

Employer's Liability Proposal Form

SCHEDULE 9 OF THE FINANCIAL SERVICES ACT 2013 (FSA)

Pursuant to Paragraph 4(1) of Schedule 9 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 _____ Business Registration No _____

Postal Address _____

Period of Insurance From _____ to _____

Proposer's Business _____

Place(s) of Employment/Contact _____

Particulars of Contract to which this proposal relates _____

Description of Employee(s) Occupation(s)	Estimate for Insurance Period				For Office Use Only		
	No. of Employees	Wages/ Salaries	Allowances in kind*	Total Earnings	Rate	End	
							Tariff Code

*Please estimate allowances in kind such as free housing, food & other benefits.

BASIC COVER: Indemnity against liability at law to pay compensation and claimant's cost and expenses in respect of bodily injury by accident or disease arising out of and in the course of employment

	Yes	No
1. Are you insuring all your employees? If no, please give details of occupation(s) excluded from this insurance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Are the Wages, Salaries and Allowances in kind herein declared your best estimates?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. a) Are your ways, works, plant and machinery properly marked, fenced and guarded or otherwise maintained in accordance with Government requirements?	a) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Are your premises maintained in a good state of repair?	b) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Do you or your employees handle or use any acids, chemicals, explosives, gases or other dangerous substances? If so, please give full particulars (including type of substance, extent of use or handling and type of safety and security measures employed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Do you or your employees handle or use radio isotopes, radioactive substances or other sources of ionising radiation at anytime? If so, please give full particulars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. a) Do you or your employees manufacture, dress, handle or use asbestos or material containing silica?	a) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Do you have a foundry?	b) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Do you have any boilers or steam pressure vessels?	c) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Do you use lifts, hoist or cranes? If yes, please give full particulars	d) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Are you at present insured, or have you ever proposed for an insurance in respect of your liability to your employees? If yes, please state name of insurers.		
8. Has any Insurance Company in respect of any of the contingencies to which this proposal applies.		
a) Declined to insure you?	a) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Required special terms to insure you?	b) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Cancelled or refused to renew your insurance?	c) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Increased your premium or imposed special terms on renewal? If yes, please give full details.	d) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Have your employees for the past three years sustained any bodily injury or disease arising out of and in the course of employment? If yes, please give full details, the number of employees involved and total amount of compensation paid and remaining unpaid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 Liabiliti Pekerja

JADUAL 9 AKTA PERKHIDMATAN KEWANGAN 2013 (FSA)

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 Perlindungan _____ Ejen _____ No. Polisi _____

Nama Pencadang _____ No. Pendaftaran Perniagaan _____

Alamat Surat menyurat _____

Tempoh Insurans Dari _____ hingga _____

Perniagaan Pencadang _____

Tempat Bekerja/kontrak _____

Butiran Kontrak yang berkaitan dengan proposal ini _____

Keterangan mengenai Pekerjaan Kakitangan	Anggaran Tempoh Insurans				Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja		
	Bilangan Pekerja	Upah/Gaji	Elaun Seumpamanya*	Jumlah Pendapatan	Kadar	End	Kod Tarif

*Sila anggarkan elaun seumpamanya seperti perumahan percuma, makanan dan faedah yang lain.

PERLINDUNGAN ASAS: Indemniti terhadap liabiliti di segi undang-undang untuk membayar pampasan dan kos tuntutan serta perbelanjaan yang berkaitan dengan kecederaan di badan akibat kemalangan atau penyakit yang berpunca daripada atau semasa menjalankan tugas

- | | Ya | Tidak |
|--|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Adakah anda menginsuranskan kesemua pekerja anda?
Jika tidak, sila nyatakan butiran jenis pekerjaan yang dikecualikan daripada insurans ini. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Adakah Upah, Gaji dan Elaun seumpamanya yang diisytiharkan merupakan anggaran terbaik anda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. a) Adakah laluan, pekerjaan dan jentera telah ditandakan, dipagari dan dikawal atau disenggara mengikut arahan kerajaan? | a) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Adakah premis anda disenggara dan dalam berkeadaan baik? | b) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Adakah anda atau mana-mana pekerja lain yang akan diinsuranskan mengendalikan atau menggunakan asid, gas, bahan kimia, letupan atau bahan merbahaya yang lain?
Jika ada, sila berikan butiran penuh (termasuk jenis bahan, tahap penggunaan atau pengendalian serta jenis pengawasan keselamatan yang diambil) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Adakah anda atau mana-mana pekerja mengendalikan atau menggunakan isotop radio, bahan radio aktif atau sumber lain untuk radiasi pengion di sesuatu masa?
Jika ada, sila berikan butiran penuh. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. a) Adakah anda atau pekerja anda yang akan diinsuranskan mengilang, membalut, mengendalikan atau menggunakan asbestos atau bahan yang mengandungi silika? | a) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Adakah anda memiliki tempat peleburan? | b) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Adakah anda memiliki sebarang jenis dandang atau bekas tekanan wap? | c) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Adakah anda menggunakan lit, pengangkat atau kren?
Jika ada, sila berikan butiran penuh. | d) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Adakah anda sedang diinsuranskan atau pernahkah anda mengesyorkan insurans untuk liabiliti pekerja anda?
Jika ada, sila nyatakan nama penginsurans anda. | | |
| 8. Pernahkah mana-mana Syarikat Insurans yang merujuk kepada mana-mana kontijensi yang berkaitan dengan cadangan ini. | | |
| a) Menolak untuk menginsuranskan anda? | a) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Mengenakan syarat-syarat khas untuk menginsuranskan anda? | b) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Membatalkan atau enggan memperbaharui insurans anda? | c) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Menambah premium anda atau mengenakan syarat-syarat khusus semasa pembaharuan?
Jika ada, sila berikan butiran penuh. | d) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Pernahkah pekerja anda dalam masa tiga tahun kebelakangan ini ditimpa sebarang kecederaan atau diserang penyakit yang berpunca daripada atau semasa menjalankan tugas?
Jika ada, sila berikan butiran, bilangan pekerja terlibat dan jumlah pampasan dibayar serta yang belum dibayar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 syarat-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 mana-mana 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 2010.

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

Tarikh _____ Tandatangan Pencadang _____

Untuk dilengkapkan 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 pematuhan 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 urusan 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.

