

Burglary Insurance Proposal Form

SCHEDULE 9 OF THE FINANCIAL SERVICES ACT 2013 (FSA) Non-consumer Insurance Contract

Pursuant to Paragraph 4(1) of Schedule of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this Insurance for a purpose related to your trade, business or profession, you have a duty to disclose any matter that you know to be relevant to our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied and any matter a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant, otherwise it may result in avoidance of your contract of insurance, refusal or reduction of your claim(s), change of terms or termination of your contract of insurance.

The above duty of disclosure shall continue until the time your contract of insurance is entered into, varied or renewed with us.

You also have a duty to tell us immediately if at any time after your contract of insurance has been entered into, varied or renewed with us any of the information given in this Proposal Form is inaccurate or has changed.

IMPORTANT NOTICE

Your attention is drawn to the 60 days premium warranty attached to the Policy. By this warranty, the Insurance Policy is automatically cancelled unless the full premium is paid to the Insurer within 60 days from the commencement date of cover. Please note that if this Insurance is transacted through your Insurance Broker, the Broker is acting on your behalf for the purpose of formation of this contract of Insurance. It is important that you make full payment of the premium to your Broker as soon as possible and in case within 60 days period of the premium warranty so as to enable your Broker to remit the premiums early to your Insurer. You are advised to request your Broker to furnish you with the Broker's and Insurer's receipt on the premium that you paid.

FOR OFFICE USE ONLY

Cover Note _____ Agent _____ Policy No. _____

Name of Proposer _____

Correspondence Address _____ Postcode _____

Business Registration No. _____

Period of Insurance From _____ to _____

Situation of Property to be insured _____

Proposer's Business _____

| Item No. | Description Of Property To Be Insured | Full Value (RM) (At Any Time During Period Of Insurance) | Sum Insured | Office Use Only Rate |
|----------|--|--|-------------|-------------------------|
| 1. | Stock in Trade Belonging to the Proposer consisting of _____ _____ _____ (Maximum value any one article RM _____) | | | |
| 2. | Stock in Trade held in trust or on commission consisting of _____ _____ _____ (Maximum value any one article RM _____) | | | |
| 3. | Tools, equipment, utensil and plants (please describe) _____ _____ _____ | | | |
| 4. | Office equipment and machines (please describe) _____ _____ _____ | | | |
| 5. | Other (please specify) _____ _____ _____ | | | |
| | TOTAL | | | |

BASIC COVER:

- a) Loss or damage to Property Insured by
 - i) Theft consequent upon actual forcible and violent breaking into or out of the premises committed by any person or persons (other than employees)
 - ii) Armed robbery or robbery with violence
- b) Any damage to the Premises which shall arise as a result of theft or robbery as aforesaid (limited to 5% of Total Sum Insured)

OTHER EXTENSIONS REQUIRED (please specify)

Type Of Building Shop Office Factory Warehouse/godown Others

Construction

Walls Brick/Cement Wood/Plywood Others (please specify)
Doors Metal/Solid Wood Hollowcore/Timber/Plywood Glass Others (please specify)
Roof Tiles Asbestos Zinc Others (please specify)
Floor Cement Others (please specify)

Protection

Doors Mortice Lock Bolts/Padlocks Rim Lock Others (please specify)
Windows Iron Bars/Grills Others (please specify)

| | Yes | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. With regard to the premises containing the Property to be insured, please state:- | | |
| a) whether there are any trapdoors or windows in the roof | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If yes, how are they secured and protected? _____ | | |
| b) whether you are the sole occupier. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If not, please give details of other occupants and construction of partitions _____ | | |
| c) how long the premises have been occupied by you _____ | | |
| d) whether the premises will be left unoccupied at any time? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If yes, please state when and for how long _____ | | |
| e) whether you have a watchman or caretaker on duty at nights and weekends | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) whether the premises are securely locked when the premises are unattended | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) if any burglar alarm system is fitted | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If yes, please state type and make _____ | | |
| | Yes | No |
| 2. Do you keep a separate record of cash in locked safe and records of stock and sales books? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If yes, how often are these records updated? _____ | | |
| | Yes | No |
| 3. Have you ever suffered loss by Burglary or Larceny? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If yes, please give particulars and state name of Insurer (if any) and the precautions taken to prevent a recurrence _____ | | |
| 4. Has the Property you now propose to insure previously been insured against Burglary? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If yes, please give full particulars _____ | | |
| 5. Has any Insurance company in respect of any of the contingencies to which this proposal applies | | |
| a) declined to insure you? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) required special terms to insure you? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) cancelled or refused to renew your Insurance? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) increased your premium or imposed special terms on renewal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If yes, please give full particulars _____ | | |

DECLARATION AND SIGNATURE

I/We hereby declare that all questions have been answered fully and correctly and to the best of my/our knowledge. I/We are not withholding any information or facts relevant to the consideration of this proposal.

I/We further agree to accept indemnity subject to the conditions in and endorsed on the Company's Policy and to pay the premium thereunder within sixty (60) days from the inception date of policy.

