



Liberty Insurance®

9th Floor, Menara Liberty, 1008 Jalan Sultan Ismail, 50250 Kuala Lumpur, Malaysia.
Tel : 03 2619 9000 Fax : 03 2693 0111 www.libertyinsurance.com.my

BORANG CADANGAN INSURANS PAMPASAN PEKERJA

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 :
---------------------	--------------------	---------------------

MAKLUMAT PERIBADI (Sila gunakan HURUF BESAR / tandakan (✓) pada kotak yang berkenaan)

Nama Pencadang	:	<input type="text"/>													
Warganegara	:	[] Malaysia [] Lain-lain : _____													
No. Pasport	:	<input type="text"/>				Tarikh luput Pasport	:	<input type="text"/>							
No. Pendaftaran Perniagaan	:	<input type="text"/>													
Alamat Pencadang	:	<input type="text"/>													
												Poskod	<input type="text"/>		
No. Tel	Pejabat	:	<input type="text"/>												
	T/bimbit	:	<input type="text"/>										Faks	:	<input type="text"/>
Alamat E-mail	:	<input type="text"/>													
Tempoh Insurans	:	Dari _____ Ke _____													
Tempat atau tempat-tempat bekerja	:	<input type="text"/>													
Pendaftaran Cukai Perkhidmatan	:	[] Ya [] Tidak	Jika "Ya", sila berikan Cukai Perkhidmatan No. Pendaftaran & tarikh :				<input type="text"/>								
Sila berikan perincian perniagaan yang berkaitan dengan cadangan ini			<input type="text"/>												

Sila senaraikan setiap pekerjaan secara berasingan dan masukkan pekerja sub- kontraktor

Perihal pekerjaan pekerja	ANGGARAN TEMPOH INSURANS				UNTUK KEGUNAAN SYARIKAT			
	Bil. Pekerja	Upah & Gaji	Elaun Seumpamanya*	Jumlah Pendapatan	Kadar %	Premium	No. Kelas	No Pekerja
Kakitangan Pejabat								
* Jika pekerja disediakan rumah/makanan/faedah percuma lain, masukkan nilai anggaran di dalam lajur bertajuk "Elaun seumpamanya"					RM			Jumlah Premium
NOTA :Jika pekerja subkontraktor dimasukkan dalam insurans ini sila nyatakan nama sub kontraktor		a)		b)		c)		

BUTIR UMUM					
NOTA : LIABILITI COMMON LAW TERKECUALI DARIPADA PERLINDUNGAN POLISI					
a) Jika anda tidak menginsuranskan semua kakitangan anda sila perincikan pekerjaan yang terkecuali daripada insurans ini.					
b) Sila perincikan apa-apa Loji/Mesin yang tidak dipagarkan/dikawal/diperakukan dengan betul menurut keperluan Kerajaan atau pihak berkuasa yang seumpamanya.					
c) Sekiranya letupan digunakan sila nyatakan jenis dan tahap penggunaannya					
d) Sekiranya mana-mana penanggung insurans telah menolak untuk memberikan perlindungan di bawah Insurans Pampasan Pekerja sila berikan perincian.					
e) Sila berikan perincian Pampasan Pekerja yang anda bayar kepada pekerja anda dalam masa 3 tahun yang terakhir ini.	<table border="1"> <tr> <td>Bilangan pekerja yang pampasannya dibayar</td> <td>Jumlah pampasan yang dibayar</td> </tr> <tr> <td></td> <td>RM</td> </tr> </table>	Bilangan pekerja yang pampasannya dibayar	Jumlah pampasan yang dibayar		RM
Bilangan pekerja yang pampasannya dibayar	Jumlah pampasan yang dibayar				
	RM				

PERAKUAN			
<p>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.</p>			
_____	_____	_____	_____
T/tangan Pencadang	Nama	No. Kad Pengenalan	Tarikh

NOTA: KONTRAKTOR: Di bawah undang-undang Pampasan Pekerja dengan mana-mana orang (Prinsipal) semasa atau bagi tujuan kontrak perdagangan atau perniagaannya dengan mana-mana orang lain (Kontraktor) bagi penyempurnaan oleh atau di bawah Kontraktor keseluruhan atau mana-mana bahagian mana-mana kerja yang dilakukan oleh Prinsipal, Prinsipal ini bertanggungjawab untuk membayar pampasan kepada pekerja kontraktor apabila kemalangan berlaku pada, atau di sekitar premis dengan Prinsipal telah melakukan atau biasanya akan melaksanakan kerja tersebut atau sekiranya sebaliknya di bawah kawalan Prinsipal atau pihak pengurusan. Dalam hal sebegini, Prinsipal berhak ditanggung rugi oleh Kontraktor.

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT	
Premium Kasar	:
6% Cukai Perkhidmatan	:
Duti Setem	: RM 10.00
Jumlah Besar	:

PREMIUM WARANTI	
1.	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.
2.	Tidak ada perlindungan yang berkuat kuasa sehingga Cadangan ini diterima oleh Syarikat.

PEMASARAN DAN KEBENARAN UNTUK PEMINDAHAN KE LUAR NEGARA

Liberty Insurance Berhad berusaha untuk memperkenalkan produk baru dan meningkatkan perkhidmatan demi kepentingan terbaik anda. Data peribadi anda boleh digunakan oleh Liberty 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 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 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 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 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 Insurance Berhad dan Borang Cadangan.

Nama Penuh : Tandatangan :
Tarikh : No. Kad Pengenalan :

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 Pasport Sijil Pendaftaran Lain – Lain (sila nyatakan) _____

T/ Tangan : _____ No. Kad Pengenalan : _____
Nama : _____ Tarikh : _____
Warganegara : _____

Nota Penting (1)

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

- Kakitangan Liberty Insurans Berhad yang diberi kuasa oleh syarikat Registered agents of Liberty Insurance Berhad.
- Ejen - ejen berdaftar Liberty Insurans Berhad.

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

Nota Penting (2)

Selaras dengan Perintah Pencegahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan (Pengisytiharan 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

<ul style="list-style-type: none">• Polisi-polisi individual atau syarikat yang mana premium tahunannya melebihi RM50,000.• Polisi-polisi kumpulan yang mana premium tahunannya melebihi RM100,000.	<ul style="list-style-type: none">• Menolak atau memantau apa-apa transaksi oleh entiti yang dinyatakan.
--	--