

Borang Cadangan Supershield 2

KENYATAAN MENGIKUT SEKSYEN 149(4) AKTA INSURANS 1996: Anda adalah diminta menerangkan dengan lengkap dan benar segala butir-butir yang anda tahu atau harus tahu di dalam cadangan insurans ini, jika tidak, polisi yang di keluarkan menurut cadangan in adalah tidak sah.

Kod ejensi: _____

Maklumat peribadi anda: Sila gunakan HURUF BESAR/tanda () di kotak yang betul

Nama pencadang: _____ Panggilan: Encik Cik Puan

Alamat: _____
Bandar _____ Negeri _____ Poskod _____

No. telefon: Rumah _____ Pejabat _____
Bimbit _____ Emel _____

No. KP: _____ Tarikh lahir: Hari _____ Bulan _____ Tahun _____ Jantina: L P

Warganegara: Malaysia Lain-lain _____ Pekerjaan: _____

Tugas-tugas melibatkan: Pengurusan Penyeliaan Menggunakan tenaga

Beri maklumat pasangan/anak-anak anda yang ingin di sertakan di polisi ini:

	Nama penuh	Jantina	Pekerjaan	No. sijil lahir/KP	Tarikh lahir	Hubungan
1.						
2.						
3.						
4.						

Keperluan insurans anda - Sila nyatakan pelan yang di pilih Pelan Pilihan : Contoh B (Jika pekerjaan anda melibatkan penguasaan tenaga sekali-sekala atau sepenuhnya, anda hanya layak memilih samada pelan C atau D sahaja)

	Pelan pilihan	Premium (RM)	Tambah RM15.00 jika anda ingin dilindungi di bawah Program Bantuan Antarabangsa, Domestik dan Pemindahan	Jumlah (RM)
Pencadang	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>			
Pasangan	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>			
Anak-anak				
1.	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>			
2.	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>			
3.	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>			
4.	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>			
Duti setem (setiap policy)				RM10.00
Jumlah yang perlu dibayar RM				_____

1. Adakah anda dan/atau mana-mana/semua ahli keluarga anda sihat dan bebas dari sebarang kecacatan anggota ? Jika "tidak", sila beri keterangan:

2. Adakah anda atau mana-mana ahli keluarga anda mempunyai insurans kemalangan diri, nyawa, kesihatan dengan mana-mana syarikat ? Jika "ya", sila beritahu nama syarikat, jenis dan jumlah perlindungan:

3. Adakah anda dan/atau mana-mana/semua ahli keluarga anda mempunyai insurans kemalangan diri, nyawa atau kesihatan yang mana telah ditolak, di tangguh, di keluarkan atau belum selesai ? Jika "ya", sila beri keterangan:

4. Pernahkah anda atau mana-mana ahli keluarga anda membuat tuntutan kemalangan diri, nyawa atau kesihatan dari mana-mana syarikat insuran ? Jika "ya" sila beri keterangan:

Pengakuan

Saya dengan ini mengesahkan bahawa jawapan/keterangan di atas adalah benar dan saya tidak menyimpan sebarang maklumat yang mungkin dapat mempengaruhi permohonan ini dan saya bersetuju bahawa pengesahan ini adalah asas kontrak diantara Syarikat dan saya juga bersetuju bahawa tanggungan Syarikat tidak akan berkuatkuasa selagi penerimaan cadangan ini tidak diberitahu oleh pihak Syarikat. (Nota: Jika Pihak Dilinsurankan berumur di bawah 18 tahun, cadangan ini hendaklah ditandatangani oleh ibu/bapa atau penjaganya.)

Tandatangan pencadang _____

Tarikh _____

Arahan Pembayaran

Saya sertakan wang tunai/no. cek _____ sebanyak RM _____ bagi pembayaran kepada Allianz General Insurance Malaysia Berhad.

Pembayaran Kad Kredit

MASTERCARD



VISA



Kebenaran Debit Terus

Saya dengan ini memohon dan membenarkan Allianz General Insurance Malaysia Berhad mendebitkan keatas akaun kredit kad yang tersebut dibawah bagi jumlah (dalam RM) sebagai premium tahunan yang dikenakan seperti tercatat dibawah atau lain-lain jumlah (dalam RM) seperti yang dimaklumkan oleh Allianz dari masa ke semasa keatas polisi insurans yang tersebut dibawah.

Nama pemegang kad kredit	Nama pemegang polisi	Amaun premium (RM)
_____	1. _____	_____
No. akaun pemegang kad	2. _____	_____
_____	3. _____	_____
Tarikh lupus _____		Jumlah keseluruhan _____

Pengakuan

Saya mengesahkan bahawa kesemua maklumat yang diberi di atas adalah betul dan benar. Jika berlaku sebarang pertukaran atau pembatalan keatas arahan tersebut, saya akan memberitahu Allianz secara bertulis ataupun dengan memberi arahan pemotongan yang baru.

Tandatangan pemegang kad kredit (Tandatangan hendaklah bersamaan dengan tandatangan contoh pemegang kad kredit di bank) _____

Tarikh _____

Borang Penamaan

No. cadangan/polisi: _____

Saya dengan ini melantik penamaan seperti tersebut dibawah bagi polisi insurans yang tersebut diatas dan membatalkan semua penama (jika ada) yang telah dibuat sebelum ini (jika tiada pemegang amanah dilantik)

Nama	No. sijil lahir/KP	Tarikh lahir	Alamat	Hubungan	Peratus (%)

Jika anda berhasrat agar penama* yang tersebut diatas menerima faedah polisi sepenuhnya dan bukannya sebagai wasi, maka anda mestilah memperuntukkan faedah polisi kepada orang tersebut dengan menggunakan Borang Penyerahan Hak Bersyarat. (Nota: 1. Saksi mestilah berumur sekurang-kurangnya 18 tahun dan bukannya seorang penama. 2. Seseorang penama bagi pemunya polisi yang beragama Islam, apabila wang polisi diterima, hendaklah membahagikan wang polisi itu mengikut Undang-Undang Islam. *3. MENGIKUT SEKSYEN 166(1) AKTA INSURANS 1996, secara automatik amanah diwujudkan jika penama adalah i) pasangan ii) anak atau iii) ibu/bapa jika tidak ada suami atau isteri atau anak yang hidup pada masa penamaan itu. Oleh Itu, tiada penyerahan yang diperlukan.)

Tandatangan saksi _____

Nama: _____

No. KP: _____

Alamat: _____

Tarikh: _____

Tandatangan pencadang _____

Nama: _____

No. KP: _____

Alamat: _____