



PROGRESSIVE INSURANCE BHD (19002-P)

7th, 9th & 10th Floor, Menara BGI, Plaza Berjaya, No. 12, Jalan Imbi, 55100 Kuala Lumpur,
P.O. Box 10028, 50700 Kuala Lumpur.

Tel: 03-2118 8000 Fax: 03-2118 8100, 2118 8101, 2118 8102 & 2118 8103

Website: www.progressiveinsurance.com.my

AJENSI/AGENCY

RANGKAIAN CAWANGAN / BRANCH NETWORK

BUTTERWORTH	2755, Ground & 1st Floor, Jalan Chain Ferry, Taman Inderawasih, 13600 Prai, Seberang Prai Tengah, Penang.	Tel: +60 4397 7128	Fax: +60 4397 7126
JOHOR BAHRU	No. 17-01, Jalan Kebun Teh 1, Pusat Perdagangan Kebun Teh, 80250 Johor Bahru, Johor.	Tel: +60 7227 0991/2	Fax: +60 7227 0996
MELAKA	13-A, Jalan Melaka Raya 24, Taman Melaka Raya, 75000 Melaka.	Tel: +60 6288 3831	Fax: +60 6288 3832
KOTA KINABALU	Ground Floor & 7th Floor, Wisma Perkasa, Jalan Gaya, Kota Kinabalu, Sabah, P.O. Box 13936, 88845 Kota Kinabalu, Sabah.	Tel: +60 8824 4216	Fax: +60 8821 8004
KUCHING	Ground Floor, Lots 216 & 217, Jalan Haji Taha, 93400 Kuching, P.O. Box 2749, 93754 Kuching, Sarawak.	Tel: +60 8225 1788	Fax: +60 8242 3960
SANDAKAN	1st Floor, Lot 1, Block 3, Bandar Indah, Mile 4, North Road, 90000 Sandakan, Sabah.	Tel: +60 8923 8810	Fax: +60 8923 7709

BORANG CADANGAN INSURANS PAMPASAN PEKERJA WORKMEN'S COMPENSATION INSURANCE PROPOSAL FORM

NOTIS PENTING / IMPORTANT NOTICE

KENYATAAN MENURUT SEKSYEN 149(4) AKTA INSURANS, 1996. Anda perlu memberitahu di dalam borang cadangan ini, secara penuh dan jujur, segala fakta-fakta yang anda tahu atau patut tahu, jika tidak polisi yang dikeluarkan lanjutan darinya boleh menjadi tidak sah.
STATEMENT PURSUANT TO SECTION 149(4) OF THE INSURANCE ACT, 1996. You are to disclose in this proposal form, fully and faithfully all the facts which you know or ought to know, otherwise the policy issued hereunder may be void.

WARANTI PREMIUM

Perhatian anda dibawa kepada waranti premium 60 hari berkenaan dengan polisi ini. Syarat penting dan mutlak khusus bagi kontrak insurans ialah bahawa premium kena dibayar mestilah dibayar dan diterima oleh penanggung insurans dalam masa enam puluh (60) hari dari tarikh permulaan polisi / pengendorsan / sijil pembaharuan.

Jika syarat ini tidak dipatuhi maka kontrak ini dibatalkan secara automatik dan penanggung insurans adalah berhak terhadap premium prorata dalam tempoh mereka menanggung risiko.

PREMIUM WARRANTY

Your attention is drawn to the 60 days premium warranty attached to the policy. It is a fundamental and absolute special condition of this contract of Insurance that the premium due must be paid and received by the Company within sixty (60) days from the inception date of this policy / endorsement / renewal certificate.

If this condition is not complied with then this contract is automatically cancelled and the Company shall be entitled to the pro-rata premium for the period they have been on risk.

KLAUSA SYARAT TERDAHULU

Kesahihan polisi ini adalah tertakluk kepada syarat-syarat terdahulu iaitu:

Penama yang dinamakan didalam risiko yang diinsuranskan tidak pernah mempunyai sebarang perlindungan insurans yang telah diberhentikan dalam

- Tempoh 12 bulan sebelumnya atas sebab, samada sepenuhnya atau pun sebaliknya, pelanggaran sebarang syarat waranti premium.
- Jika penama yang diinsuranskan telah membuat pengistiharan bahawa ia pernah melanggar mana-mana peraturan waranti premium didalam polisi insurans terdahulu yang dikeluarkan oleh mana-mana syarikat insurans yang lain dalam tempoh 12 bulan sebelum permohonan.
 - Orang yang diinsuranskan hendaklah melunaskan sepenuhnya mana-mana bayaran premium yang tertunggak untuk tempoh risiko yang ditentukan oleh syarikat insurans terdahulu yang mana pengiraannya adalah berdasarkan pengiraan jangkamasa pendek seperti amalan biasa keatas Polisi terdahulu.
 - Salinan bukti pembayaran penuh premium yang tertunggak dari syarikat insurans terdahulu sebelum sebarang perlindungan, perendorsan atau pembaharuan insurans bermula.

