

BORANG CADANGAN CHOICES - BUSINESS PROTECTOR / CHOICES - BUSINESS PROTECTOR PROPOSAL FORM

BH Insurance (M) Bhd. 29962-V

*(Formerly known as Royal & Sun Alliance Insurance (M) Bhd)
(A member of Boustead Group)*

Pejabat Berdaftar / Registered Office

Wisma Boustead 71 Jalan Raja Chulan 50200 Kuala Lumpur

P.O.Box 12192 50770 Kuala Lumpur

Telephone: 03 21410233 Facsimile: 03 21429219

Website: www.bhinsurance.com.my

*Sila lengkapkan Seksyen A, B, D, dan E dalam semua hal. Bagi Seksyen C, anda hanya perlu melengkapkan perlindungan yang anda kehendaki.

*Please complete Section A, B, D and E in all cases. For Section C, you only need to complete the cover that you require.

A. Butiran Pencadang / Particulars Of Proposer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Nama / Name | : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Alamat Surat-menyurat / Correspondence Address | : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Poskod / Postcode : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Alamat E-mel / E-mail Address | : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Pekerjaan / Occupation | : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. No. Daftar Perniagaan / Business Registration No. | : | | | | | | | | | | | | | | | | No. Tel / Tel No. : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Kedudukan Risiko (jika lebih daripada satu tempat yang hendak diinsuranskan, sila berikan butiran berasingan) / Situation of Risk (if more than one location is to be insured, please provide details separately) | : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Poskod / Postcode : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Tempoh Insurans / Period of Insurance | : | 12 bulan mulai / 12 months commencing | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (sila nyatakan jika sebaliknya) / (please specify if otherwise) | | | | | | | | | | | | |
| | | <table style="font-size: small; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>H</td><td>H</td><td>B</td><td>B</td><td>T</td><td>T</td><td>T</td><td>T</td> </tr> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table> | H | H | B | B | T | T | T | T | D | D | M | M | Y | Y | Y | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| H | H | B | B | T | T | T | T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | D | M | M | Y | Y | Y | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

B. Perlindungan yang Dikehendaki / Cover Required

Sila tanda jenis perlindungan yang dikehendaki / Please tick type of cover required

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kebakaran (C.I) / Fire (C.I) | <input type="checkbox"/> Kemalangan Diri Kumpulan (C.VI) / Group Personal Accident (C.VI) |
| <input type="checkbox"/> Kerugian Turutan Kebakaran (C.II) / Fire Consequential Loss (C.II) | <input type="checkbox"/> Tanggungan Awam (C.VII) / Public Liability (C.VII) |
| <input type="checkbox"/> Semua Risiko Jentera & Peralatan (C.III) / Machinery & Equipment All Risks (C.III) <small>(kecuali Loji & Peralatan Bergerak) (excluding Mobile Plant & Equipment)</small> | <input type="checkbox"/> Tanggungan Majikan (C.VIII) / Employer's Liability (C.VIII) |
| <input type="checkbox"/> Kecurian (C.IV) / Theft (C.IV) | <input type="checkbox"/> Jaminan Kesetiaan (C.IX) / Fidelity Guarantee (C.IX) |
| <input type="checkbox"/> Wang (C.V) / Money (C.V) | <input type="checkbox"/> Kaca Pelit (C.X) / Plate Glass (C.X) |

C.I - Kebakaran / Fire

1. Harta yang hendak diinsuranskan (Sila tanda dan lengkapkan) / Property to be insured (Please tick and complete)

| | Jumlah Diinsuranskan (RM) Sums Insured (RM) |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bangunan / <i>Building</i> | |
| <input type="checkbox"/> Loji dan Jentera / <i>Plant and Machinery</i> | |
| <input type="checkbox"/> Stok Dagangan / <i>Stock-in-Trade</i> | |
| <input type="checkbox"/> Perabot, Lekapan dan Lengkapan Perniagaan / <i>Business Furniture, Fixture and Fittings</i> | |
| <input type="checkbox"/> Pengalihan Debris / <i>Removal of Debris</i> | |
| <input type="checkbox"/> Sewa bagi <input type="text"/> bulan / <i>Rental for <input type="text"/> months</i> | |
| <input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan) / <i>Others (please specify)</i> | |
| Jumlah / Total Sum Insured | |

