



Insurans Liabiliti Awam Borang Cadangan

Kontrak Insurans Komersial

Menurut **Perenggan 4(1) Jadual 9** Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini **untuk tujuan yang berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion anda**, anda berkewajipan untuk mendedahkan apa-apa perkara yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan, dan apa-apa perkara yang munasabah yang boleh dijangka, jika tidak ia boleh menyebabkan pembatalan kontrak insurans, keengganan atau pengurangan ganti rugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda.

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

Anda juga mempunyai kewajipan 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 : |
|---------------------|--------------------|---------------------|

| BUTIR-BUTIR PENCADANG (Sila gunakan HURUF BESAR / tandakan (✓) pada kotak yang berkenaan) | | | | | | | |
|---|---------------|---|---|--|--------|--|--|
| Nama Pencadang | : | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | | |
| Warganegara | : | [<input type="checkbox"/>] Malaysia [<input type="checkbox"/>] Lain-lain : _____ | | | | | |
| No. Pasport | : | _____ | Tarikh Luput Pasport : _____ | | | | |
| No. Pendaftaran Perniagaan | : | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | | |
| Alamat surat-menyurat Pencadang | : | <table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 60%;"></td><td style="width: 20%; text-align: center;">Poskod</td><td style="width: 20%;"></td></tr> </table> | | | Poskod | | |
| | Poskod | | | | | | |
| No. Telefon | : | Pejabat : | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table> | | | | |
| | | | | | | | |
| : | Tel. Bimbit : | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | | |
| Alamat E-mel | : | _____ | | | | | |
| Perniagaan, Perdagangan atau Pekerjaan Pencadang | : | _____ | | | | | |
| Situasi Risiko / Lokasi Premis yang Diinsuranskan | : | _____ | Poskod : _____ | | | | |
| Batasan Wilayah | : | _____ | | | | | |
| Tempoh Insurans | : | Dari _____ Ke _____ kedua-dua tarikh terangkum | | | | | |

Liberty General Insurance Berhad 197801007153 (44191-P)
Dahulu Dikenali Sebagai AmGeneral Insurance Berhad

Liberty Insurance Tower, CT9, Pavilion Damansara Heights, 3 Jalan Damanlela, Pusat Bandar Damansara, 50490 Kuala Lumpur.
 Peti Surat 11228, GPO Kuala Lumpur, 50740 Kuala Lumpur.

Tel: +603 2268 3333 Faks: +603 2268 2222 Laman Sesawang: www.libertyinsurance.com.my
 (No. Daftar Cukai Perkhidmatan: B16-1808-31015443)

| | | | | | |
|--------------------------------|---|------------------|--|---|-------|
| Pendaftaran Cukai Perkhidmatan | : | [] Ya [] Tidak | Jika "Ya", sila nyatakan no. Cukai Perkhidmatan dan Tarikh Pendaftaran | : | _____ |
|--------------------------------|---|------------------|--|---|-------|

SILA BERIKAN JAWAPAN PASTI KEPADA SETIAP JAWAPAN, SENGGANG DAN TEMPAT KOSONG TIDAK DITERIMA.

