



Proposal Form/Borang Cadangan

SME Plus

TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

Important Notice

According to Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, failure to declare information truthfully and accurately may affect acceptance of the risk leading to this coverage being void and denial of claim. If you notice any inaccurate information or to provide additional information, please inform us immediately for our review and consideration.

Notis Penting

Menurut Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, kegagalan untuk mengisytiharkan maklumat dengan benar dan tepat boleh menjejaskan penerimaan risiko yang membawa kepada perlindungan ini menjadi batal dan tuntutan dinafikan. Jika anda menyedari apa-apa maklumat yang tidak tepat atau ingin memberikan maklumat tambahan, sila beritahu kami dengan segera untuk semakan dan pertimbangan kami.

Agent's Code / Kod Ejen _____ Cover Note No. / No. Nota Perlindungan _____ Policy No. / No. Polisi _____ Reference Code / Kod Rujukan _____ ONESME

Information collected in this proposal form shall be used in connection with the Company's purposes and course of business only.
Maklumat yang diperolehi di dalam borang cadangan hanya boleh digunakan dengan tujuan dan untuk urusan perniagaan Syarikat sahaja.

Please (✓) where appropriate/Tandakan (✓) pada petak yang sesuai

Smart 1	Smart 2	Smart 3
<input type="checkbox"/> Fire/Kebakaran	<input type="checkbox"/> Public Liability/Liabiliti Awam	<input type="checkbox"/> Major Motor Medical
<input type="checkbox"/> All Risks/Semua Risiko	<input type="checkbox"/> Employer's Liability/Liabiliti Majikan	<input type="checkbox"/> Cancer LoanBreak
<input type="checkbox"/> Glass/Kaca	<input type="checkbox"/> Money/Wang	<input type="checkbox"/> MosBite
<input type="checkbox"/> Fidelity Guarantee/Jaminan Kesetiaan	<input type="checkbox"/> Fire Consequential Loss/Kerugian Turutan Kebakaran	<input type="checkbox"/> Travel Partner
<input type="checkbox"/> Burglary/Kecurian	<input type="checkbox"/> Electronic Equipment/Peralatan Elektronik	<input type="checkbox"/> Medic Partner
<input type="checkbox"/> Machinery Breakdown/Kerosakan Jentera	<input type="checkbox"/> Group Personal Accident/Kemalangan Diri Berkelompok	<input type="checkbox"/> PA Partner
	<input type="checkbox"/> Group Hospitalisation Scheme/Penghospitalan Dan Pembedahan Berkelompok	<input type="checkbox"/> Houseowner/Householder Empunya Rumah/Isi Rumah
	<input type="checkbox"/> Group Term Life/Jangka Hayat Berkelompok (Refer to/Rujukan: _____)	

Note/Nota:

This proposal form is applicable for Smart 1 & Smart 2 coverage/Borang cadangan ini digunapakai untuk perlindungan Smart 1 & Smart 2

Please write in block letters and tick (✓) in the appropriate boxes. Kindly attach separate sheet if space is insufficient.
Sila tulis dalam huruf besar dan tandakan (✓) pada petak yang sesuai. Sila lampirkan kertas berasingan sekiranya kekurangan ruang.

Particulars of Proposer / Butir-butir Pencadang

Company Name / Nama Syarikat _____ Nature of business / Jenis Perniagaan _____

Company Address / Alamat Syarikat _____

Postcode / Poskod _____

Name of Proposer/Policyowner / Nama Pemohon/Pemilik Polisi _____ Race / Bangsa _____

NRIC/Business Registration No. / No. Kad Pengenalan/Pendaftaran Perniagaan _____

Telephone No.: Home / No. Telefon: Rumah _____ Office / Pejabat _____ Mobile / Telefon Bimbit _____

E-mail Address / Alamat E-mel _____

Bank Name & A/C No. (for e-payment purpose) / Nama Bank & No. Akaun (untuk tujuan e-pembayaran) _____

Smart 1 Coverage / Perlindungan Smart 1

Period of insurance (both dates inclusive) / Tempoh insurans (termasuk kedua-dua tarikh) From / Dari _____ To / Hingga _____

If opt for Fire/Fire Consequential Loss/All Risks / Jika memilih Polisi Kebakaran/Kerugian Turutan Kebakaran/Semua Risiko

FIRE PROTECTION SYSTEM / SISTEM PERLINDUNGAN KEBAKARAN

- Fire extinguisher / Alat pemadam api Hose reel / Gelung Hos Sprinkler / Perenjis Smoke detector / Pensesan asap Others (please specify) / Lain-lain (sila nyatakan)

For Fire Consequential Loss, please tick (✓) the Specified Working Expenses.

