



LIBERTY GENERAL INSURANCE BERHAD 197801007153 (44191-P)

Dahulu dikenali sebagai AmGeneral Insurance Berhad
Liberty Insurance Tower, CT 9, Pavilion Damansara Heights, 3, Jalan Damansara, 50490 Kuala Lumpur
Tel No: 03-2268 3333 or 1-300-888-990
Laman Web : www.libertyinsurance.com.my

BORANG PERMOHONAN PELAN INSURANS KESIHATAN MEDISTAR

Kontrak Insurans Pengguna

Menurut **Perenggan 5 daripada Jadual 9** Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini sepenuhnya **untuk diri sendiri/keluarga/tanggungannya**, anda mempunyai kewajiban untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini. Anda dikehendaki menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini dengan lengkap dan tepat.

Kegagalan untuk mengambil langkah yang munasabah dalam menjawab soalan-soalan, mungkin mengakibatkan pembatalan kontrak insurans anda, keengganan atau pengurangan gantirugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda.

Kewajipan pendedahan diatas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami.

Sebagai tambahan kepada soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini, anda dikehendaki untuk mendedahkan apa-apa perkara lain yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan.

Anda juga mempunyai kewajiban untuk memberitahu kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak insurans anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami, apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan ini tidak tepat atau telah berubah.

PENGANTARA :

NO. AKAUN :

NO. POLISI :

BUTIRAN PERIBADI ANDA

Nama Pencadang: _____

Alamat: _____

Poskod: _____

No. K/P.: _____ Tarikh lahir: _____ (H) _____ (B) _____ (T)

Warganegaraan: Malaysia Lain-lain: _____ (sila nyatakan)

No. pasport: _____ Tarikh tamat pasport: _____

Jantina: Lelaki Perempuan

Keturunan: Melayu Cina India Lain-lain: _____

Taraf perkahwinan: Bujang Berkahwin Lain-lain: _____

Bilangan tanggungan (Pasangan/Anak): _____

Berat: _____ kg Ketinggian: _____ cm No. Tel bimbit.: _____

No. Telefon: (Rumah): _____ (Pejabat): _____

Alamat E-mel: _____

Pekerjaan: _____

Jenis perniagaan: _____

Nama majikan: _____

Alamat majikan: _____

Adakah anda akan terlibat dalam tugas di luar negara? Ya Tidak

Jika "Ya", sila nyatakan butir-butir: _____

Berapakah jangkamasa maksimum setiap tugas di luar negara: _____

Pendaftaran SST: Ya Tidak

Jika "Ya", sila berikan No. SST & Tarikh pendaftaran: _____

PERUNTUKAN BAJET UNTUK INSURANS PERUBATAN UNTUK SETAHUN: RM _____.

Nota Penting: Jika anda tidak memberi atau memilih untuk tidak memberi maklumat ini, kami / pejabat cawangan / ejen mungkin tidak dapat memberi anda cadangan produk yang paling sesuai. Anda bertanggungjawab untuk memilih produk yang bersesuaian dengan keperluan anda. Sila pastikan perlindungan perubatan produk yang dipilih bersesuaian dengan keperluan dan keutamaan anda, dengan mengambil kira sebarang perlindungan perubatan sedia ada yang mungkin anda miliki.

PEMBERITAHUAN TAHAP KESIHATAN

- Sila berikan Laporan Pemeriksaan Perubatan Komprehensif bagi Pencadang yang berumur 46 tahun dan ke atas. (Untuk Pemohon Baru Sahaja)
- Kos laporan tersebut hendaklah ditanggung oleh Pencadang.

JENIS-JENIS PEKERJAAN

Sila tandakan (v)

| Pencadang | Pasangan | Kelas | Jenis Pekerjaan |
|-----------|----------|-------|--|
| | | 1 | Terlibat dalam pekerjaan secara profesional, pentadbiran, pengurusan, perkeranian dan bukan panduan - pekerjaan yang umumnya . |
| | | 2 | Terlibat di dalam pekerjaan penyeliaan termasuk pekerja yang selalu keluar pejabat dalam menjalankan tugas mereka. |
| | | 3 | Terlibat dalam kerja penyeliaan yang tidak merbahaya tetapi melibatkan penggunaan alat-alatan mesin. |
| | | 4 | Terlibat dengan tugas yang merbahaya. Rujuk syarikat untuk senarai pekerjaan. |

Nota: Penambahan premium sebanyak 10% dan 20% akan dikenakan untuk jenis pekerjaan Kelas 3 & 4 masing – masing.