CONDITION PRECEDENT CLAUSE

The validity of this Policy is subject to the condition precedent that:

- for the risk insured, the name insured has never had any insurance terminated in the last 12 months due solely or in part to a breach of any Premium Warranty condition; or*
- if the named insured has declared that it has breached any Premium Warranty condition in respect of a previous policy taken up with another insurer in the last 12 months:*
 - the named insured has fully paid all outstanding premium for time on risk calculated by the previous insurer based on the customary short period rate in respect of the previous policy; and*
 - a copy of the evidence of premium paid from the previous insurer to this effect is first provided by the named insured to the Company before cover incepts.*

JIKA TERDAPAT SEBARANG KERAGUAN DAN KONFLIK DI ANTARA VERSI BAHASA INGGERIS DENGAN TERJEMAHANNYA BORANG CADANGAN DAN PENGAKUAN PENCADANG, VERSI BAHASA INGGERIS AKAN DIGUNAKAN.

IN THE EVENT OF DOUBT OR CONFLICT BETWEEN THE ENGLISH AND THE TRANSLATED VERSIONS OF THIS PROPOSAL FORM AND DECLARATION, THE ENGLISH VERSION SHALL PREVAIL.

RINGKASAN PENGECEUALIAN / SUMMARY OF EXCLUSIONS

Syarikat tidak akan bertanggungjawab di bawah polisi ini untuk perkara-perkara berikut:

- (a) sebarang kecederaan yang disebabkan oleh kemalangan atau penyakit yang disebabkan oleh peperangan atau serangan oleh musuh asing (samada peperangan yang diistiharkan atau sebaliknya) perang saudara atau pemberontakan awam atau pemberontakan tentera atau revolusi atau rampasan kuasa.
- (b) liabiliti pengambil insurans kepada mana-mana kakitangan kontraktor-kontraktor kepada pengambil insurans.
- (c) mana-mana pekerja yang bukan merupakan seorang "pekerja" menurut takrif undang-undang.
- (d) apa-apa liabiliti pengambil insurans yang disebabkan oleh kewujudan suatu perjanjian yang mana liabiliti sedemikian tidak akan timbul jika sekiranya perjanjian sedemikian tidak wujud.
- (e) sebarang jumlah yang sepatutnya berhak diterima oleh pengambil insurans daripada pihak ketiga tetapi tidak diterima disebabkan wujudnya perjanjian diantara pengambil insurans dan pihak ketiga yang dimaksudkan.
- (f) sebarang liabiliti didalam apa jua bentuk yang disebabkan secara langsung atau tidak langsung daripada:
 - (i) bahan-bahan senjata nuklear
 - (ii) sinaran pengionan atau pencemaran oleh bahan radioaktif daripada mana-mana bahanapi nuklear atau daripada sisa buangan nuklear atau daripada pembakaran bahanapi nuklear, dan bagi maksud dibawah pengecualian ini, pembakaran adalah termasuk proses pembelahan nuklear.

The Company shall not be liable under this Policy in respect of:

- (a) *any injury by accident or disease directly attributable to war invasion act of foreign enemy hostilities (whether war be declared or not) civil war mutiny insurrection rebellion revolution or military or usurped power*
- (b) *the Insured's liability to employees of contractors to the Insured*
- (c) *any employee who is not a "workman" within the meaning of the Law(s)*
- (d) *any liability of the Insured which attaches by virtue of an agreement but which would not have attached in the absence of such agreement*
- (e) *any sum which the Insured would have been entitled to recover from any party but for an agreement between the Insured and such party*
- (f) *any liability of whatsoever nature directly or indirectly caused by or contributed to by or arising from:*
 - (i) *nuclear weapons material*
 - (ii) *ionising radiations or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or from any nuclear waste from the combustion of nuclear fuel and for the purposes of this exception combustion shall include any self-sustaining process of nuclear fission.*

A. MAKLUMAT PENCADANG / PARTICULARS OF PROPOSER

1. Nama Pencadang / Name of Proposer : _____

2. Alamat Pos / Postal Address : _____

3. Poskod / Postcode : _____

4. No. Telefon / Tel No : _____

5. No. Telefon Bimbit / Handphone No. : _____

6. Alamat E-mail / E-mail Address : _____

Perlindungan : Pampasan kepada pekerja bagi kecederaan diri kerana kemalangan dan penyakit yang timbul disebabkan pekerjaan