INGATAN: Jika anda ingin menginsuranskan Bangunan, Loji & Jentera, dan Perabot, Lekapan dan lengkapkan mengikut asas "nilai pengembalian semula", sila tandakan di sini dan pastikan bahawa jumlah yang diinsuranskan bagi maksud anda itu selaras dengan kos semasa menggantikan/mengembalikan semula bagi jenis yang sama.
 NB: *If you wish to insure the Building(s), Plant & Machinery, and Furniture Fixtures and Fittings on a "Reinstatement Value Basis", please tick here and ensure that the sums insured for your property is in line with the present replacement/rebuilding costs of similar types.*

2. Adakah harta itu di bawah sebarang pajakan atau sewa beli ? / Ya / Yes Tidak / No
Is/are the property(ies) under any leasing or hire purchase ?
 Jika "Ya", sila berikan butiran termasuk nama dan alamat kepentingan kewangan yang terlibat itu.
If "Yes", please provide details including name and address of the financial interest involved

Nama / *Name* :

Alamat / *Address* :

3. Sila tanda bagi Lanjutan Peril yang dikehendaki (bayaran premium tambahan diperlukan)
Please tick for required Perils Extensions (additional premium payable)

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kerosakan Pesawat / <i>Aircraft Damage</i> | <input type="checkbox"/> Kerosakan Rusuhan Mogok dan Niat Jahat / <i>Riot Strike and Malicious Damage</i> |
| <input type="checkbox"/> Gempa Bumi, Letusan Gunung Berapi / <i>Earthquake, Volcanic Eruption</i> | <input type="checkbox"/> Kebakaran Semak/Lalang / <i>Bush/Lalang Fire</i> |
| <input type="checkbox"/> Ribut, Taufan / <i>Storm, Tempest</i> | <input type="checkbox"/> Penenggelaman & Gelinciran Tanah (Perlindungan Standard) / <i>Subsidence & Landslip (Standard Cover)</i> |
| <input type="checkbox"/> Banjir / <i>Flood</i> | <input type="checkbox"/> Pembakaran Spontan (Kebakaran Sahaja) / <i>Spontaneous Combustion (Fire Only)</i> |
| <input type="checkbox"/> Letupan / <i>Explosion</i> | <input type="checkbox"/> Pembakaran Spontan (Perlindungan Sepenuhnya) / <i>Spontaneous Combustion (Full Cover)</i> |
| <input type="checkbox"/> Kerosakan Hentaman (Tidak termasuk Kenderaan Pihak Yang Diinsuranskan) / <i>Impact Damage (Excluding Insured's Vehicle)</i> | <input type="checkbox"/> Kerosakan oleh Pokok Tumbang atau Dahan / <i>Damage by Falling Trees or Branches</i> |
| <input type="checkbox"/> Kerosakan Hentaman (Termasuk Kenderaan Pihak Yang Diinsuranskan) / <i>Impact Damage (Including Insured's Vehicle)</i> | <input type="checkbox"/> Kebocoran Perenjis (Bangunan) / <i>Sprinkler Leakage (Building)</i> |
| <input type="checkbox"/> Letupan/Limpahan Radas Tangki Air/Paip / <i>Bursting/Overflowing of Water Tanks/Pipes</i> | <input type="checkbox"/> Kebocoran Perenjis (Kandungan) / <i>Sprinkler Leakage (Contents)</i> |
| | <input type="checkbox"/> Fasal Pemasangan Elektrik (B) / <i>Electrical Installations Clause (B)</i> |

4. Premis / The Premises

a) Bahan Binaan bagi / *Construction Materials of* :

| | | |
|--|----------------------|--|
| i) Dinding Luar / <i>External Wall</i> | <input type="text"/> | |
| ii) Lantai / <i>Floor</i> | <input type="text"/> | |
| iii) Bumbung / <i>Roof</i> | <input type="text"/> | |

b) Tahun Binaan / *Year Built*

c) Bilangan Tingkat / *Number of Storey(s)* Berasingan / *Detached* Bersebelahan / *Non-Detached*

d) Huraian ringkas proses Pendudukan/Pembuatan yang dijalankan termasuk proses berkaitan dengan pengecatan semburan/penyemburan serbuk dan/atau percetakan / *Brief description of Occupancy/Manufacturing process carried out including any process involving spray painting, powder coating and/or printing*