BUTIRAN ANAK ANDAAdakah insurans dikehendaki untuk kanak-kanak anda? Ya Tidak

Nama 1: _____

Tarikh lahir : ____ (h) ____ (b) ____ (t)

No. K/P baru/No. Surat Beranak : _____

Jantina: Lelaki Perempuan

Nama 2: _____

Tarikh lahir : ____ (h) ____ (b) ____ (t)

No. K/P baru/No. Surat Beranak : _____

Jantina: Lelaki Perempuan

Nama 3: _____

Tarikh lahir : ____ (h) ____ (b) ____ (t)

No. K/P baru/No. Surat Beranak : _____

Jantina: Lelaki Perempuan

Nota : Jika anda mempunyai lebih daripada 3 orang anak , sila kemukakan semua butir-butir bagi setiap seorang dan lampirkan bersama borang ini.

Sila jawab soalan-soalan berikut untuk diri sendiri dan tanggungan:

| | Ya | Tidak |
|---|----|-------|
| 1. Adakah anda mempunyai mana-mana polisi lain dengan manfaat yang sama, berkuat kuasa pada masa yang sama? Jika ya, sila berikan polisi tersebut. | | |
| 2. Pernahkah anda, berhubung mana-mana insurans perubatan atau kesihatan, dimana syarikat insurans menunda atau menolak permohonan, enggan memperbaharui atau membatalkan insurans? | | |
| 3. Adakah anda kini mengambil sebarang perubatan atau adakah anda kini diberi sebarang preskripsi perubatan? (Jika "Ya", sila berikan sebab termasuk nama perubatan, dos harian dan jangka masa rawatan) | | |
| 4. Pernahkah anda mengalami apa-apa penyakit, gangguan, ataupun kecederaan dalam masa lima (5) tahun yang lalu yang memerlukan sebarang bentuk perubatan, ataupun yang mungkin memerlukan rawatan di masa hadapan? | | |
| 5. Adakah anda pernah kemukakan apa-apa tuntutan berkaitan dengan polisi insurans kesihatan dalam tempoh lima (5) tahun? Jika anda telah menjawab "Ya", sila berikan butir-butir lengkap, dan guna lembaran berasingan jika perlu. | | |
| 6. Pernahkah anda berjumpa dengan doktor/pakar untuk perubatan ataupun nasihat pembedahan, ujian diagnostik ataupun peyiasatan termasuk ujian atau rawatan yang belum dijalankan atau dilengkap? | | |
| 7. Pernahkah anda mengalami ataupun dirawati, diberitahu atau berunding dengan pengamal perubatan untuk: | | |
| a) Penyakit ataupun gangguan mata, telinga, hidung, mulut atau tekak? | | |
| b) Sawan, epilepsi, pening atau sakit kepala berulang, pangsang, sklerosis, gangguan mental atau saraf, sakit jantung, strok, kelumpuhan, kemurungan, kebimbangan, psikiatri ataupun psikologi, pitam atau apa-apa jenis yang berkaitan dengannya? | | |
| c) Batuk berterusan, asma atau sesak nafas, bronkitis, tuberkulosis atau gangguan pernafasan? | | |
| d) Gangguan jantung, sakit dada atau ketidakselesaan atau sesak, debaran jantung, tekanan darah tinggi, demam reumatik, anaemia atau gangguan darah, atau apa-apa penyakit berkaitan jantung atau saluran darah atau apa-apa bentuk gangguan peredaran darah? | | |
| e) Tumor, barah, sista, nodul, polip, pertumbuhan dan apa-apa jenis ketulan termasuk darah malignan/leukemia? | | |
| f) Diabetes mellitus, masalah tiroid, apa-apa jenis hepatitis atau penyakit kuning? | | |
| g) Rheumatism, cakera tergelincir, artritis, gout atau gangguan otot atau sendi, gangguan tulang belakang atau sakit belakang? | | |
| h) Sakit perut yang berterusan, sakit di bahagian perut atau gastrik, hernia, masalah prostat, atau buasir? | | |
| i) penyakit paru-paru, otak, buah pinggang, hati, hempedu? | | |
| j) jerawat, rosea, eksim, psoriasis atau gangguan kulit yang lain? | | |
| k) dadah atau penyalahgunaan alcohol? | | |
| l) Peningkatan kolesterol? | | |
| m) Urat Varikos atau urat trombosis dalam? | | |
| n) batu di dalam sistem pembuangan air dan sistem biliary dan cholecystitis? | | |
| o) HIV(human immunodeficiency virus), AIDS(acquired immunodeficiency syndrome) atau penyakit kelamin yang lain? | | |
| p) Mana-mana penyakit, jangkitan, kecederaan, kurang keupayaan ataupun amputasi yang tidak disebut di atas? | | |

