

Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad (200601015674)  
 (在2013年金融服务法令下持牌经营，并由大马国家银行监管)

## Allianz Lifestyle Protect 投保表格

请务必阅读我们关于您的合同前信息披露义务、标准制裁声明及隐私声明的说明，您可以通过[此处](#)或扫描二维码获取相关信息。若未履行您的披露义务，可能导致合同被撤销、索赔被拒或减少、条款被更改或调整，或合同被终止。



点击或扫描此处以了解更多关于您的合同前信息披露义务、我们的制裁通知及隐私声明。

保险期限:

保险代理代码:

从  日  月 -  月  年  年  年  年 至  日  月 -  月  年  年  年  年

-

请用大写字母填写/在适当的方框中打勾 。

### 第一部分 - 投保人资料

称谓	<input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 女士 <input type="checkbox"/> 小姐 <input type="checkbox"/> 其他 (请注明) <input type="text"/>							
姓名	<input type="text"/>							
地址	<input type="checkbox"/> 非住宅 <input type="checkbox"/> 住宅							
邮政编码	<input type="text"/>	城市	<input type="text"/>					
州属	<input type="text"/>	国家	<input type="text"/>					
联系号码	手机	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	住宅	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
	办公处	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	传真	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
电子邮件	<input type="text"/>							
证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证号码 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 警察/军人证							
证件号码	<input type="text"/>							
出生日期	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>			
国籍	<input type="checkbox"/> 马来西亚公民 <input type="checkbox"/> 其他 (请注明) <input type="text"/>							

### 如投保人为法人团体，请填写以下信息

证件类型	<input type="checkbox"/> 商业注册号码 <input type="checkbox"/> 新商业注册号码	
证件号码	<input type="text"/>	
税务识别号 (TIN)	<input type="text"/>	
销售和服务税 (SST) 号码	<input type="text"/>	



**第二部分 – 问卷 (法人投保人不适用)**

编号	问题	是	否	详情
1.	您是否有任何身体缺陷? 如是, 请详细说明。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	您是否已在本公司或其他公司投保个人意外、寿险或医疗健康保险, 且保额超过 RM1,000,000? 如是, 请注明保险公司名称、保险类型及保障金额。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	您是否曾向任何其他保险公司提出超过 RM1,000 的个人意外保险或寿险索赔? 如是, 请详细说明。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	您是否曾申请个人意外保险或寿险时被拒保、受限或以非正常条款获批? 如是, 请详细说明。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	您是否曾被宣告破产, 或目前正接受破产/资不抵债诉讼程序, 或曾在任何国家的法院被判有罪, 或正在接受法律诉讼? 如是, 请详细说明。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

如空位不足, 请另附页填写。

**第三部分 – 所需计划及保费详情。请勾选  所选计划**

计划		计划 A	计划 B	计划 C	计划 D	计划 E	保费 (RM)
		保费 (RM)					
Allianz Lifestyle Protect	独立保单	<input type="checkbox"/> 85	<input type="checkbox"/> 125	<input type="checkbox"/> 165	<input type="checkbox"/> 205	<input type="checkbox"/> 245	
	*Allianz Shield Plus	<input type="checkbox"/> 76	<input type="checkbox"/> 114	<input type="checkbox"/> 153	<input type="checkbox"/> 192	<input type="checkbox"/> 231	
<b>**可选附加利益</b>							
		计划 A	计划 B	计划 C	计划 D	计划 E	保费 (RM)
		保费 (RM)					
就学中中断		<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 34	<input type="checkbox"/> 51	<input type="checkbox"/> 68	<input type="checkbox"/> 85	
						总保费 (RM)	
						印花税 (RM)	
						<b>应付总额 (RM)</b>	

如空位不足, 请另附页填写。

注:

- \*此保费适用于在保单签发时拥有有效 Allianz Shield Plus 保单的投保人。
- \*\*可选附加利益仅适用于在教育机构登记的全职学生。
- 保费需征收 8% 服务税。被征收的服务税额会因应实行的马来西亚法定服务税率而有所调整。
- 保险合同需缴付 RM10 的印花税。

**赞助人资料**

赞助人姓名	证件类型	证件号码	出生日期
	<input type="checkbox"/> 身份证号码 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 警察/军人证		

