

# Public 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 \_\_\_\_\_

Postal Address \_\_\_\_\_

Business Registration No. \_\_\_\_\_

Period of Insurance From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

a) Description of Proposer's Business \_\_\_\_\_

b) How long established? \_\_\_\_\_

**Limit of Liability**

Any one accident : RM

Any one period of Insurance : RM

Deductible any one occurrence : RM \_\_\_\_\_ (Property Damage only)

**BASIC COVER**

The Company will indemnify the Insured within the Limit of Liability in respect of:

A) All sums which the insured shall become legally liable to pay for compensation in respect of

1. Accidental bodily injury to any person NOT being a member of the Insured's household or any person in the service of the Insured.

2. Accidental damage to property NOT belonging to or in the custody or control of the Insured.  
caused on or about The Premises in connection with the Business of the Insured as stated above.

B) All costs and expenses of litigation

1. recovered from the insured by any claimant or claimants
2. incurred with the written consent of the Company.

in respect of a claim against the Insured for compensation to which the Indemnity expressed in the Policy applied

**OTHER EXTENSIONS REQUIRED (Please specify)**

	Yes	No
1. Description of premises or outside contract to which Insurance shall apply		
a) Situation of premises or sites of contract and surroundings _____		
b) Number of buildings/employees per location _____		
c) Plant, machinery and equipment used on the premises _____		
d) Are the plant, machinery and equipment kept in sound and proper condition or otherwise maintained in accordance to Statutory Government requirements?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Number and kind of lifts, elevators, escalators, cranes, hoists or other machinery to be covered? _____		
f) Are there any boilers or pressure vessels used in the premises? Are they insured against breakdown or explosion? If yes, please give full particulars. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Please state whether acids, gases, chemicals, explosives or other dangerous substances will be used? If yes, to what extent and give particulars. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Third parties on the premises		
a) Are the premises fenced and/or locked?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Are customers/visitors permitted to move around the premises?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Conditions of premises		
a) Is housekeeping practised?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Is electrical wiring and heating/gas appliances in good conditions?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fire safety		
a) Are fire protection and water supply adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Is smoking in hazardous areas allowed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Will work be undertaken elsewhere other than on the premises? If yes, please state territorial limits _____		

6. Pollution hazards
- |   | Yes                      | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Are there any lakes, rivers, etc. in the immediate vicinity of the premises?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Are there any tanks, pipelines, drainages, etc. on the premises?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Is liquid waste discharged into sewers, rivers of the sea?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Are emissions deriving from the premises? If yes, name nature of the emissions _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Description of area surrounding the premises  
\_\_\_\_\_

8. Estimated total annual wages and salaries including remuneration of working partners and directors:-  
\_\_\_\_\_

9. Total annual turnover / contract value

a) Estimate coming financial year \_\_\_\_\_

b) Current financial year \_\_\_\_\_

c) Past financial year \_\_\_\_\_

10. Have you been previously insured against any of the contingencies to which this proposal applies?  Yes  No  
If yes, please specify  
Name of insurer \_\_\_\_\_  
Policy period \_\_\_\_\_  
Limit of Liability \_\_\_\_\_

11. Have any claims been made upon you during the last three years in respect of injuries to persons or for damage to property of third parties? If yes, please give full particulars and state amount paid and outstanding  Yes  No

Year	Total Amount	Particulars

12. 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? If yes, please give full particulars _____	<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](http://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 \_\_\_\_\_

New NRIC No. \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**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 Liabiliti Awam

**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 \_\_\_\_\_

Alamat Pos \_\_\_\_\_

No. Pendaftaran Perniagaan \_\_\_\_\_

Tempoh Insurans Dari \_\_\_\_\_ hingga \_\_\_\_\_

a) Keterangan Perniagaan Pencadang \_\_\_\_\_

b) Berapa lama ditubuhkan? \_\_\_\_\_

**Had liabiliti**

Mana-mana satu kemalangan : RM \_\_\_\_\_

Mana-mana satu tempoh insurans : RM \_\_\_\_\_

Pemotongan untuk mana-mana satu kejadian : RM \_\_\_\_\_ (Kerosakan Harta sahaja)

**PERLINDUNGAN ASAS**

Syarikat akan memberi indemniti kepada Yang Diinsuranskan terhad kepada Had Liabiliti apabila:

- A) Semua jumlah di mana Yang Diinsuranskan secara sah bertanggungjawab untuk membayar pampasan yang melibatkan
  1. Kecederaan badan akibat kemalangan mana-mana individu yang BUKAN ahli rumah Yang Diinsuranskan atau mana-mana individu dalam perkhidmatan Yang Diinsuranskan

2. Kerosakan akibat kemalangan harta BUKAN milik atau dalam jagaan atau kawalan Yang Diinsuranskan berpunca atau berkenaan dengan Premis yang berkaitan dengan perniagaan yang diinsuranskan seperti yang dinyatakan di atas.

