

| Circumstances of Cover | Limit Any One Loss | Estimated Annual Carrying (RM) | For Office Use Only |
|--------------------------------|--------------------|--------------------------------|---------------------|
| A. Money in Transit | i) ii) iii) | | |
| B. Money in Locked Safe | i) ii) | N/A | |
| C. Damage to Safe / Strongroom | | N/A | |

BASIC COVER:

- A. Against Loss of Money (i.e. cash, bank notes, currency notes, cheques, postal order or money orders) by any cause whatsoever during transits:-
- i) From the Bank to the Insured's Premises for the Payment of wages, salaries, other earnings or petty cash from the time the money is received at the Bank by the Insured's authorised employees or representatives until delivered at the Insured's Premises and (except in regard to petty cash) whilst there until paid out; provided that all money not paid out on the day on which it is received from the Bank, be secured in locked safe or strongroom after business hours. Cheques drawn by the Insured to provide for such payments are covered in transit from the Insured's Premises to the Bank.
 - ii) From the Insured's Premises to the Bank whilst in the personal custody of the Insured's authorised employees or representatives.
 - iii) From the time of receipt and until delivered to the Insured's Premises or Bank by the Insured's authorised employees or representatives provided that all money be so delivered on the same day as received.
- B. Against loss of Money
- i) In locked safe/strongroom following forcible and violent entry to Premises.
 - ii) In locked cabinet/drawers during business hours.

OTHER EXTENSIONS REQUIRED (please specify)

1. (a) How frequently is money carrying made?

- (b) Please describe the carrying i.e. distance, mode of transport.

- (c) How many employees will be engaged in carrying money?

- (d) Will these employees be armed or accompanied by armed escorts?

- (e) Please give details of any special precautions taken.

2. Details of safe/strongroom
 - (a) Make

 - (b) Size and Dimensions

 - (c) Number of keys to safe/strongroom

 - (d) By whom are the keys held?

 - (e) Are the keys removed from the Proposer's premises when uninhabited or overnight?
(If there is more than one safe, please describe each safe.)

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| Yes | No |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | Yes | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 3. Are you the sole occupant of the premises? If not, please give particulars of other occupants. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 4. Are any of the employees handling the money to which this proposal applies, covered under a Fidelity Guarantee policy? If yes, please give name of Insurer and Policy No. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 5. In respect of the risks to which this proposal applies, have you ever sustained any loss? If yes, please give full particulars. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 6. Have you been previously insured against any of the contingencies to which this proposal applies? If yes, please give name of Insurer and Policy No. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 7. Has any Insurance Company in respect of any or 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 | | |
| <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 Insurans Wang

**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 _____

Perniagaan pencadang _____

Premis di mana wang disimpan _____

| Perihal perlindungan | Had Sebarang Kerugian | Anggaran Bawaan tahunan | Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja |
|--------------------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------------|
| A. Wang Ketika Transit | i) ii) iii) | | |
| B. Wang di dalam Peti Besi | i) ii) | N/A | |
| C. Kerosakan peti besi / bilik kebal | | N/A | |

PERLINDUNGAN ASAS:

- A. Untuk kehilangan Wang (seperti Wang tunai, wang bank, matawang, cek, kiriman pos atau kiriman wang) oleh apa juga sebab semasa transit:
 - i) Daripada bank ke premis Yang Diinsuranskan untuk bayaran upah, gaji dan pendapatan lain atau peti tunai daripada masa ke semasa di mana wang diterima oleh bank daripada kakitangan yang diamanahkan oleh Yang Diinsuranskan atau wakilnya sehingga sampai ke premis Yang Diinsuranskan (kecuali peti tunai) dan semasa berada di situ sehingga pembayaran selesai; dan apabila sewa bayaran belum selesai pada hari berkenaan iaitu hari ia diterima daripada bank, maka ia perlu disimpan di dalam petibesi atau bilik kebal selepas waktu pejabat. Cek yang dikeluarkan oleh Yang Diinsuranskan untuk membuat bayaran seumpamanya adalah dilindungi semasa transit daripada premis Yang Diinsuranskan hingga ke bank.
 - ii) Daripada Premis Yang Diinsuranskan ke Bank iaitu semasa di dalam simpanan pekerja atau wakil Yang Diinsuranskan yang sah.
 - iii) Daripada masa penerimaan sehingga dihantarkan kepada Premis Yang Diinsuranskan atau Bank oleh pekerja atau wakil Yang Diinsuranskan yang sah dengan syarat semua wang berkenaan dihantar pada hari yang sama ia diterima.
- B. Untuk kehilangan Wang
 - i) di dalam peti besi/bilik kebal yang dipecah masuk atau premis dimasuki secara paksa
 - ii) di dalam kabinet/laci berkunci semasa waktu pejabat
- C. Untuk kerosakan peti besi/bilik kebal

**LAIN-LAIN TAMBAHAN PERLINDUNGAN YANG DIPERLUKAN (Sila nyatakan)
OTHER EXTENSIONS REQUIRED (please specify)**

1. (a) Berapa kerapkah hantaran wang dilakukan?

- (b) Sila nyatakan cara hantaran, jarak, jenis kenderaan.

- (c) Berapa ramai pekerja ditugaskan membawa wang?

- (d) Adakah pekerja ini bersenjata atau diiringi pengawal bersenjata?

- (e) Sila berikan penjelasan terperinci jika ada sebarang langkah keselamatan diambil.

2. Butiran peti besi/bilik kebal
 - (a) Buatan

 - (b) Saiz dan Dimensi

 - (c) Jumlah Kunci untuk peti besi/bilik kebal

 - (d) Siapakah yang memegang kunci?

| | Ya | Tidak |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (e) Adakah kunci dipindahkan dari tempat pencadang pada sebarang masa atau ketika malam? (Jika terdapat lebih satu peti simpanan, sila nyatakan setiap satunya.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 3. Adakah anda penyewa tunggal premis? Jika tidak sila berikan butiran penyewa lain. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 4. Adakah pekerja yang mengendalikan wang seperti di dalam borang cadangan ini dilindungi oleh polisi Jaminan Setia? Jika ya, sila berikan nama syarikat Insurans dan No. Polisi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 5. Pernahkah anda mengalami kerugian seperti yang dinyatakan di dalam borang cadangan ini. Jika ya, sila berikan keterangan lanjut. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 6. Pernahkah anda diinsuranskan di bawah pelan sebagaimana borang permohonan ini? Jika ya, sila berikan nama Penginsurans dan No. Polisi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 7. Pernahkah sebarang Syarikat Insurans yang merujuk kepada sebarang kontinjensi di mana proposal ini digunakan | | |
| (a) menolak untuk menginsuranskan anda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (b) dikenakan 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 ada, sila berikan keterangan penuh. | | |
| <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 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 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 pampatuhan 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.