如空位不足, 请另附页填写。

注: 如欲选择可选利益 - 生活方式与生计利益和就学中中断保障, 投保人须填写一 (1) 位年龄介于十八 (18) 至七十 (70) 岁的赞助人姓名资料。

第四部分 - 受保人资料

编号	姓名	证件类型	证件号码	出生日期	国籍	与投保人关系	保险计划	可选附加利益- 就学中斷	赞助人姓名	证件类型	证件号码	出生日期	总保费 (RM)
		<input type="checkbox"/> 身份证号码 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 警察/军人证								<input type="checkbox"/> 身份证号码 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 警察/军人证			
		<input type="checkbox"/> 身份证号码 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 警察/军人证								<input type="checkbox"/> 身份证号码 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 警察/军人证			
		<input type="checkbox"/> 身份证号码 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 警察/军人证								<input type="checkbox"/> 身份证号码 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 警察/军人证			
		<input type="checkbox"/> 身份证号码 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 警察/军人证								<input type="checkbox"/> 身份证号码 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 警察/军人证			
		<input type="checkbox"/> 身份证号码 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 警察/军人证								<input type="checkbox"/> 身份证号码 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 警察/军人证			
		<input type="checkbox"/> 身份证号码 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 警察/军人证								<input type="checkbox"/> 身份证号码 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 警察/军人证			
												总保费 (RM)	
												服务税 (RM)	
												印花税 (RM)	
												<b>应付总额 (RM)</b>	

如空位不足, 请另附页填写。

注: 如欲选择可选利益 - 生活方式与生计利益和就学中斷保障, 投保人须填写一 (1) 位年龄介于十八 (18) 至七十 (70) 岁的赞助人姓名资料。

**第五部分 – 个人意外保险提名表格**

本人特此提名以下人士为上述保险单的受益人，并撤销之前所有已提名的受益人（如有）（如未提名受托人）。

受益人姓名	证件类型	证件号码	国籍	与投保人关系	分配比例 (%)
	<input type="checkbox"/> 身份证号码 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 警察/军人证				
	<input type="checkbox"/> 身份证号码 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 警察/军人证				
	<input type="checkbox"/> 身份证号码 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 警察/军人证				
	<input type="checkbox"/> 身份证号码 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 警察/军人证				
	<input type="checkbox"/> 身份证号码 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 警察/军人证				

如空位不足，请另附页填写。

根据《2013年金融服务法》（“FSA 2013”）附表 10：

凡年满十六（16）岁的保单持有人，可提名一名自然人作为受益人，以接收其个人意外保险在身故后应支付的赔偿金额。建议至少提名一名受益人，并确保其知晓提名事项，以便在保单持有人身故后，能够顺利支付保险赔偿金。如未进行提名，可能会导致保单赔偿金的支付延迟。如您为非穆斯林保单持有人，当您提名配偶、子女或父母（若在提名时无配偶或子女在世）为受益人时，即为该受益人设立信托，以确保其获得应支付的保单赔偿金。建议您为保单赔偿金指定一名受托人；若未指定受托人，合格的受益人将自动作为受托人。针对此类信托保单，若需更改提名、变更保单、退保、转让或抵押保单，必须事先取得受托人的书面同意。此外，若非穆斯林保单持有人提名的受益人为非配偶、子女或父母（若在提名时无配偶或子女在世），则该受益人将以执行人身份接收保单持有人身故后的赔偿金额。如保单持有人的意图是让该受益人仅作为受益人接收保单赔偿金（而非执行人），则须将保单的权益转让给该受益人。

见证人签名

姓名

证件类型  身份证号码  护照  警察/军人证

证件号码

联系号码

日期

注：证人应年满十八（18）岁或以上，且心智健全，并非被提名人。

投保人签名

姓名

证件类型  身份证号码  护照  警察/军人证

证件号码

联系号码

日期

## 第六部分 – 声明

我/我们理解，我/我们有责任在回答本申请表中的问题时谨慎行事，确保不作虚假陈述，并且我/我们特此声明，我/我们已完全准确地回答了上述问题。

我/我们还确认已阅读 Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad 的隐私声明（“隐私声明”），并同意按照隐私声明中所列的目的使用我的个人数据。如果我/我们提供了其他个人的个人数据，我/我们确认已获得该人的同意。

我/我们进一步同意，在本申请表被公司通知并接受之前，公司不承担任何责任。

## 个人投保人

投保人签名

姓名

证件类型  身份证号码  护照  警察/军人证

证件号码

日期  -  -

注：若受保人为未满十八（18）岁的儿童，本投保书必须由其父母或监护人签署。请注明父母或监护人的姓名、证件类型及证件号码。

## 法人投保人

见证人:

代表雇主

雇主印章

签名 \_\_\_\_\_

姓名

职位

日期  -  -