

Plate Glass 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 Premises (where the Plate Glass is contained) _____

Trade or Business carried on in the above Premises _____

PARTICULARS OF GLASS TO BE INSURED

No. of pieces	Description	Position	Size of Each Square		Sum Insured		Rate
			Height	Width	On Plate Glass	On Ornamentation & Writing	
	Plate or Sheet glass Plain/ Rough/Bent/ Silvered/ Embossed/ Stained/ Lettered/ Ornamented/ Armoured/ Roughened etc	Window/Door Front/Inside shop, Fanlight/ Showcase/ Horizontal/Vertical Fixed/ Movable etc.					

BASIC COVER:

Breakage of Glass described above, including lettering and/or other ornamental work if also insured.

OTHER EXTENSIONS REQUIRED (Please specify)

Sketch of Position of Plate Glass in Premises

- | | Yes | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Are the Premises situated at the corner of a street? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. What kind of shutters (if any) are used to protect the plate glass to be insured?
If yes, please give full particulars | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| 3. Is any of the plate glass to be insured within 50cm of the pavement?
If yes, please give full particulars | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| 4. Is any of the plate glass to be insured now broken or in any way damaged?
If yes, please give full particulars | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| 5. Was there any breakage to your plate glass during the past twelve months?
If yes, please give full particulars | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| 6. Have you previously been insured against Plate Glass breakage?
If yes, please give full particulars | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |

	Yes	No
7. <i>Is your Plate Glass at present insured against breakage? If yes, please give full particulars</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
8. 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		
<hr/>		
9. Have you ever claimed under any policy in respect of loss or damage as a result of the risks you now wish to insure against? 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 given 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 Polisi Kepingan Kaca

**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 KACA YANG AKAN DIINSURANSKAN

Bil. Keping	Keterangan	Kedudukan	Saiz Setiap persegi		Jumlah Diinsuranskan		Kadar
			Tinggi	Lebar	Di atas Kepingan Kaca	Di atas Hiasan & Tulisan	
	Kepingan kaca Kosong/ Kasar/Lengkung/ Perak/ Timbul/Ditanda/ Ditulis/ Dihias/Berperisai/ Dikasarkan dll.	Tingkap/Di Hadapan Pintu/ Di dalam kedai, Tingkap kipas/Almari/ Melintang/ Perhiasan Di Pasang Menegak/ Mudahalih dll.					

PERLINDUNGAN ASAS: Pemecahan kaca seperti di atas, termasuk tulisan dan/atau kerja hiasan yang lain jika diinsuranskan.

LAIN-LAIN TAMBAHAN PERLINDUNGAN YANG DIPERLUKAN (Sila nyatakan)

Lakaran Kedudukan Kepingan Kaca di Premis

- | | Ya | Tidak |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Adakah Premis berada di sudut jalan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Adakah jenis penutup tingkap (jika ada) yang digunakan untuk melindungi kepingan kaca yang akan diinsuranskan?
Jika ya, sila berikan butiran lanjut. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 3. Adakah mana-mana kepingan kaca yang akan diinsuranskan berada 50cm daripada kaki lima tepi jalan?
Jika ada, sila berikan butiran lengkap | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 4. Adakah mana-mana kepingan kaca yang akan diinsuranskan sekarang ini pecah atau rosak?
Jika ada, sila berikan butiran lengkap | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 5. Pernahkah kepingan kaca anda pecah dalam masa 12 bulan kebelakangan ini?
Jika ya, sila berikan butiran lengkap. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 6. Pernahkah anda diinsuranskan untuk Pemecahan Kepingan Kaca sebelum ini?
Jika pernah, sila berikan butiran lengkap | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |

	Ya	Tidak
7. Adakah kepingan Kaca anda diinsuranskan untuk pemecahan pada masa kini? Jika ada, sila berikan butiran lengkap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
8. 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 syarat 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 kadar premium anda atau mengenakan syarat khas semasa pembaharuan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika ada, sila berikan keterangan penuh.		
<hr/>		
9. Pernahkah anda membuat tuntutan di bawah mana-mana polisi yang merujuk kepada kerugian atau kerosakan hasil daripada risiko yang ingin anda insuranskan ini ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika ada, sila berikan butiran penuh.		
<hr/>		

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 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 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 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.