e) Adakah disimpan cat, minyak galian, kerosin, benzin, petrol atau lain-lain cecair mudah meruap, mancis atau mercun ? / *Is there any storage of paint, mineral oil, kerosene, benzene, petrol or other volatile liquids, matches or fire crackers ?* Ya / Yes Tidak / No
 Jika jawapannya "Ya", sila nyatakan kuantitinya / *If the answer is "Yes", please state quantities involved*

f) Adakah anda penghuni tunggal Premis ini ? / *Are you the sole occupier of the Premises ?* Ya / Yes Tidak / No
 Jika "Tidak", sila nyatakan bagaimana bahagian lain premis tersebut diduduki / *If "No", please state how the remainder of the premises is occupied*

g) Sudahkah anda memasang Alat Pemadam Kebakaran berikut? (Sila tanda) / *Do you have the following Fire Fighting Appliances Installed ? (Please tick)*

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alat Pemadam Api / <i>Fire Extinguishers</i> | <input type="checkbox"/> Gelung Hos / <i>Hose Reels</i> | <input type="checkbox"/> Pengesan Haba / <i>Heat Detectors</i> |
| <input type="checkbox"/> Hidran Halaman / <i>Yard Hydrants</i> | <input type="checkbox"/> Sistem Perenjis / <i>Sprinkler System</i> | <input type="checkbox"/> Pengesan Asap / <i>Smoke Detectors</i> |

C.II - Kerugian Turutan Kebakaran / Fire Consequential Loss

1. Tempoh Tanggungan Maksimum yang hendak diinsuranskan / *Maximum Indemnity Period to be insured* bulan / *months*

Tempoh Tanggungan : Tempoh yang dianggarkan bagi perniagaan anda untuk bermula semula dan pulih sekiranya berlaku kehilangan atau kerosakan kebakaran yang teruk / *Indemnity Period : The estimated period of time it would take your business to restart and recover in the event of a serious fire loss or damage.*

2. Jumlah yang hendak diinsuranskan (Sila tanda perlindungan yang dikehendaki dan lengkapkan) / *Sums to be insured (Please tick the required cover and complete)*

(RM)

- Untung Kasar / *Gross profit* Hasil Kasar/Sewa Kasar / *Gross Revenue/Rental*
- Gaji-Perlindungan dua asas / *Wages - dual basis of Cover*
- 100% Perlindungan bagi / *Cover for the* bulan pertama / *1st weeks*
- % Perlindungan bagi baki Tempoh Tanggungan / *Cover for the remainder of the Indemnity Period*
- Bayaran Juruaudit / *Auditor's Fee*
- Kenaikan Tambahan bagi Kos Kerja / *Additional Increase Cost of Working*
- Pelarasan Ke atas (sehingga maksima 25%) / *Upward Adjustment (maximum up to 25%)* %

3. Sila tanda Lanjutan yang dikehendaki (bayaran premium tambahan diperlukan) / *Please tick the required Extension(s) (additional premium payable)*

- Lanjutan Pembekal Tertentu a) Nama Pembekal / *Name of Supplier*
- (Jika lebih daripada 1, sila berikan dalam kertas berasingan) b) Perdagangan atau Pemiagaan / *Trade or Business*
- Specified Suppliers' Extension* c) Kedudukan Risiko/Alamat / *Situation of Risk/Address*
- (If more than 1, please give the details in a separate sheet) d) Peratus (%) Tanggungan / *Percentage (%) of Dependency*
-
- Lanjutan Pelanggan Tertentu a) Nama Pelanggan / *Name of Customer*
- (Jika lebih daripada 1, sila berikan dalam kertas berasingan) b) Perdagangan atau Pemiagaan / *Trade or Business*
- Specified Customers' Extension* c) Kedudukan Risiko/Alamat / *Situation of Risk/Address*
- (If more than 1, please give the details in a separate sheet) d) Peratus (%) Tanggungan / *Percentage (%) of Dependency*
-
- Halangan Memasuki Premis / *Prevention of Access*
- Kerosakan Kemudahan Awam Bekalan Elektrik / *Electricity Supply*
- Failure of Public Utilities* Bekalan Air / *Water Supply*
- Bekalan Gas / *Gas Supply*
-
- Penyakit Berjangkit atau Menular, Bunuh Orang, Bunuh Diri, Binatang Perosak, Keracunan Makanan dan Minuman atau Cara Pembersihan yang Cacat / *Infectious or Contagious Diseases, Murder, Suicide, Pest, Food or Drink Poisoning, or Defective Sanitary Arrangements*

INGATAN : Peril yang dilindungi di bawah seksyen ini hendaklah sama dengan yang dipilih dalam Seksyen C.I - Kebakaran.