| | | |
|---|--|--|
| 8. Adakah sesiapa dari keluarga atau saudara-mara yang mengalami penyakit jantung, strok, barah, penyakit buah pinggang, ataupun keadaan atau penyakit lain yang serius? Jika "Ya", sila berikan maklumat ringkas _____ | | |
| 9. Pada 5 tahun lepas, pernahkah anda berjumpa dengan pengamal penjagaan kesihatan, termasuk naturopath, ahli fisioterapi, chiropractor, fisiologi, ahli terapi pertuturan atau ahli penyakit kaki? Jika ya, terangkan jenis pengamal dan sebabnya. _____ | | |
| 10. Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan pernah menjalani pembedahan dalam tempoh lima (5) tahun lalu? | | |
| 11. Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan merancang sebarang pembedahan dalam masa enam (6) bulan yang akan datang? | | |
| 12. Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan sedang mengalami sebarang kemerosotan fizikal, kelemahan ataupun kecacatan ataupun keadaan cacat sejak lahir? | | |
| 13. Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan dalam masa dua belas (12) bulan yang lalu menjalani atau dinasihatkan untuk menjalani elektrokardiogram, x-ray, ujian darah or urine, biopsi atau ujian diagnostik yang lain? | | |
| 14. Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan pernah mengalami apa-apa gejala untuk satu minggu berterusan, pengulangan yang tidak dapat dijelaskan atau demam berterusan atau kepenatan, pembesaran nodul limfa, cirit-birit kronik atau berulang, kelukaan kulit luar biasa, pengurangan atau kenaikan berat badan signifikan berterusan? | | |
| 15. Pemohon wanita: <ul style="list-style-type: none"> Adakah anda sedang mengandung? Jika "Ya", berapa bulan? _____ bulan Adakah anda pernah mengalami penyakit buah dada, organ-organ wanita, haid, <i>pap smear</i> luar biasa atau komplikasi semasa melahirkan anak? Jika jawapannya adalah " Ya " kepada soalan di atas, sila berikan butir-butir di bawah _____ | | |
| 16. Untuk kanak-kanak di bawah dua (2) tahun: <ul style="list-style-type: none"> Adakah kanak-kanak ini dilahirkan secara pra-matang ataupun di dalam jangka yang diberikan? _____ Berapakah berat kanak-kanak ini selepas dilahirkan? _____ kg. Tempoh tinggal di hospital selepas dilahirkan? _____ Jika jawapannya adalah " Ya " kepada soalan di atas, sila berikan butir-butir di bawah _____ | | |
| 17. Adakah anda merokok sebarang bentuk tembakau? Jika "Ya", sila nyatakan jenis dan penggunaan harian. _____ Jika "Tidak", sila nyatakan tempoh anda tidak merokok. _____ | | |
| 18. Selain daripada perkara yang telah anda jelaskan, adakah anda di dalam keadaan dan secara umumnya menikmati kesihatan yang baik? (Jika "Tidak", sila berikan butir-butir di bawah) _____ | | |
| 19. Adakah apa-apa keadaan perubatan kronik / jangka panjang yang wujud atau ada apa-apa lain yang diketahui kurang upaya, keanehan atau penyakit atau kecederaan berulang? Sila nyatakan : _____ | | |
| 20. Pernahkah anda diisytiharkan bankrap atau muflis atau tertakluk kepada prosiding kebangkrapan dan insolvensi? Sila nyatakan : _____ | | |

PENTING

* Sila pastikan anda memberikan keterangan penuh yang anda tahu atau keadaan yang disyaki dan tanda-tanda yang dialami dijelaskan di dalam borang permohonan ini walaupun tiada sebarang nasihat profesional. Contoh-contoh biasa adalah pembuluh darah bengkok, alahan, sakit belakang, bunion, buasir, sakit puan (termasuk haid yang tidak teratur) atau sakit, bengkok atau benjol.

