-undang termasuk tetapi tidak terhad kepada aktiviti ketika Orang Yang Diinsuranskan berada di bawah pengaruh alkohol atau pengaruh minuman keras atau arak yang memabukkan, narkotik, dadah berbahaya atau dadah-dadah lain yang memudaratkan atau bahan yang memabukkan (kecuali ubat-ubatan yang diambil mengikut preskripsi dan arahan doktor).
 - Bunuh diri atau percubaan bunuh diri, kecederaan yang sengaja dilakukan oleh Orang Yang Diinsuranskan tidak kira kewarasan fikirannya pada masa insiden berlaku atau ketidaksiaman.
 - Sindrom Kurang Daya Tahan Melawan Penyakit (AIDS) atau Komplikasi Berkaitan AIDS (ARC) tidak kira bagaimana sindrom ini diperolehi atau dinamakan.
 - Semasa Orang Yang Diinsuranskan terlibat dalam pergaduhan atau demonstrasi.
 - Orang Yang Diinsuranskan melibatkan diri dalam luncur air, sebarang aktiviti bawah air yang melibatkan penggunaan alat bantuan pernafasan (kecuali menyelam skuba), mendaki gunung yang melibatkan penggunaan tali atau jurupandu, perlumbaan selain daripada menggunakan kaki.
 - Pembunuhan atau serangan yang didorong, keracunan makanan, gigitan serangga, ular, binatang perosak dan binatang.
- Nota:
Senarai ini tidak menyeluruh. Sila rujuk kontrak polisi untuk senarai penuh pengecualian di bawah polisi ini.

Right Cover direka khusus untuk semua pada premium yang berpatutan dan memberi perlindungan 24 jam di seluruh dunia.

Dengan premium berpatutan serendah RM13.78 setahun, anda memperoleh kesemua faedah-faedah yang dinyatakan:-

- Kematian Akibat Kemalangan
 - Hilang Upaya Kekal Sepenuhnya
 - Lumpuh Keseluruhan atau Terlantar Kekal di Katil
 - Kehilangan satu atau kedua belah tangan
 - Kehilangan satu atau kedua belah kaki
 - Kehilangan satu atau kedua belah mata
- Elaun Pengebumian

KELAYAKAN

- Warganegara Malaysia, Pemastautin Tetap Malaysia, Pemegang Permit/Pas Kerja di Malaysia atau suami/isteri yang sah/anak/pekerja yang menetap secara sah di Malaysia. Sekiranya pencadang adalah badan korporat yang berdaftar di Malaysia, pencadang boleh menamakan pekerjajanya sebagai Orang Yang Diinsuranskan.
- Pencadang, suami/isteri yang sah/pekerjanya berumur 16 tahun sehingga 75 tahun, boleh diperbaharui sehingga 80 tahun.
- Anak pencadang yang di bawah tanggungannya berumur 30 hari sehingga 18 tahun (atau sehingga 23 tahun untuk pelajar sepenuh masa di institusi pengajian tinggi yang diiktiraf).
- Kebenaran Ibu/Bapa/Penjaga diperlukan untuk pencadang yang berumur 16 tahun dan ke atas tetapi di bawah umur 18 tahun, sebelum membeli polisi insurans ini.

ANTI-MONEY LAUNDERING, ANTI-TERRORISM FINANCING AND PROCEEDS OF UNLAWFUL ACTIVITIES ACT 2001
AKTA PENGECAGAHAN 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 Peniagaan/Passport asal pencadang telah disahkan ketenterannya ketika urusniaga 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 Ejen / Kakitangan _____ Date / Tarikh _____

NOMINATION FORM / BORANG PENAMAAN

If your intention is for the nominee(s) named here in 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. Jika anda berniat supaya penama yang dinamakan dalam pelan ini menerima manfaat polisi sebagai bенеfisiari dan bukannya sebagai wasi, maka anda mestilah menyerahkan hak manfaat polisi berkenaan kepada orang tersebut menggunakan borang Serah Hak mudak.

- Note / Nota :
- The witness must be at least 18 years of age and cannot be a named nominee / Saksi mestilah berumur sekurang-kurangnya 18 tahun dan tidak boleh dinamakan sebagai penama.
 - A nominee of a Muslim policy owner upon receipt of policy money shall distribute the policy money in accordance with Islamic Law / Seseorang penama bagi pemegang polisi yang beragama Islam apabila menerima wang polisi hendaklah mengagihkan wang polisi tersebut menurut undang-undang Islam.
 - 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) 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 / 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.

I hereby nominate the following as nominee(s) for the above insurance application / policy and revoke all existing nominee(s) if (any) named earlier. Saya dengan ini menandakan penama-penama berikut untuk polisi di atas dan membatalkan penama yang dinamakan sebelum ini.