N.B. : *The perils covered under this section C.II should be the same as those chosen under Section C.I - Fire*

C.III - Semua Risiko Jentera dan Peralatan (kecuali Loji & Peralatan Bergerak) Machinery and Equipment All Risks (excluding Mobile Plant & Equipment)

1. Butiran Jentera dan Peralatan yang hendak diinsuranskan / *Description of Machinery and Equipment to be insured*

| No. Bil <i>Item No</i> | Butiran <i>Description</i> | No. Siri/Model <i>Serial No/Model</i> | Tahun Buatan <i>Year of Make</i> | Jumlah Diinsuranskan (RM) <i>Sum Insured (RM)</i> |
|-----------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Jumlah / Total Sum Insured | | | | |

INGATAN : Anda boleh lampirkan maklumat pada kertas berasingan jika ruang yang diberikan tidak mencukupi

NB. : *You may attach information on a separate sheet if space provided is insufficient*

2. Adakah harta itu di bawah sebarang pajakan atau sewa beli? /

Ya / Yes Tidak / No

Is/are the property(ies) under any leasing or hire purchase ?

Jika "Ya", sila berikan butiran termasuk nama dan alamat kepentingan kewangan yang terlibat / *If "Yes", please provide details including name and address of the financial interest involved*

Nama / Name :

Alamat / Address :

- INGATAN 1. Harta yang diinsuranskan di bawah Seksyen C.III tidak perlu diinsuranskan di bawah seksyen C.I - bagi Kebakaran & Kilat dan C.IV - bagi perlindungan Kecurian
 2. Jumlah yang diinsuranskan hendaklah merupakan nilai mengganti baru jentera/peralatan yang berusia sehingga lima (5) tahun. Bagi yang berusia lima (5) tahun ke atas, jumlah yang diinsuranskan hendaklah merupakan harga pasaran kerana perlindungan yang diberikan adalah berasaskan kepada penggantian rugi.

- NB.: 1. *Items insured under this section C.III need not be insured under Section C.I - for Fire & Lightning and C.IV - for Theft covers.*
 2. *The sums insured should represent the new replacement value of the machines/equipment for those up to five (5) years old. For those above five (5) years old, the sum insured should represent the market value as the cover given is on an indemnity basis.*

C.IV - Kecurian / Theft

1. Harta yang hendak diinsuranskan (Sila tanda dan lengkapkan) / *Property to be insured (Please tick and complete)*

| | Nilai Penuh mengikut risiko <i>Full Value of Risks</i> | Berasaskan kehilangan pertama <i>First loss basis</i> |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stok Dagangan / <i>Stock-in-Trade</i> | RM | RM |
| <input type="checkbox"/> Perabot, Lekapan & Lengkapan Pejabat, Jentera & Peralatan dan Kandungan lain <i>Office Furniture Fixture & Fittings, Machinery & Equipment and other contents</i> | RM | RM |
| Jumlah yang Diinsuranskan / Total Sum Insured | | RM |

2. Ciri-ciri Keselamatan (Sila tanda dan lengkapkan) / *Security Features (Please tick and complete)*

- Alat Penggera Penceroboh Dipasang / *Intruder Alarm Installed*
- a) Nama Syarikat Pemasang Alat Penggera / *Name of alarm installation Company*
- b) Kekerapan penyenggaraan / *Frequency of maintenance*
- c) Adakah Alat Penggera bersambung ke Stesen Pantauan Berpusat
Is the Alarm linked to a Central Monitoring Station ? Ya / Yes Tidak / No
- Pengawal Keselamatan Disediakan / *Security Staff Employed* 24 jam / hours Siang sahaja / *Day time Only* Malam sahaja / *Night time Only*
 Sistem Ronda oleh Pengawal Keselamatan? / *Clocking System by Security Guards ?* Ya / Yes Tidak / No

3. Adakah satu rekod lengkap bagi barang yang diterima dan dijual akan disimpan? /

Will a complete record of stock received and sold be kept ?