I/We hereby give my/our unconditional and unequivocal consent to you and all your related companies to process my/our personal data revealed hereto. You are at liberty to process the data and share the information revealed thereto with any of your service providers and your other related companies provided that the revelation of my/our personal data strictly for the purposes in relation to the insurance which I/we have applied hereto. The consent given hereto is in line with the requirement set forth in the Personal Data Protection Act 2010.

For details of our privacy notice, please visit www.zurich.com.my

Date

Signature of Proposer

To be completed by Insurance Agents, Insurance Brokers or Staff of Insurance Companies

**ANTI-MONEY LAUNDERING, ANTI-TERRORISM FINANCING AND PROCEEDS OF UNLAWFUL ACTIVITIES ACT 2001
(AMLATFPUAA2001)
(VERIFICATION OF IDENTIFICATION OF PROPOSER)**

In compliance with Section 16(3) of the Anti-Money Laundering, Anti-Terrorism Financing and Proceeds of Unlawful Activities Act 2001 (AMLATFPUAA 2001), I hereby certify that the Applicant's original NRIC No/Business Registration Certificate was verified and authenticated by me at the point of sales.

Third Party Verification

Signature of Insurance Agents, Insurance Brokers or Staff of Insurance Companies

Name

Date

New NRIC No.

Note: A copy of the Proposer's New NRIC/Business Registration Certification for Individual Insurance Policy must be submitted together with this proposal if the Premium exceeds RM50,000

IMPORTANT NOTICE

All premium and fees shown in this document may be subject to tax or other government levies.



Borang Cadangan Insurans Kecurian

**JADUAL 9 AKTA
PERKHIDMATAN
KEWANGAN 2013
(FSA)****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 sebagai relevan, 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.

NOTIS PENTING

Sila lihat waranti premium 60 hari yang dikepilkan kepada polisi. Menurut waranti ini, Polisi Insurans akan terbatal secara automatik kecuali setelah premium penuh dibayar kepada penginsurans dari dalam masa 60 hari daripada tarikh bermulanya perlindungan. Jika Insurans ini diuruskan melalui Broker Insurans Anda, maka broker berkenaan akan bertindak bagi pihak anda untuk mengadakan kontrak insurans ini. Adalah mustahak untuk anda membuat pembayaran premium penuh kepada Broker anda dengan secepat mungkin iaitu dalam tempoh 60 hari waranti premium tersebut agar Broker anda dapat meremit premium lebih awal kepada penginsurans anda. Sila dapatkan resit Broker dan penginsurans daripada Broker anda untuk premium yang telah dibayar.

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA Nota Lindung _____ Ejen _____ No. Polisi _____

Nama Pencadang _____

Alamat Surat-menyurat _____ Poskod _____

No. Pendaftaran Perniagaan _____

Tempoh Insurans Dari _____ hingga _____

Situasi Harta yang akan diinsuranskan _____

Perniagaan Pencadang _____

| No. Perkara | Keterangan Tentang Harta Yang Akan Diinsuranskan | Nilai Penuh (RM) (Pada Bila-bila Masa Semasa Tempoh Insurans) | Jumlah Diinsuranskan | Kegunaan Pejabat Sahaja Kadar |
|-------------|--|---|-------------------------|-------------------------------------|
| 1. | Stok Dagangan yang dimiliki Pencadang terdiri daripada _____ _____ _____ (Nilai maksima satu-satu artikel RM_____) | | | |
| 2. | Stok Dagangan yang diamanahkan atau komisyen yang terdiri daripada _____ _____ _____ (Nilai maksima satu-satu artikel RM_____) | | | |
| 3. | Peralatan, perkakas, tapak (sila nyatakan) _____ _____ | | | |
| 4. | Perabot, peralatan dalaman (sila nyatakan) _____ _____ | | | |
| 5. | Lain-lain (sila nyatakan) _____ _____ | | | |
| | JUMLAH | | | |

LINDUNGAN ASAS:

- a) Kerugian atau kerosakan Harta yang diinsuranskan yang berpunca daripada
- i) Kecurian yang terjadi dengan cara memecah masuk ke dalam dan ke luar premis yang dilakukan oleh sesiapa jua (selain daripada pekerja)
 - ii) Rompakan bersenjata atau rompakan yang dikeluarkan dengan kekasaran
- b) Sebarang kerosakan premis yang berpunca daripada kecurian dan rompakan seperti di atas (terhad kepada 5% jumlah keseluruhan yang diinsuranskan)

LAIN-LAIN PERLINDUNGAN TAMBAHAN YANG DIPERLUKAN (sila nyatakan)

Jenis Bangunan Kedai Pejabat Kilang Gudang Lain-lain

Pembinaan

Dinding Batu-bata/Simen Kayu/Papan Lapis Lain-lain

Pintu Besi/kayu keras Kayu berongga/Balak/Plywood Kaca Lain-lain (sila nyatakan)

Atap Jubin Asbestos Zink Lain-lain (sila nyatakan)