Jika anda menjawab "Ya" kepada mana-mana PENGISYTIHARAN (1), sila berikan butiran-butiran berikut :

Soalan 1

Nama : _____

Syarikat Insurans : _____

No. polisi : _____ Tarikh luput : _____

Nama Doktor & Hospital: _____

Keperluan untuk mendapatkan rawatan atau konsultasi di masa akan datang: _____

Keadaan kesihatan sekarang: _____

Soalan 2

Nama : _____

Syarikat Insurans : _____

Sebab penolakan : _____

Syarat khusus yang dikenakan : _____

Soalan 4

Nama: _____

Jenis penyakit : _____

Rawatan & Konsultasi yang pernah diterima (dengan tarikh): _____

Nama Doktor & Hospital: _____

Keperluan untuk mendapatkan rawatan atau konsultasi di masa akan datang: _____

Keadaan kesihatan sekarang: _____

Soalan 3

Nama : _____

Jenis penyakit : _____

Rawatan & Konsultasi yang pernah diterima (dengan tarikh): _____

Soalan 5

Nama : _____

Jenis penyakit : _____

Rawatan & Konsultasi yang pernah diterima (dengan tarikh):

Nama Doktor & Hospital: _____

Keperluan untuk mendapatkan rawatan atau konsultasi di masa akan datang:

Keadaan kesihatan sekarang: _____

Soalan 6

Nama : _____

Jenis penyakit : _____

Rawatan & Konsultasi yang pernah diterima (dengan tarikh):

Nama Doktor & Hospital: _____

Keperluan untuk mendapatkan rawatan atau konsultasi di masa akan datang:

Keadaan kesihatan sekarang: _____

Soalan 7

Perkara: _____

Nama : _____

Jenis penyakit : _____

Rawatan & Konsultasi yang pernah diterima (dengan tarikh):

Nama Doktor & Hospital: _____

Keperluan untuk mendapatkan rawatan atau konsultasi di masa akan datang:

Keadaan kesihatan sekarang: _____

Perkara: _____

Nama : _____

Jenis penyakit : _____

Rawatan & Konsultasi yang pernah diterima (dengan tarikh):

Nama Doktor & Hospital: _____

Keperluan untuk mendapatkan rawatan atau konsultasi di masa akan datang:

Keadaan kesihatan sekarang: _____

Perkara: _____

Nama : _____

Jenis penyakit : _____

Rawatan & Konsultasi yang pernah diterima (dengan tarikh):

Nama Doktor & Hospital: _____

Keperluan untuk mendapatkan rawatan atau konsultasi di masa akan datang:

Keadaan kesihatan sekarang: _____

Perkara: _____

Nama : _____

Jenis penyakit : _____

Rawatan & Konsultasi yang pernah diterima (dengan tarikh):

Nama Doktor & Hospital: _____

Keperluan untuk mendapatkan rawatan atau konsultasi di masa akan datang:

Keadaan kesihatan sekarang: _____

Soalan 8

Nama : _____

Jenis penyakit : _____

Rawatan & Konsultasi yang pernah diterima (dengan tarikh):

Nama Doktor & Hospital: _____

Keperluan untuk mendapatkan rawatan atau konsultasi di masa akan datang:

Keadaan kesihatan sekarang: _____

Soalan 9

Nama : _____

Jenis penyakit : _____

Rawatan & Konsultasi yang pernah diterima (dengan tarikh):

Nama Doktor & Hospital: _____

Keperluan untuk mendapatkan rawatan atau konsultasi di masa akan datang:

Keadaan kesihatan sekarang: _____

Soalan 10

Nama : _____

Jenis penyakit : _____

Rawatan & Konsultasi yang pernah diterima (dengan tarikh):

Nama Doktor & Hospital: _____

Keperluan untuk mendapatkan rawatan atau konsultasi di masa akan datang:

Keadaan kesihatan sekarang: _____

Soalan 11

Nama : _____

Jenis penyakit : _____

Rawatan & Konsultasi yang pernah diterima (dengan tarikh):

Nama Doktor & Hospital: _____

Keperluan untuk mendapatkan rawatan atau konsultasi di masa akan datang:

Keadaan kesihatan sekarang: _____

Soalan 12

Nama : _____

Jenis penyakit : _____

Rawatan & Konsultasi yang pernah diterima (dengan tarikh):

Nama Doktor & Hospital: _____

Keperluan untuk mendapatkan rawatan atau konsultasi di masa akan datang:

Keadaan kesihatan sekarang: _____

Soalan 13

Nama : _____

Jenis penyakit : _____

Rawatan & Konsultasi yang pernah diterima (dengan tarikh):

Nama Doktor & Hospital: _____

Keperluan untuk mendapatkan rawatan atau konsultasi di masa akan datang:

Keadaan kesihatan sekarang: _____

Soalan 14

Nama : _____

Jenis penyakit : _____

Rawatan & Konsultasi yang pernah diterima (dengan tarikh):

Nama Doktor & Hospital: _____

Keperluan untuk mendapatkan rawatan atau konsultasi di masa akan datang:

Keadaan kesihatan sekarang: _____

NOTA PENTING (1)

- Kami mungkin akan bertanya beberapa soalan tambahan jika perlu.
- Soalan-soalan pada borang cadangan dan lain-lain butiran yang diminta secara khusus berkaitan dengan fakta-fakta yang dianggap penting oleh pihak kami untuk proses pengunderaitan insurans ini. Walau bagaimanapun, disebabkan tiada senarai soalan-soalan yang lengkap, sila pertimbangkan sama ada terdapat apa-apa maklumat penting yang anda ketahui yang dapat mempengaruhi penilaian dan penerimaan risiko.

Apa-apa maklumat penting lain yang diberikan oleh Pencadang?

Sila nyatakan : _____

Sila tandakan (✓) pada pelan yang dipohon:

PELAN MENYELURUH Pelan 1 Pelan 2 Pelan 3 Pelan 4**PENGIRAAN PREMIUM**

| Butiran | | Premium tahunan |
|---------------------------------------|---|-----------------|
| Pencadang | | RM |
| Pasangan | | RM |
| Anak | 1 | RM |
| | 2 | RM |
| | 3 | RM |
| | 4 | RM |
| Jumlah | | RM |
| Manfaat Tiada Tuntutan (NCD) | | RM |
| Manfaat Tuntutan Keluarga (FD) | | RM |
| Cukai Perkhidmatan | | RM |
| Duti Setem (setiap polisi) | | RM 10.00 |
| Jumlah Besar | | RM |

PENGISYTIHARAN (2)

Saya/Kami faham bahawa menjadi tanggungjawab saya/kami untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata semasa menjawab soalan-soalan dalam borang cadangan ini dan saya/kami dengan ini mengaku bahawa saya/kami telah menjawab dengan sepenuhnya dan dengan tepat soalan di atas.

Saya/Kami dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan atau klinik ataupun individu lain yang datang kepada saya/orang yang diinsuranskan untuk apa tujuan sekalipun untuk memberikan syarikat insurans apa-apa dan semua butir-butiran berhubung dengan mana-mana penyakit atau kecederaan dan memberikan semua salinan rekod/sijil hospital atau perubatan, termasuk mana-mana sejarah perubatan. Salinan fotostat pemberikuasaan ini akan diambil kira sebagai berkesan dan sah sebagai asli.

Saya / Kami mengakui bahawa liabiliti Syarikat Insurans tidak berkuat kuasa sehinggalah permohonan ini diterima dan premium dibayar kepada Syarikat Insurans.