Jika "Tidak" bagaimana akaun yang tepat bagi kehilangan akan ditentukan? /

If "No", how would the exact amount of loss be ascertained ?

| |
|--|
| |
| |
| |

C.V - Wang / Money

1. Jumlah yang hendak Diinsuranskan (sila tanda dan lengkapkan) /

Sums to be insured (please tick and complete)

- | | Had Setiap Kerugian (RM)
<i>Limit Any One loss (RM)</i> |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wang dalam Penghantaran / <i>Money in Transit</i> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Wang dalam Premis / <i>Money in Premises</i> | <input type="text"/> |
| i.) Semasa Waktu Perniagaan/Bekerja / <i>During Business/Working Hours</i> | <input type="text"/> |
| ii.) Di Luar Waktu Perniagaan/Bekerja / <i>Outside Business/Working Hours</i> | <input type="text"/> |
| a) Dalam Peti Simpanan/Bilik Kebal berkunci / <i>In Locked Safe/Strong-room</i> | <input type="text"/> |
| b) Dalam Laci/Almari Berkunci / <i>In Locked Drawers/Cabinets</i> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Wang dalam Simpanan Peribadi Pengurus yang Diberikuasa di Kediaman Persendirian Sahaja <i>Money in Personal Custody of Authorised Managers at their Private Residence Only</i> | <input type="text"/> |

2. Anggaran Bawaan Tahunan / *Estimated Annual Carrying*

RM

3. Langkah Keselamatan / Security Measures

a) Siapa yang dipertanggungjawab membawa Wang dari premis ke bank dan sebaliknya ? / *Who transits the Money from premises to bank and vice versa ?*

Jika Pihak Pekerja Pemegang Polisi - berapakah jumlah maxima yang terlibat ? / *Own Employee - What is the maximum amount involved ?*

RM

Jika sebuah Syarikat Keselamatan digunakan - Adakah pengawal keselamatan itu bersenjata ? / Ya / Yes Tidak / No
Security Company - Are the guards armed ?

4. Butiran Peti Simpanan di atas premis / Details of Safe at premises

| Pembuat <i>Manufacturer</i> | Model <i>Model</i> | Adakah dibina ke dalam atau dilekatkan kepada struktur bangunan <i>Is it built into or fixed to the structure of the premises ?</i> |
|--------------------------------|-----------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |

C.VI - Kemalangan Diri Kumpulan / Group Personal Accident

1. Orang yang hendak diinsuranskan / Persons to be insured

Anda boleh pilih salah satu daripada asas berikut (Sila tanda dan lengkapkan) / *You may choose from one of the following basis (Please tick and complete)*

Bagi Semua Pekerja (tidak dinamakan) / *On All Employees (un-named)*

a) Anggaran Jumlah Gaji Tahunan / *Total Estimated Annual Salaries*

RM

b) Jumlah Bilangan Pekerja / *Total Number of Employees*

c) Nilai Paling Tinggi setiap orang yang Diinsuranskan / *Highest Value per insured person*

RM

Asas yang dinamakan* / *Named Basis**

Mengikut Kategori Pekerjaan* / *By Occupation Category**

*(Jika anda memilih untuk menginsuranskan pekerja mengikut nama atau kategori anda perlu memberikan butiran manfaat) / **(If you choose to insure employees by name or occupation category, you will need to provide details of benefits required including the Sums insured for each individual or occupation category)*

2. Manfaat yang kehendaki (Sila tanda dan lengkapkan) / Benefits required (please tick and complete)

Manfaat boleh mengikat jumlah yang diinsuranskan yang ditetapkan atau gandaan gaji pekerja / *Benefits can be on fixed sums insured or a multiple of employee's salary*

| Manfaat yang hendak Diinsuranskan / <i>Benefits to be Insured</i> | Jumlah yang Diinsuranskan / <i>Sum Insured</i> |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kematian / <i>Death</i> | <input type="checkbox"/> RM <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Hilang Upaya secara Kekal / <i>Permanent Disablement (PD)</i> | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> x gaji bulanan / <i>monthly salary</i> |
| <input type="checkbox"/> Hilang Upaya Sepenuhnya secara Sementara / <i>Temporary Total Disablement (TTD)</i> | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> % gaji mingguan / <i>of weekly salary</i> |
| <input type="checkbox"/> Hilang Upaya Sepenuhnya secara Kekal / <i>Temporary Partial Disablement (TPD)</i> | <input type="checkbox"/> 50% daripada TTD / <i>of TTD</i> |
| <input type="checkbox"/> Perbelanjaan Perubatan (seorang) / <i>Medical Expenses (per person)</i> | <input type="checkbox"/> RM <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Tunai Hospital (Kemalangan) / <i>Hospital Cash (Accident)</i> | <input type="checkbox"/> RM <input type="text"/> sehari / <i>per day</i> |
| <input type="checkbox"/> Tunai Hospital (Sakit) / <i>Hospital Cash (Sickness)</i> | <input type="checkbox"/> RM <input type="text"/> sehari / <i>per day</i> |