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

Signature of Witness / Tandatangan Saksi _____ Date / Tarikh _____
Name / Nama : _____ Signature of Proposer / Tandatangan Pencadang _____
NRIC / No. Kad Pengenalan : _____ Address / Alamat : _____
NRIC / No. Kad Pengenalan : _____ Address / Alamat : _____

Right Cover is specially designed for everyone at an affordable premium, providing 24 hours worldwide protection.

With affordable premium from as low as RM13.78 annually, you are entitled to all the listed benefits:-

- Accidental Death
 - Permanent Disablement
 - Total Permanent Disablement
 - Total Paralysis or Permanently Bedridden
 - Loss of one or both hands
 - Loss of one or both feet
 - Loss of one or both eyes
- Bereavement Allowance

ELIGIBILITY

- A Malaysian, Permanent Resident of Malaysia, Work Permit/Pass Holder in Malaysia or his/her legal spouse/child/employee who is legally residing in Malaysia. If the proposer is a corporate body registered in Malaysia, the proposer can name its employee as the Insured Person.
- The age of proposer, his/her legal spouse/employee is 16 years to 75 years old, renewable up to 80 years old.
- The age of proposer's dependent child is from 30 days to 18 years old (or up to 23 years old for full-time student in a recognised institution of higher learning).
- Parental/Guardian consent is required if the age of the proposer is 16 years old and above but below the age of 18 years old, before purchasing this insurance policy.

EXCLUSIONS

This policy does not cover losses caused by the following circumstances:-

- Any kind of disease, illness, sickness, virus, infection or parasites.
- Any pre-existing conditions, physical defect or infirmity, fits of any kind.
- Childbirth, miscarriage, pregnancy or any related complication.
- While committing or attempting to commit any unlawful act including but not limited to while the Insured Person is under the influence of alcohol or intoxicating liquor, narcotics, dangerous drugs or any other deleterious drugs or intoxicating substance (with the exception of drugs taken in accordance with the treatment prescribed and directed by a doctor).

- Suicide, attempted suicide or self-inflicted injury, regardless of Insured Person's state of mind at the time the incident occurred or insanity.
- Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or AIDS Related Complex (ARC) howsoever this syndrome has been acquired or may be named.
- While participating in a brawl or demonstration.
- The Insured Person engaging in water skiing, any underwater activities involving use of underwater breathing apparatus (except scuba diving), mountaineering necessitating ropes or guides, racing of any kind other than on foot.
- Provoked murder or assault, food poisoning, insect, snakes, vermin and animal bites.

Note:

This list is non-exhaustive. Please refer to the policy contract for the full list of exclusions under this policy.

IMPORTANT NOTICE

- This proposal form is a brief description only. The full details of the policy coverage are to be found in the policy.
- 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 rates and terms to be applied.
- Liability does not attach until the proposal has been accepted by the Company.
- Any changes in the information given must be reported to the Company immediately otherwise the Company may reserve the right to decline all liability.
- Please give a definite answer to each question, dashes are not sufficient.
- 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.
- Policy Owners are advised to make a nomination pursuant to Section 130 of the Financial Services Act 2013 and can obtain a Nomination Form from our service counters at our Head Office, Branches or Agents.
- AmGeneral Insurance Berhad is licensed under Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia.
- A full version of the Privacy Notice of AmGeneral Insurance Berhad is available on our website at www.amgeneralinsurance.com for your further reference.

Cover Note No.
No. Nota Perlindungan

Agent Name and Code
Nama dan Kod Ejen

RIGHT COVER PERSONAL ACCIDENT INSURANCE PROPOSAL FORM

BORANG CADANGAN INSURANS KEMALANGAN DIRI RIGHT COVER

DETAILS OF PROPOSER / MAKLUMAT-MAKLUMAT PENCADANG

Name of Proposer Nama Pencadang	Date of Birth Tarikh Lahir	(dd/mm/yyyy) / (hh/bb/tttt)
NRIC / Passport No. No. Kad Pengenalan / Pasport	Telephone No. No. Telefon	
Business Registration No. No. Pendaftaran Syarikat		
Occupation / Business Pekerjaan / Perniagaan		
Correspondence Address Alamat Surat-Menyurat		
Postcode Poskod		
Gender Jantina	State Negeri	
E-mail Address Alamat E-mel	Marital Status Status Perkahwinan	Single Bujang
Period of Insurance Tempoh Insurans	Nationality Warganegara	Others Lain-lain
	From Dari	To Sehingga
	(dd/mm/yyyy) / (hh/bb/tttt)	(dd/mm/yyyy) / (hh/bb/tttt)
	Male Lelaki	Female Perempuan
	Married Kahwin	Others Lain-lain

INSURED PERSON'S DETAILS / BUTIR-BUTIR ORANG YANG DIINSURANSKAN

Name of Insured Person Nama Orang Yang Diinsuranskan	NRIC / Passport / Birth Cert. No. No. Kad Pengenalan / Pasport / Sijil Kelahiran	Age Umur	Occupation Pekerjaan	Relationship to Proposer Hubungan dengan Pencadang
---	---	-------------	-------------------------	---