| SIFAT PERNIAGAAN YANG HENDAK DIINSURANSKAN | | UNTUK KEGUNAAN SYARIKAT SAHAJA | | |
|---|---|--------------------------------|---------|--|
| SIFAT PERNIAGAAN/ PERIHALAN AKTIVITI YANG DIINSURANSKAN | HAD TANGGUNG RUGI (APA-APA SATU KEMALANGAN DAN MANA-MANA SATU TEMPOH) | KADAR (%) | PREMIUM | LEBIHAN MANA-MANA SATU KEMALANGAN (TPPD) |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| SOALAN UMUM | | |
|-------------|--|---|
| 1. | Sila berikan perincian bagi mana-mana peralatan mesin, elektrik atau mekanikal yang digunakan. | _____ |
| 2. | Sila berikan perincian bagi mana-mana lif yang dikendalikan oleh Pencadang a) Bilangan lif dan buatannya. b) Bilangan lantai yang dikendalikan oleh lif. c) Sama ada digunakan untuk mengangkut penumpang atau barangan. d) Kapasiti pembawaan maksimum bagi setiap lif. e) Berapa kerapkah lif diperiksa dan oleh siapa. | a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ |
| 3. | Apakah kapasiti tempat duduk premis yang diinsuranskan? (bagi perniagaan seperti panggung wayang, restoran, salon kecantikan, dan sebagainya). | _____ |
| 4. | Berapa ramaiakah pekerja yang digaji oleh anda di premis yang diinsuranskan? | _____ |
| 5. | Adakah kakitangan anda memiliki kemahiran dalam kerja yang perlu mereka lakukan? | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |
| 6. | Pernahkah apa-apa tuntutan dibuat ke atas anda dalam masa tiga tahun terakhir yang berkaitan dengan kecederaan kepada orang dan juga bagi kerosakan harta pihak ketiga? | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika ya, sila nyatakan perincian dan jumlah yang dibayar. _____ |
| 7. | Pernahkah anda diinsuranskan sebelum ini? | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika ya, dengan syarikat insurans yang mana dan berapakah jumlahnya? _____ |
| 8. | Pernahkah insurans yang dicadangkan sekarang ini ditolak, dibatalkan, enggan diperbaharui atau tertakluk pada apa-apa terma khas oleh mana-mana syarikat insurans yang lain? | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |

| | | | |
|-----|---|---|--------------------------------|
| 9. | Pada masa ini adakah anda diinsuranskan terhadap apa-apa risiko yang ingin anda insuranskan? | <input type="checkbox"/> Ya Jika ya, sila perincikan. _____ | <input type="checkbox"/> Tidak |
| 10. | Pernahkah anda menuntut di bawah mana-mana polisi sebagai hasil daripada apa-apa risiko yang sekarang ini ingin anda insuranskan? | <input type="checkbox"/> Ya Jika ya, sila perincikan. _____ | <input type="checkbox"/> Tidak |

PERAKUAN

Saya/kami dengan ini mengisytiharkan bahawa saya/kami sepenuhnya dan tepat menjawab semua soalan-soalan di atas dan perkara-perkara yang berkaitan dengan pertimbangan borang cadangan saya/kami telah didedahkan. Saya / Kami faham bahawa kenyataan yang tidak didedahkan atau salah nyata fakta penting akan mengelakkan polisi ini dan bersetuju bahawa borang cadangan ini dan semua maklumat bertulis yang tertera di dalam borang ini menjadi asas kepada mana-mana kontrak insurans.

Tandatangan Pencadang

Nama

No. K/P Baru

Tarikh

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

| | | |
|-----------------------|---|----------|
| Jumlah Premium | : | |
| 8% Cukai Perkhidmatan | : | |
| Duti Setem | : | RM 10.00 |
| Jumlah Besar | : | |

PREMIUM WARANTI

- Perhatian anda dikehendaki dalam Waranti Premium 60 hari yang dilampirkan bersama-sama Polisi ini. Melalui waranti ini, polisi insurans ini secara automatik terbatal melainkan premium penuh dibayar kepada Syarikat dalam masa 60 hari dari tarikh bermulanya perlindungan ini.
- Tidak ada perlindungan yang berkuat kuasa sehingga Cadangan ini diterima oleh Syarikat.

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 Berhad 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 untuk 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 pemprosesan 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 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.

Sila tandakan (✓) yang berkenaan.

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

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

Tandatangan : _____ No. K/P Baru : _____
Nama: _____ Tarikh : _____

Nota Penting (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.
- 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 (2)

Selaras dengan Perintah Pencegahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan (Pengisytiharaan Entiti Ditetapkan 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.

Nota Penting (3)

Manfaat-manfaat yang dibayar di bawah polisi yang layak ini adalah dilindungi oleh PIDM sehingga had perlindungan. Sila rujuk Brosur Sistem Perlindungan Manfaat Takaful dan Insurans PIDM atau hubungi Liberty General Insurance Berhad atau PIDM (layari www.pidm.gov.my).