3. Adakah mana-mana orang hendak diinsuranskan mempunyai Hilang Upaya tubuh badan yang sedia ada ? / Ya / Yes Tidak / No *Is any person to be insured suffering from any existing physical disability ?*

Jika "Ya", sila berikan nama orang itu dan butiran hilang upaya itu / *If "Yes", please give name of person(s) and details of disability*

| |
|--|
| |
| |
| |

Nota: Orang yang diinsuranskan mestilah lebih daripada 16 tahun dan kurang daripada 65 tahun. Jika perlindungan dikehendaki bagi seseorang di luar had umur ini, maka mereka mestilah diisytiharkan secara berasingan dan diterima oleh Syarikat.

Ada terdapat beberapa Kegiatan Terkecuali di bawah Insurans ini. Polisi boleh dilanjutkan untuk melindunginya - misalnya; sukan salji dan menyelam beralat pernafasan. Sila pastikan yang anda memberikan nama orang yang memerlukan lanjutan ini, tertakluk kepada bayaran premium tambahan.

Notes: *Persons insured must be older than 16 years of age and less than 65 years old. If cover is required for someone outside these age limits, then they must be separately declared and accepted by the Company.*

There are a number of Excluded Activities under this insurance. The policy may be extended to cover some of them - eg: winter sports or aqualung diving. Please ensure that you provide names of people who require these extension(s), subject to an additional premium charge.

C.VII - Tanggungan Awam / Public Liability

1. Had Tanggungruji yang dikehendaki / *Limits of Indemnity required*
2. Nyatakan anggaran perolehan tahunan perniagaan anda / *State the estimated annual turnover of your business*
3. Adakah anda membuat sebarang 'kerja jauh' daripada premis anda (selain daripada hantarserah)? / Ya / Yes Tidak / No
Do you engage in any 'work away' from your premises (other than delivery) ?
Jika 'Ya', sila nyatakan / *If "Yes", please state:*
- a) Jenis Pekerjaan / *Nature of Work*
- b) Tempat / *Location*
- c) Berapa peratus (%) daripada angka Perolehan Tahunan / *What percentage (%) of the Annual Turnover figures does it represent ?*
4. Adakah anda perlukan Lanjutan Tanggungan Produk? / *Do you need a Products Liability Extension ?* Ya / Yes Tidak / No
Jika 'Ya', anda hendaklah lengkapkan Senarai Soalan Tanggungan Produk kami yang berasingan / *If "Yes", you need to complete our separate Products Liability Questionnaire*

C. VIII - Tanggungan Majikan / Employer's Liability

1. Pekerja yang hendak diinsuranskan / *Employees to be Insured*
- Ke atas semua Pekerja (tidak termasuk ahli Socso dan pekerja asing)
On All Employees (excluding Socso members and foreign workers)
- Jumlah Saraan Tahunan (RM)
Total Annual Remuneration (RM)
-