B) Semua kos dan belanja Litigasi

1. yang diperolehi daripada yang diinsuranskan oleh mana-mana pembuat tuntutan
2. yang ditanggung dengan persetujuan bertulis pihak Syarikat.

berhubung dengan tuntutan terhadap Yang Diinsuranskan untuk pampasan di mana Indemniti yang dinyatakan dalam Polisi terpakai.

**LAIN-LAIN LANJUTAN YANG DIPERLUKAN (Sila nyatakan)**

Ya      Tidak

1. Keterangan mengenai premis atau kontrak luar kepada mana insurans terpakai

a) Keadaan premis atau tapak kontrak dan persekitarannya \_\_\_\_\_

b) Bilangan bangunan/kakitangan setiap lokasi \_\_\_\_\_

c) Loji, jentera dan peralatan digunakan di premis \_\_\_\_\_

d) Adakah loji, jentera dan peralatan disimpan dalam keadaan baik atau diselenggarakan mengikut arahan kerajaan?      

e) Bilangan dan jenis lif, elevator, tangga bergerak, alat pengangkat atau jentera lain yang akan dilindungi?

\_\_\_\_\_

f) Adakah sebarang dandang atau bekas tekanan digunakan di premis? Adakah ia diinsuranskan untuk kerosakan atau letupan? Jika ya, sila berikan butir lengkap.      

\_\_\_\_\_

g) Sila nyatakan sama ada asid, gas, bahan kimia, bahan letupan atau bahan merbahaya lain ada digunakan? Jika ya, berikan butir lengkap mengenai penggunaannya.      

\_\_\_\_\_

2. Pihak ketiga di premis

a) Adakah premis dipagar dan/atau dikunci?      

b) Adakah pelanggan-pelanggan/pelawat-pelawat dibenarkan lalu-lalang di persekitaran premis?      

3. Keadaan premis

a) Adakah kerja-kerja penyelenggaraan dilakukan?      

b) Adakah pendawaian elektrik dan peralatan pemanasan/gas dalam keadaan baik?      

4. Langkah Keselamatan Kebakaran

a) Adakah perlindungan kebakaran dan bekalan air mencukupi?      

b) Adakah merokok dalam kawasan merbahaya dibenarkan?      

5. Adakah kerja dijalankan di tempat selain daripada dipremis? Jika ya, sila nyatakan wilayahnya.

\_\_\_\_\_

- Ya      Tidak
6. Bahaya pencemaran
- a) Adakah terdapat sebarang tasik, sungai dan sebagainya, di kawasan persekitaran berdekatan premis?
- b) Adakah terdapat sebarang tangki, saluran paip, penyaliran dsb di premis?
- c) Adakah buangan cecair kumbahan dibuang melalui, sungai ke laut?
- d) Adakah emisi dikeluarkan dari premis? Jika ya, namakan jenis emisi \_\_\_\_\_
7. Keterangan mengenai kawasan di persekitaran premis  
\_\_\_\_\_
8. Anggaran jumlah gaji dan pendapatan tahunan termasuk imbuhan yang diterima oleh rakan kongsi dan para pengarah:  
\_\_\_\_\_
9. Jumlah perolehan tahunan / Nilai Kontrak
- a) Anggaran tahun kewangan akan datang \_\_\_\_\_
- b) Tahun kewangan semasa \_\_\_\_\_
- c) Tahun kewangan lalu \_\_\_\_\_
10. Pernahkah anda diinsuranskan untuk mana-mana kontinjensi yang terpakai untuk cadangan ini?
- Jika ya, sila nyatakan  
Nama penginsurans \_\_\_\_\_  
Tempoh polisi \_\_\_\_\_  
Had indemniti \_\_\_\_\_
11. Pernahkah sebarang tuntutan dibuat ke atas anda dalam masa tiga tahun kebelakangan ini yang berkaitan dengan kecederaan seseorang atau ke atas kerosakan harta pihak ketiga? Jika ya, sila berikan butir lengkap dan nyatakan jumlah yang dibayar serta yang tertunggak.

Tahun	Jumlah Keseluruhan	Butir-butir

12. Pernahkah mana-mana Syarikat Insurans yang merujuk kepada mana-mana kontinjensi yang berkaitan dengan cadangan ini
- a) Enggan menginsuranskan anda?
- b) Mengenakan syarat-syarat khas untuk menginsuranskan anda?
- c) Membatalkan atau enggan memperbaharui Insurans anda?
- d) Menambah premium anda atau mengenakan syarat-syarat khusus semasa pembaharuan?
- Jika ya, sila berikan butir lengkap.  
\_\_\_\_\_

## 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](http://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 (PENGESEHAN IDENTITI PENCADANG INSURANS)

Selaras dengan pmatuhan 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 di dijalankan.

#### Pengesahan Pihak Ketiga

Tandatangan ejen Insurans, broker Insurans atau kakitangan Syarikat Insurans \_\_\_\_\_

Nama \_\_\_\_\_

No. Kad Pengenalan Baru \_\_\_\_\_

Tarikh \_\_\_\_\_

**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.