Untuk Polisi Kerugian Turutan Kebakaran, sila tandakan (✓) pada Perbelanjaan Kerja Yang Dinamakan

- Purchases of Raw Materials (Less Discount) / Pembelian Bahan Mentah (Tolak Diskaun) Bad Debts Written Off/Hutang Lapuk Dilupuskan
 Packing Material/Bahan Pembungkusan Transportation/Pengangkutan Other variable charges/Lain-lain caj langsung

Remarks/Ulasan:

The excesses applicable to the above selected perils are as per the Revised Fire Tariff.

Lebih yang diguna pakai untuk peril-peril yang dipilih di atas adalah seperti yang tercatat di dalam Tariff Insurans Kebakaran terkini.

Tokio Marine Insurans (Malaysia) Berhad

198601000381 (149520-U)

Level 20, Menara Hap Seng 3, Plaza Hap Seng, No. 1, Jalan P. Ramlee, 50250 Kuala Lumpur, Malaysia.

T: (03) 2027 8200 / 2789 8800 F: (03) 2022 2295 Customer Service Hotline: 1800 88 0812

tokiomarine.com

A member of the
Tokio Marine Group

If opt for Burglary/Money / Jika memilih Polisi Kecurian/Wang

ANTI-CRIME INFORMATION / MAKLUMAT ANTI JENAYAH

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Central monitoring station
Stesen kawalan pusat | <input type="checkbox"/> Watchman/Guard services
Perkhidmatan Penjaga/Pengawal | <input type="checkbox"/> Alarm/Motion Sensors
Alat Penggera/Sensor Pergerakan |
| <input type="checkbox"/> Closed Circuit Television (CCTV)
Kamera Litar Tertutup (CCTV) | <input type="checkbox"/> None at all
Tiada langsung | <input type="checkbox"/> Others (please specify)
Lain-lain (sila nyatakan) _____ |

PHYSICAL PROTECTION / PERLINDUNGAN FIZIKAL

Main entrance/Pintu utama

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Wooden door/Pintu papan | <input type="checkbox"/> Glass door/Pintu kaca | <input type="checkbox"/> Others (please specify)
Lain-lain (sila nyatakan) _____ |
| <input type="checkbox"/> Collapsible iron gate/Pintu besi boleh lipat | <input type="checkbox"/> Roller shutter/Penutup bergulung | |

Rear entrance/Pintu belakang

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Wooden door/Pintu papan | <input type="checkbox"/> Glass door/Pintu kaca | <input type="checkbox"/> Others (please specify)
Lain-lain (sila nyatakan) _____ |
| <input type="checkbox"/> Collapsible iron gate/Pintu besi boleh lipat | <input type="checkbox"/> Roller shutter/Penutup bergulung | |

Window/Tingkap

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Iron bars/Palang besi | <input type="checkbox"/> Iron grille/Jeriji besi | <input type="checkbox"/> Others (please specify)
Lain-lain (sila nyatakan) _____ |
|--|--|---|

If opt for Machinery Breakdown
Jika memilih Polisi Kerosakan Jentera

Please provide a list and value of machinery and equipment to be insured.
Sila sertakan senarai dan nilai jentera dan kelengkapan yang akan diinsuranskan.

If opt for Electronic Equipment
Jika memilih Polisi Peralatan Elektronik

Please provide a list and value of electronic equipment to be insured.
Sila sertakan senarai dan nilai peralatan elektronik yang akan diinsuranskan.

If opt for Fidelity Guarantee
Jika memilih Polisi Jaminan Kesetiaan

Please provide number of employees.
Sila nyatakan bilangan pekerja.