Doktor yang dilawati / Pakar adalah : _____ Alamat : _____

_____.Tel: _____

Tandatangan pemohon_____
Tarikh

ARAHAN PEMBAYARAN

Saya sertakan tunai bernilai RM _____ premium termasuk Duti setem yang dibayar kepada **LIBERTY GENERAL INSURANCE BERHAD** ATAU

Sila cajkan RM _____ kepada kad kredit Mastercard Visa Debit

Nombor Akaun Kad Kredit/Debit : _____ Tarikh luput : _____

Tandatangan pemohon

Tarikh

* Jika dengan Kad, Pemohon hendaklah menjadi Ahli Kad dan tandatangan seperti dalam Akaun Kad

*** TUNTUTAN TUNAI SEBELUM PERLINDUNGAN:**

Perlindungan insurans tidak boleh diberi sehingga premium telah dibayar atau diterima oleh Liberty General Insurance Berhad selaras dengan Peraturan TUNAI SEBELUM PERLINDUNGAN.

PERAKUAN

| No. | SENARAI SEMAK (sila tandakan kotak yang berkenaan) | Yes | No |
|-----|---|-----|----|
| A. | Pihak insurans / Pengantara telah menerangkan kepada saya berkenaan kandungan buku risalah "Pengenalan kepada Produk Insurans Perubatan dan Kesihatan" dikeluarkan oleh Bank Negara di bawah Program Pendidikan Pelanggan dan saya telah diberikan buku risalah ini. | | |
| B. | Pihak insurans / Pengantara telah menerangkan kepada saya ciri-ciri penting berikut seperti mana yang terkandung di dalam dokumen polisi PELAN INSURANS PERUBATAN yang telah dibeli: - | | |
| | 1. Faedah yang dibayar di bawah polisi. | | |
| | 2. Kepentingan perubatan atau pengecualian teknikal atau had-had yang tertentu. | | |
| | 3. Had faedah (cth. % kos yang dilindungi oleh polisi, bayaran bersama, jumlah maksimum kos tuntutan, bayaran yang ditanggung oleh pencadang dan sebagainya). | | |
| | 4. Jumlah premium yang perlu dibayar dan tempoh bayaran. | | |
| | 5. Hak pihak insurans untuk menyemak dan meneliti premium yang dibayar mengikut keperluan dan notis yang perlu diberikan oleh pihak insurans sekiranya terdapat sebarang semakan. | | |
| | 6. Penyakit sedia ada, penyakit khusus dan tempoh kelayakan serta tempoh berkaitan yang bersesuaian. | | |
| | 7. Bagi polisi yang pembaharuan tahunan, kemungkinan di mana pembaharuan polisi adalah terjamin dan jangkaan kenaikan kadar maksimum premium untuk pembaharuan polisi. | | |
| | 8. Keadaan yang akan menyebabkan pembaharuan polisi : | | |
| | • Polisi diperbaharui dengan premium asas; | | |
| | • Polisi diperbaharui dengan peningkatan premium; atau | | |
| | • Polisi tidak diperbaharui. | | |
| | 9. Implikasi penukaran polisi daripada satu Syarikat Insurans kepada yang lain atau penukaran dari satu jenis plan insurans Perubatan dan Kesihatan kepada plan lain. | | |
| | 10. Tempoh bertenang selama 15 hari akan diberikan kepada saya untuk meneliti kesesuaian produk Perubatan dan Kesihatan yang baru dibeli. Jika saya memulangkan polisi ini kepada pihak Syarikat dalam tempoh ini, premium penuh akan dipulangkan kepada saya dengan ditolak kos perubatan yang timbul untuk polisi tersebut. | | |

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya memahami segala maklumat yang diterangkan kepada saya dan sedia maklum bahawa semua ciri-ciri penting polisi boleh didapati di laman web Syarikat Insurans / polisi dokumen / dll.

Tandatangan pemohon : _____ Tarikh : _____

Nama Pemohon : _____

Tandatangan perantara : _____ Tarikh : _____

Nama, Alamat Perniagaan & Nombor Telefon Perantara : _____

Nota: Senarai semakan ini perlu disimpan oleh pihak insurans / perantara sehingga tarikh tamat polisi.