Lantai Simen Lain-lain

Perlindungan

Pintu Kunci Mortice Selak/Kunci ManggaKunci Rim Lain-lain (sila nyatakan)

Tingkap Batang besi/gril Lain-lain (sila nyatakan)

| | Ya | Tidak |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Merujuk kepada premis di mana harta yang akan diinsuranskan berada, sila nyatakan:- | | |
| a) samada terdapat pintu atau tingkap kecemasan di atas atap | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jika ya, bagaimana ia dikawal atau dilindungi? _____ | | |
| b) samada anda merupakan penghuni tunggal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jika tidak, sila berikan butiran tentang penghuni lain dan cara pembinaan pembahagi _____ | | |
| c) tempoh premis dihuni oleh anda _____ | | |
| d) samada premis tidak berpenghuni pada satu-satu masa tertentu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jika ya, nyatakan berapa lama ditinggalkan _____ | | |
| e) samada anda mempunyai jaga atau penjaga yang bertugas untuk malam dan hujung minggu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) samada premis dikunci dengan selamat semasa premis tidak dijaga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ya | Tidak |
| g) samada sistem penggera dipasang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jika ya, nyatakan jenis dan buaatannya _____ | | |
| 2. Adakah anda menyimpan rekod berasingan untuk wang tunai dalam peti besi, stok dan jualan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jika ya, berapa kerapkah rekod ini dikemaskini? _____ | | |
| 3. Pernahkah anda mengalami kerugian akibat rompakan atau kecurian? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jika pernah, sila berikan keterangan lanjut dan nyatakan nama penginsuransnya (jika ada) serta langkah berjaga-jaga untuk mengelakkan ia terjadi lagi. _____ | | |
| 4. Adakah harta yang ingin anda insuranskan pernah diinsuranskan untuk rompakan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jika ya, sila berikan butiran penuh _____ | | |
| 5. Pernahkah mana-mana Syarikat Insurans yang merujuk kepada sebarang kontinjensi di mana cadangan ini digunakan | | |
| a) menolak permohonan anda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) memerlukan terma khusus untuk menginsuranskan anda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) membatalkan atau enggan membaharui Insurans anda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) menaikkan premium anda atau mengenakan syarat khas pembaharuan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jika ya, sila berikan keterangan penuh _____ | | |

PENGISYTIHARAN DAN TANDATANGAN

Saya/Kami mengisytiharkan bahawa semua soalan telah dijawab dengan lengkap dan benar di sepanjang pengetahuan saya. Saya/kami tidak melindungi sebarang maklumat atau fakta untuk pertimbangan untuk permohonan ini. Saya/Kami selanjutnya bersetuju untuk menerima tanggungan tertakluk kepada sayara-syarat yang terkandung dan disahkan di Polisi Syarikat serta akan membayar premium yang berkaitan dalam masa enam puluh (60) hari dari tarikh mula Polisi.

Saya/Kami dengan ini memberikan kebenaran tanpa syarat dan tanpa keraguan kepada pihak syarikat dan syarikat-syarikat bersekutunya untuk memproses data peribadi saya/kami yang didedahkan di sini. Pihak syarikat adalah berkebebasan untuk memproses data berkenaan dan berkongsi maklumat yang didedahkan di sini kepada mana-mana penyedia perkhidmatan dan manamana syarikat bersekutunya dengan syarat bahawa pendedahan maklumat peribadi berkenaan adalah bertujuan dan berkaitan dengan insurans yang saya/kami pohon di sini. Kebenaran ini diberikan selaras dengan peruntukan di bawah Akta Perlindungan Data Peribadi 2010.

Untuk keterangan lanjut berkaitan notis privasi kami, sila lawat laman www.zurich.com.my

Tarikh

Tandatangan Pencadang

Untuk dilengkapi oleh Ejen Insurans, Broker Insurans atau Kakitangan Syarikat Insurans

AKTA PENCEGAHAN PENGUBAHAN WANG HARAM, PENCEGAHAN PEMBIAYAAN KEGANASAN DAN HASIL DARIPADA AKTIVITI HARAM 2001 (PENGESAHAN IDENTITI PENCADANG INSURANS)

Selaras dengan pamatuhan Seksyen 16(3) Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan dan Hasil daripada Aktiviti Haram 2001 (AMLATFPUAA 2001), Saya, dengan ini mengesahkan bahawa Nombor Kad Pengenalan Baru/ Sijil Perniagaan asal pemohon telah disahkan ketulenannya ketika urusniaga dijalankan.

Pengesahan Pihak Ketiga

Tandatangan Ejen Insurans, Broker Insurans atau Kakitangan
Syarikat Insurans

Nama

Tarikh

No. Kad Pengenalan Baru

Nota: Salinan Kad Pengenalan Baru/Sijil Pendaftaran Perniagaan Pencadang hendaklah disertakan bersama-sama dengan borang cadangan ini untuk Polisi Insurans Persendirian jika bayaran Premium melebihi RM50,000

NOTIS PENTING

Semua premium dan yuran yang tertera dalam dokumen ini mungkin tertakluk kepada cukai atau levi kerajaan yang lain.