General Information / Maklumat Am

- | | Yes / Ya | No / Tidak |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Is there any other business conducted in the premises within the same lot?
Adakah perniagaan lain turut dijalankan di premis dalam lot yang sama? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Is there any hazardous trade carried out in or near the premises to be insured? If yes, please give details
Adakah sebarang perniagaan berbahaya dijalankan dalam atau berdekatan premis yang dicadangkan untuk diinsuranskan? Jika ya, sila berikan butir-butirnya | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Have you suffered any loss in respect of the above insurance coverage or sustained any injuries or hospitalized due to accident during the last 5 years? If yes, please give details.
Pernahkah anda mengalami sebarang kerugian berhubung perlindungan insurans di atas atau mengalami sebarang kecederaan atau dimasukkan ke hospital akibat kemalangan di dalam tempoh 5 tahun yang lepas? Jika ya, sila berikan butir-butirnya | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Have you been previously/currently insured under any of the section insured herein?
If yes, please state the amount of Sum Insured and the name of the insurance company.
Pernahkah anda sebelum ini/kini dilindungi di bawah mana-mana seksyen diinsuranskan yang dinyatakan?
Jika ya, sila nyatakan Jumlah Diinsuranskan dan nama syarikat insurans tersebut.
Company name/Nama syarikat _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Have you or any person to be insured ever had your or their application for any insurance now proposed been declined, cancelled, refused renewal or subject to any special terms by any other insurance company? If yes, please give details.
Pernahkah anda atau mana-mana orang yang hendak diinsuranskan mempunyai permohonan untuk apa-apa insurans kini dicadangkan ditolak, dibatalkan, tidak diperbaharui atau dikenakan terma-terma khas oleh syarikat insurans lain?
Jika ya, sila berikan butir-butirnya. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Smart 2 Coverage / Perlindungan Smart 2

Period of insurance (both dates inclusive) / Tempoh insurans (termasuk kedua-dua tarikh)
From / Dari

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

 To / Hingga

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

If opt for Group Personal Accident / Jika memilih Kemalangan Diri Berkelompok

Particulars of Persons to be insured / Butir-butir Orang Yang Diinsuranskan

Name of Insured Person Nama Orang yang Diinsuranskan	Gender Jantina	NRIC/Birth Cert. No. No. KP/Sijil Kelahiran	Date of Birth Tarikh Lahir	Occupation Pekerjaan	Benefit(s) Required Manfaat Diperlukan

Are you or any person to be insured generally in good health and free from any physical defect or infirmity?
If no, please give details. / Adakah anda atau mana-mana orang yang hendak diinsuranskan sihat tubuh badan dan tidak mengalami sebarang kecacatan fizikal atau keuzuran? Jika tidak, sila berikan butir-butirnya.

Yes / Ya No / Tidak

Separate Billing for Subsidiary Yes. If opt for separate billing for subsidiary, please provide list of subsidiary details.
Bil Berasingan untuk Subsidiari Ya. Jika memilih Bil Berasingan untuk Subsidiari, sila nyatakan senarai maklumat subsidiari.

No / Tidak

Name of Subsidiary <i>Nama Subsidiari</i>	Company Registration No. <i>No. Pendaftaran Syarikat</i>	Address / Alamat

Declaration By Intermediary/Insurer/Employer / *Pengisytiharan oleh Pengantara/Syarikat Insurans/Majikan*

AML Act 2001 - Verification of Identity of Insured/*Pengesahan Identiti Pihak Diinsuranskan*

Section 16(2) of the Anti Money-Laundering Act 2001 (AML Act 2001) stipulates that a reporting institution is required to verify the identity, occupation or business purpose of any person when establishing or conducting business relations. The verification details are also required to be included in a record.
Seksyen 16(2) Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram 2001 (Akta AML 2001) mensyaratkan institusi terbabit perlu mengesahkan identiti, pekerjaan atau tujuan perniagaan seseorang apabila hendak mewujudkan atau menjalankan hubungan perniagaan. Butiran pengesahan juga perlu direkodkan.

Please tick (✓) in the relevant box below to confirm that the necessary verification has been carried out and provide your signature with the application details.

Sila tandakan (✓) dalam kotak berkenaan bagi mengesahkan bahawa pengesahan yang diperlukan telah dijalankan dan sertakan tandatangan bersama dengan butiran permohonan.