C. IX - Jaminan Kesetiaan / Fidelity Guarantee

1. Pekerja yang hendak Diinsuranskan (Sila tanda salah satu daripada asas berikut dan lengkapkan) / *Employees to be insured (please tick for one of the following basis and complete)*
- Ke atas semua pekerja pihak yang Diinsuranskan atau / *On all employees of the Insured or*
- Pekerja dalam Kategori Pekerjaan yang di pilih* atau / *Employees in selected Occupation Category* or*
- Berasaskan kepada Pekerja yang Dinamakan* / *Named Employee Basis**
- Sila berikan senarai orang yang hendak diinsuranskan jika diinsuranskan secara Kategori Pekerjaan* atau Berasaskan kepada yang Dinamakan*) / *(Please provide list of people to be insured if insuring by Occupation Category* or on a Named Basis*)*
2. Had tanggungan / *Limit of indemnity* (mana-mana seorang pekerja) / *(any one employee)* (secara agregat) / *(in the aggregate)*
-
3. Adakah anda mempunyai jabatan audit dalaman? / *Do you have an internal audit department ?* Ya / Yes Tidak / No
Jika 'Ya', kepada siapa jabatan itu bertanggungjawab? / *If "Yes", to whom does the department report to ?*
-
4. Adakah akaun anda diaudit oleh juruaudit luar setiap tahun ? Ya / Yes Tidak / No
Is your account audited by an external auditor yearly ?
Jika 'Ya', sila berikan nama dan alamat juruaudit luar anda itu / *If "Yes", please provide name and address of your external auditors.*
-
5. Adakah anda mempunyai Panduan Kewangan yang menyatakan proses mengendalikan Wang Tunai, Alatulis, Cek, Aset dsb. / *Do you have a Financial Manual stating the process in the handling of Cash, Stationery, Cheques, Assets etc.* Ya / Yes Tidak / No

C. X - Kaca Pelit / Plate Glass

| Harta yang hendak Diinsuranskan <i>Property to be Insured</i> | Berasaskan Kehilangan Pertama (RM) <i>First Loss Sum Insured (RM)</i> |
|--|--|
| Ke atas Semua Kaca yang Terpasang / <i>On All Fixed Glass</i> | |

D. Insurans Dahulu dan Sejarah Kehilangan / Previous Insurance and Loss History

1. Adakah anda sekarang atau pernahkah anda diinsuranskan bagi apa jua jenis risiko yang dicadangkan ? / Ya / Yes Tidak / No
Are you now or have you ever been insured for any of the types of risks Proposed ?
 Jika 'Ya', sila berikan nama penanggung insurans, butiran perlindungan serta tempoh Insurans / *If "Yes", please provide name of the Insurer, details of cover and period of Insurance*

| Penanggung Insurans <i>Insurer</i> | Perlindungan <i>Cover</i> | Tempoh Insurans <i>Period of Insurance</i> |
|---------------------------------------|------------------------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

2. Pernahkah mana-mana Syarikat atau penanggung insurans bagi mana-mana Insurans yang dicadangkan ini:
Has any Company or Insurer in respect of any of the Insurance to which this proposal applies :
 a) menolak / menghendaki terma khas untuk menginsuranskan anda / membatalkan atau menolak Ya / Yes Tidak / No
 untuk membaharui insurans anda / menaikkan premium apabila dibaharui
declined/required special terms to insure you / cancelled or refused to renew your insurance/increased your premium on renewal
 Jika 'Ya', sila berikan butiran sepenuhnya / *If "Yes", please give full particulars*

| |
|--|
| |
| |

3. Pernahkah anda mengalami sebarang kehilangan daripada mana-mana risiko yang sekarang Ya / Yes Tidak / No
 dicadangkan untuk diinsuranskan dalam masa 3 tahun yang lalu? / *Have you ever suffered any loss from any of the risks now proposed for insurance during the past 3 years ?*
 Jika 'Ya', sila berikan butiran sepenuhnya / *If "Yes", please give full particulars*

| Tarikh Kerugian <i>Date of Loss</i> | Hal Keadaan Kerugian <i>Circumstance of Loss</i> | Penanggung Insurans yang terlibat <i>Insurer Involved</i> | Jumlah Tuntutan (RM) <i>Claim Amount (RM)</i> |
|--|---|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

E. Perakuan dan Tandatanganan / Declaration and Signature

Saya / Kami, pada pengetahuan saya / kami sepenuhnya, mengesahkan bahawa segala kenyataan yang terkandung di dalam borang cadangan ini adalah benar dan betul dan saya / kami tidak menyembunyikan, salah nyata atau silap nyata mana-mana fakta material. / / *We to the best of my / our knowledge hereby confirmed that the statements contained in this proposal form are true and correct and I / We have not concealed, mis-represented or mis-stated any material fact.*

Saya / Kami setuju bahawa kenyataan dan pengesahan di dalam borang cadangan ini akan dijadikan asas kepada kontrak insurans dengan **BH Insurance (M) Bhd.** dan boleh disifatkan termaktub di dalam kontrak tersebut. / / *We agree that the statements and declaration contained in this proposal form shall be the basis of the contract of insurance with BH Insurance (M) Bhd. and are deemed to be incorporated in the contract.*

.....