TABLE OF BENEFITS / ANNUAL PREMIUM / JADUAL FAEDAH / PREMIUM TAHUNAN (RM)

Item / Perkara	Benefits / Faedah-Faedah	Plan / Pelan A	Plan / Pelan B	Plan / Pelan C	Plan / Pelan D	Plan / Pelan E
1	Accidental Death / Kematian Akibat Kemalangan	7,500.00	15,000.00	22,500.00	30,000.00	45,000.00
2	Permanent Disablement / Hilang Upaya Kekal <ul style="list-style-type: none">Total Permanent Disablement Hilang Upaya Kekal SepenuhnyaTotal Paralysis or Permanently Bedridden Lumpuh Keseluruhan atau Terlamtar Kekal di KatilLoss of one or both hands Kehilangan satu atau kedua belah tanganLoss of one or both feet / Kehilangan satu atau kedua belah kakiLoss of one or both eyes / Kehilangan satu atau kedua belah mata	7,500.00	15,000.00	22,500.00	30,000.00	45,000.00
3	Bereavement Allowance / Elaun Pengebumian	300.00	300.00	300.00	300.00	300.00
	Premium stated are inclusive of 6% Service Tax / Premium yang dinyatakan adalah termasuk 6% Cukai Perkhidmatan	13.78	27.56	41.34	55.12	82.68

CHOICE OF PLAN / PILIHAN PELAN

Plan / Pelan	A	B	C	D	E	Annual Premium / Premium Tahunan	RM
						Stamp Duty / Duti Setem	RM 10.00
						Total Premium Payable / Jumlah Premium Berbayar	RM

GENERAL QUESTIONNAIRE / SOALAN UMUM

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 3 years? / Pernahkah orang yang diinsuranskan mempunyai rekod kesihatan lalu, menghidapi 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 3 tahun yang lepas?

If "Yes", please give further details / Jika "Ya", sila berikan penjelasan lanjut:

Type of illness/injury/disease/infirmity/reason for declined or refused renewal / Jenis penyakit/kecederaan/kecacatan/sebab permohonan atau pembaharuan ditolak

AUTO RENEWAL INSTRUCTION / ARAHAN PEMBAHARUAN AUTOMATIK

I hereby authorise **AmGeneral 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 **AmGeneral Insurance Berhad** from time to time under this Policy. / Saya memberi kuasa kepada **AmGeneral 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 dinashatkan oleh **AmGeneral Insurance Berhad** dari masa ke masa.

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	(mm/yyyy) / (bb/tttt)	Card Issuing Bank Bank/Pengeluar Kad

Note / Nota:

Cardholder's relationship to Insured must be either spouse, parent or child.

Hubungan pemegang kad kepada Pihak Diinsuranskan mestilah pasangan suami isteri, ibubapa atau anak.

Cardholder's Signature (as per card)
Tandatangan Pemegang Kad (seperti di dalam kad)

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.

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 pemrosesan 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-searikat sekutu termasuk rakan kongsi pembekalan luar mereka.

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 product, 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 komersial yang dikendalikan oleh pihak Syarikat dan syarikat sekutu anak-anak syarikat dan/atau syarikat induk.

Date / Tarikh

Signature of Proposer / Tandatangan Pencadang

PARENTAL/GUARDIAN CONSENT / KEBENARAN IBU/BAPA/PENJAGA

Parental/Guardian consent is required if the age of the Proposer is sixteen (16) years old and above but below the age of eighteen (18) years old, before purchasing an insurance policy from AmGeneral Insurance Berhad. / Kebenaran Ibu/Bapa/Penjaga diperlukan untuk Pencadang yang berumur enam belas (16) tahun dan ke atas tetapi di bawah umur lapan belas (18) tahun, sebelum membeli polisi insurans daripada AmGeneral Insurance Berhad.

I have agreed for the Proposer to purchase this insurance policy and be bound by the policy Terms and Conditions. I understand that failing to provide information completely and accurately herein will render this insurance policy null and void. / Saya bersetuju untuk Pencadang membeli polisi insurans ini dan terakut kepada Terma-Terma dan Syarat-Syarat polisi. Saya memahami bahawa kegagalan memberikan maklumat penuh dan tepat disini akan menyebabkan polisi insurans ini terbatal dan tidak sah.

I hereby confirm that the information provided herein is correct and accurate. I understand that this consent shall form part of the insurance policy. / Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat disini adalah benar dan tepat. Saya memahami bahawa kebenaran ini akan membentuk sebahagian daripada polisi insurans.

Parental/Guardian Name / Nama Ibu/Bapa/Penjaga

NRIC/Passport No. / No. Kad Pengenalan/Pasport

Relationship to Proposer / Hubungan dengan Pencadang

Date / Tarikh

Parental/Guardian's signature / Tandatangan Ibu/Bapa/Penjaga