- Non-individual applicant with premiums below or equal to RM50,000 (single policy)**
Pemohon bukan individu dengan premium RM50,000 atau kurang (polisi individu)
 I/We hereby confirm that I/we have sighted the original copy of the Certificate of Registration (Form 9 or 13 or Borang D) and verified the details of the applicant.
Saya/Kami mengesahkan bahawa saya/kami telah melihat salinan asal Perakuan Pendaftaran (Borang 9 atau 13 atau Borang D) dan mengesahkan maklumat pemohon.
- Non-individual applicant with premiums above RM50,000 (single policy)**
Pemohon bukan individu dengan premium melebihi RM50,000 (polisi individu)
 I/We hereby confirm that I/we have sighted the original copy of the Certificate of Registration (Form 9 or 13 or Borang D) and verified the details of the applicant. A copy of the Certificate of Registration (Form 9 or 13 or Borang D) is attached.
Saya/Kami mengesahkan bahawa saya/kami telah melihat salinan asal Perakuan Pendaftaran (Borang 9 atau 13 atau Borang D) dan mengesahkan maklumat pemohon. Salinan Perakuan Pendaftaran (Borang 9 atau 13 atau Borang D) dilampirkan.
- Non-individual applicant with premiums below or equal to RM100,000 (group policy)**
Pemohon bukan individu dengan premium RM100,000 atau kurang (polisi berkelompok)
 I/We hereby confirm that I/we have sighted the original copy of the Certificate of Registration (Form 9 or 13 or Borang D) and verified the details of the applicant.
Saya/Kami mengesahkan bahawa saya/kami telah melihat salinan asal Perakuan Pendaftaran (Borang 9 atau 13 atau Borang D) dan mengesahkan maklumat pemohon.
- Non-individual applicant with premiums above RM100,000 (group policy)**
Pemohon bukan individu dengan premium melebihi RM100,000 (polisi berkelompok)
 I/We hereby confirm that I/we have sighted the original copy of the Certificate of Registration (Form 9 or 13 or Borang D) and verified the details of the applicant. A copy of the Certificate of Registration (Form 9 or 13 or Borang D) is attached.
Saya/Kami mengesahkan bahawa saya/kami telah melihat salinan asal Perakuan Pendaftaran (Borang 9 atau 13 atau Borang D) dan mengesahkan maklumat pemohon. Salinan Perakuan Pendaftaran (Borang 9 atau 13 atau Borang D) dilampirkan.

• **Premium Warranty / Waranti Premium**
 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./*Dengan waranti ini, Polisi Insurans ini akan dibatalkan secara automatik melainkan premium penuh dibayar kepada penanggung insurans dalam tempoh 60 hari dari tarikh bermulanya perlindungan*

- We may ask you additional questions if required.
Kami mungkin meminta anda menjawab soalan tambahan jika diperlukan.
- The questions on this proposal form and any other details we specifically request relate to facts which we consider material to underwrite this insurance. However, because no list of questions can be exhaustive, please consider whether there is any other material information which is known to you which could influence our assessment and acceptance of the risk.
Soalan-soalan di dalam borang cadangan ini dan maklumat lain yang kami minta adalah berkait dengan fakta yang kami anggap penting kepada pengunderaitan insurans ini. Walaubagaimanapun, sila pertimbangkan jika ada maklumat penting lain yang anda tahu yang boleh mempengaruhi penilaian dan penerimaan risiko kami.

Important Notices / *Notis Penting*

- 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.
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, jika tidak ia boleh menyebabkan pembatalan kontrak insurans, keengganan atau pengurangan ganti rugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda.
- The above duty of disclosure shall continue until the time your contract of insurance is entered into, varied or renewed with us.
Kewajipan pendedahan di atas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami
- 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.
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.

Applicable for Purchase of Group Insurance Policy / Digunakan untuk Pembelian Polisi Insurans Kumpulan

I/We (who purchase the group insurance policy) hereby confirm that I/we have sighted the original copy of the NRIC/Passport/Business Registration Certificate* and verified the details of the persons covered under the group policy.

Saya/Kami (yang membeli polisi insurans kumpulan) dengan ini mengesahkan bahawa saya/kami telah menyemak Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Pendaftaran Perniagaan yang asal dan mengesahkan butiran orang yang dilindungi di bawah polisi kumpulan.*

*Please delete where not applicable/Sila potong mana yang tidak berkenaan

Signature/Tandatangan

Name>Nama: _____

IC No./No. Kad Pengenalan _____

Date/Tarikh:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

Tokio Marine Insurans (Malaysia) Berhad is licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia.
Tokio Marine Insurans (Malaysia) Berhad dilesenkan di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan dikawalselia oleh Bank Negara Malaysia.