Tandatanganan Pencadang / *Signature of the Proposer*

(Anda tidak akan terikat untuk menyempurnakan insurans ini dengan menandatangani borang ini)
(Signing this form does not bind you to complete the insurance)

.....

Tarikh / *Date*

Notis Penting / Important Notice

1. Perhatian anda harus diberikan kepada tempoh Waranti Premium 60 hari. Waranti ini menyatakan bahawa polisi insurans ini akan dibatalkan secara automatik melainkan premium telah dibayar sepenuhnya di dalam jangkamasa 60 hari dari tarikh perlindungan diberi. / *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 Company within 60 days from commencement date of cover.*
2. Perlindungan insurans tidak akan berkuatkuasa sehingga Borang Cadangan ini diterima oleh Syarikat. / *No cover is in force until this Proposal has been accepted by the Company.*
3. Bagi tujuan dan maksud sekiranya terdapat konflik atau kekaburan berkenaan makna di dalam peruntukan Bahasa Malaysia tentang mana-mana bahagian kontrak atau dokumen, adalah dipersetujui bahawa kontrak atau dokumen versi Bahasa Inggeris akan digunakan. / *For all intents and purposes where there is a conflict or ambiguity as to the meaning in the Bahasa Malaysia provisions of any part of the contract or document, it is hereby agreed that the English version of the contract or document shall prevail.*

“PENERANGAN MENURUT SEKSYEN 149(4) AKTA INSURANS 1996”

Kamu adalah diminta menerangkan dengan penuh dan benar segala butir-butir yang kamu tahu atau harus tahu di atas cadangan insuran ini, kalau tidak polisi yang dikeluarkan menurut cadangan ini adalah tidak sah.

“STATEMENT PURSUANT TO SECTION 149(4) OF THE INSURANCE ACT 1996”

You are reminded that in accordance with the Insurance Act 1996 you are required to disclose in this proposal form, fully and faithfully all the facts that you know or ought to know, otherwise the policy issued may be invalidated.

一九九六年保險法令
第一百四十九條第四條規定
投保人須於投保申請書內，將其所知或應知之事全部據實填報，否則保單可能無效。

Pengesahan Pengenalan / Verification of Identity

Selaras dengan pematuhan Seksyen 16(2) Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram 2001 / *In compliance with Section 16(2) of the Anti-Money Laundering Act 2001.*

Saya dengan ini mengesahkan bahawa butiran Pemohon adalah benar berdasarkan dokumen asal yang berikut / *I hereby certify that the Proposer's details had been verified against the following original documents.*

Sila tandakan (✓) yang berkenaan / *Please tick (✓) as appropriate*

- Kad Pengenalan / *National Registration Identity Card (NRIC)*
 Pasport / *Passport*
 Sijil pendaftaran / *Certificate of registration*
 Lain-lain (sila berikan butiran) / *Others (please specify)*

Tandatangan / *Signature* _____

Nama / *Name* _____

Tarikh / *Date* _____

Nota Penting (1) / Important Note (1)

Berikut adalah senarai orang perseorangan yang dibenarkan membuat pengesahan butiran di atas : / *The following persons are authorized to verify the above details :*

- Kakitangan BH Insurance (M) Bhd. yang diberi kuasa / *Staff of BH Insurance (M) Bhd. as authorized by the company*
- Agen-agen BH Insurance (M) Bhd. yang berdaftar / *Registered agents of BH Insurance (M) Bhd.*

Nota Penting (2) / Important Note (2)

Salinan dokumen yang disahkan untuk polisi-polisi berikut perlu disimpan : / *Copies of documents verified for the following insurance policies must be retained :*

- Polisi-polisi individu atau syarikat yang mana premium tahunannya melebihi RM50,000 / *Policies with premiums exceeding RM50,000 per annum in respect of single policies issued to individuals and institutions*
- Polisi-polisi kumpulan yang mana premium tahunannya melebihi RM100,000 / *Policies with premiums exceeding RM100,000 per annum in respect of group policies*

Kegunaan Pejabat Sahaja / Office Use Only

| | |
|-----------------------------------|--|
| Cawangan / <i>Branch</i> | Broker/Agent No. / <i>Broker/Agency No</i> |
| Pelanggan No. / <i>Client No.</i> | Nama Broker/Agensi / <i>Broker/Agency Name</i> |