

Fidelity Guarantee 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 _____

Period of Insurance From _____ to _____

Proposer's Business _____ Business Registration No. _____

Particulars of Employees to be insured				
Item No.	Name	Designation	Years of Service	Limit of Guarantee per employee

Limit of guarantee for any one period of insurance _____

BASIC COVER: Direct pecuniary loss which the Insured shall sustain by any act of fraud or dishonesty committed by any insured employee.

OTHER EXTENSIONS REQUIRED (Please specify)

	Yes	No
1. Have you at all times been satisfied with your insured employees' honesty and general conduct? If no, please give full particulars.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
2. Do you know whether any of your insured employees at present are in debt in any way? If yes, please give full particulars.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
3. Are the employees permitted to engage in any other business or employment? If yes, please give full particulars.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
4. Do you conduct regular audits on your books? If yes, how often are these audits done?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
5. Are you at present insured for a Fidelity Guarantee cover? If yes, please give full particulars.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
6. Have you ever sustained any loss from the risk to be insured against? If yes, please give full particulars.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
7. Has any insurance Company in respect of any of the contingencies to which this proposal applies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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? If yes, please give full particulars.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		

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 Jaminan Setia

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 _____

Tempoh Insurans Dari _____ hingga _____

Perniagaan pencadang _____ No. Pendaftaran Perniagaan _____

Perihal Kakitangan yang akan diinsuranskan				
No. Perkara	Nama	Jawatan	Tahun Berkhidmat	Had Jaminan setiap kakitangan

Had jaminan mana-mana tempoh insurans _____

PERLINDUNGAN ASAS: Hilang kewangan langsung di mana yang akan dialami oleh Yang Diinsuranskan disebabkan oleh sebarang tindakan penipuan atau tidak jujur yang dilakukan oleh mana-mana kakitangan yang

LAIN-LAIN TAMBAHAN PERLINDUNGAN YANG DIPERLUKAN (Sila nyatakan)

	Ya	Tidak
1. Adakah anda pada semua masa berpuas hati dengan kejujuran dan perlakuan umum pekerja yang diinsuranskan ? Jika tidak, sila berikan butiran lanjut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
2. Tahukah anda samada mana-mana kakitangan yang diinsuranskan pada masa ini sedang menanggung hutang? Jika ya, sila berikan butiran lanjut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
3. Adakah kakitangan anda dibenarkan melibatkan diri dengan sebarang perniagaan atau pekerjaan lain? Jika ya, sila berikan butiran lanjut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
4. Adakah anda mengaudit buku-buku anda dengan teratur? Jika ya, berapa kerapkah audit dilakukan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
5. Adakah anda pada masa kini diinsuranskan untuk Perlindungan Jaminan Setia? Jika ya, sila berikan butiran lengkap.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
6. Pernahkah anda mengalami sebarang kerugian daripada risiko yang ingin diinsuranskan ini? Jika pernah, sila berikan butiran lengkap.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
7. Pernahkah mana-mana Syarikat Insurans yang merujuk kepada sebarang kontinjensi di mana proposal ini dipakai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(a) menolak untuk menginsuranskan 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? Jika ada, sila berikan keterangan penuh.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		

PENGISYTIHARAN DAN TANDATANGAN

Saya/kami mengistiharkan 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 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
(PENGESEHAN IDENTITI PENCADANG INSURANS)**

Selaras dengan pamatan 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.