PEMASARAN DAN KEBENARAN UNTUK PEMINDAHAN KE LUAR NEGARA

Liberty General Insurance Berhad berusaha untuk memperkenalkan produk baru dan meningkatkan perkhidmatan demi kepentingan terbaik anda. Data peribadi anda boleh digunakan oleh Liberty General Insurance Berhad dan ejen-ejen kami dan / atau syarikat sekutu (dalam kumpulan kewangan kami) serta memaklumkan kepada anda melalui e-mel, telefon, pos atau cara lain berkenaan perkhidmatan dan/atau produk dan kami ingin tahu cara terbaik untuk terus berhubung dengan anda.

Ya, saya ingin dihubungi melalui :

E-mel Telefon Pos

Tidak, saya tidak mahu dihubungi bagi tujuan tersebut.

Adakalanya, Liberty General Insurance Berhad mungkin juga akan berkongsi data peribadi terhad dengan pihak ketiga di luar kumpulan kewangannya bagi tujuan pemasaran dan juga boleh memindahkan ke luar negara data peribadi kepada entiti luar Malaysia yang boleh bertindak bagi pihak Liberty General Insurance Bhd dan / atau mana-mana anggota Kumpulan Syarikat Liberty Mutual dengan syarat bahawa anda telah dengan nyata mengizinkan kami berbuat demikian.

Sila nyatakan di bawah jika anda membenarkan pendedahan tersebut. tetapi hanya dengan keizinan daripada anda. Sila tandakan persetujuan anda jika anda membenarkan pendedahan maklumat seperti di atas.

Saya bersetuju dengan Liberty General Insurance Berhad mendedahkan maklumat saya kepada pihak ketiga di luar kumpulan kewangannya bagi tujuan pemasaran dan pemindahan ke luar negara data peribadi saya.

Ya Tidak

PENGESAHAN DAN KEBENARAN

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya telah membaca, memahami dan bersetuju dengan terma-terma Notis Privasi Liberty General Insurance Berhad (yang boleh didapati di www.libertyinsurance.com.my atau telah disediakan kepada saya) dan persetujuan untuk pemrosesan data peribadi saya seperti yang dinyatakan dalam Notis Privasi Liberty General Insurance Berhad dan Borang Cadangan.

Nama Penuh : Tandatangan :
Tarikh : No. K/P baru :

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

Nombor Resit rasmi : _____ Jumlah Premium : _____

TEMPOH PERLINDUNGAN

Daripada : _____ Kepada: _____

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA – PENGESAHAN PENGENALAN

Menurut Seksyen 66 (B) dan 66 (D) Pencegahan Pengubahan Wang Haram, Keganasan Anti Pembiayaan dan Perolehan Aktiviti menyalahi undang-undang Akta 2001,

Saya dengan ini mengaku bahawa butiran Pemohon telah disahkan berdasarkan dokumen asal yang berikut.

Sila tandakan (✓) yang berkenaan.

No. Kad Pengenalan Baru Pasport.
 Sijil Pendaftaran Lain-lain (sila nyatakan)

Name Penuh : _____ Tandatangan : _____
Tarikh : _____ No. K/P Baru : _____

NOTA PENTING (2)

1. Berikut adalah senarai perseorangan yang dibenarkan membuat pengesahan butiran di atas:

- Kakitangan Liberty General Insurance Berhad yang diberi kuasa.
- Ejen-ejen berdaftar Liberty General Insurance Berhad.

2. Salinan dokumen yang disahkan untuk polisi-polisi berikut perlu disimpan:

- Polisi-polisi individual atau syarikat yang mana premium tahunannya melebihi RM50,000.
- Polisi-polisi kumpulan yang mana premium tahunannya melebihi RM100,000.

NOTA PENTING (3)

Selaras dengan Perintah Pencegahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan (Pengisytiharaan Entiti Ditentukan dan Kehendak untuk Melapor) 2014 yang dikeluarkan di bawah Seksyen 66(B) dan 66(D) Akta Pencegahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan dan Hasil daripada Aktiviti Haram 2001, semua institusi dikehendaki untuk:

- Membekukan dengan serta - merta semua harta yang dimiliki, dikawal atau surat pengakuan yang dimiliki secara langsung atau tidak langsung oleh entiti yang dinyatakan; dan / atau
- Menolak atau memantau apa-apa transaksi oleh entiti yang dinyatakan.