The cover is to provide compensation to workman for personal injury by accident and disease arising out of and in the course of employment

Sila nyatakan sama ada "Common Law Liability" diperlukan
 Please state whether Common Law Liability is required

Ya / Yes Tidak / No

Had mana-mana satu pekerja
 Limit any one workman : _____

Had mana-mana satu peristiwa
 Limit any one event : _____

Jenis Perniagaan Pencadang / Business of Proposer : _____

Tempoh Insurans / Period of Insurance : Dari / From : _____ Hingga / To : _____

DATA PERIBADI

(Lengkapkan jika Pencadang adalah individu)
PERSONAL DATA
 (Complete if Proposer is an individual)

Jantina / Sex :

Tarikh Lahir / Date of Birth :

No. KP Lama / Old IC No. :

No. KP Baru / New IC No. :

Pekerjaan / Occupation :

Taraf Perkahwinan / Marital Status :

Bujang
Single

Berkahwin
Married

Lain-lain
Others

Bangsa / Race :

Melayu
Malay

Cina
Chinese

India
Indian

Lain-lain
Others

Tempat Pekerjaan/Kontrak
 Place(s) of Employment/Contract _____

Butir-butir kerja yang terlibat didalam cadangan ini
 Particulars of work to which this proposal relates _____

B. DISKRIPSI MENGENAI PEKERJAAN PEKERJA / SCHEDULE OF PERSONS EMPLOYED

Diskripsi mengenai Pekerjaan Pekerja (Pekerja Subkontraktor boleh dimasukkan) <i>Description of Workmen's Occupation (Subcontractor's workmen may be included)</i>	Anggaran Untuk Tempoh Insurans <i>Estimate for Insurance Period</i>				Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja For Office Use Only		
	Anggaran Bilangan Pekerja <i>Est. No. of Workmen</i>	Bayaran Upah / Gaji Wages / Salaries	Elaun* <i>Allowance in kind*</i>	Jumlah Pendapatan Total <i>Total Earnings</i>	Kadar Rate	Endn Endt	Kod Tariff <i>Tariff Code</i>

* Sila berikan anggaran alaun seperti perumahan percuma, makanan dan lain-lain manfaat.

* Please estimate the allowances in kind such as free housing, food, and other benefits.

Nama Subkontraktor jika ada

Name of Subcontractor(s) if any _____

Adakah upah kepada pekerja-pekerjanya (mereka) termasuk di atas?

Are wages of his (their) workmen included above?

Ya / Yes

Tidak / No

C. PENERANGAN RISIKO / DESCRIPTION OF RISKS

1)	Adakah anda menginsuranskan semua pekerja? Jika tidak, sila berikan keterangan mengenai jenis pekerjaan yang dikecualikan daripada insurans ini. <i>Are you insuring all employees? If not, please give details of occupation(s) excluded from this insurance</i>	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No
2)	(a) Adakah cara kerja loji dan mesin anda ditandakan dengan jelas, berpagar dan diawasi atau disenggarakan mengikut keperluan Kerajaan? <i>Are your ways, works plants and machineries properly marked, fenced and guarded or otherwise maintained in accordance with Government requirements?</i> (b) Adakah premis anda disenggarakan dalam keadaan baik? <i>Are your premises maintained in a good state of repair?</i>	(a) <input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No
3)	Adakah anda atau sesiapa yang diinsuranskan terlibat dengan penggunaan asid, bahan kimia, bahan letupan, gas atau bahan-bahan lain yang merbahaya? Jika ya, sila berikan keterangan penuh (termasuk jenis bahan-bahan, tahap pgunaan atau penglibatan dan apakah langkah-langkah keselamatan yang diambil). <i>Do you or any other person herein to be insured handle or use acids, chemicals, explosives, gases or other dangerous substances? if yes, please give full particulars (including type of substance, extent of use or handling and what safety and security measures are employed).</i>	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No
4)	Adakah anda atau sesiapa yang diinsuranskan terlibat dengan penggunaan radioaktif isotape, bahan-bahan radioaktif atau lain-lain sumber bahan pengionan radioasi? Jika ya, sila nyatakan secara terperinci. <i>Do you or any other person herein to be insured handle or use radioactive isotapes, radioactive substances or other source of ionizing radiation? If yes, please give full particulars.</i>	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No
5)	a) Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan terlibat di dalam pengilangan, proses membuat lapisan pelindung atau terlibat dengan penggunaan asbestos atau bahan yang mengandungi silika? <i>Do you or any other person herein to be insured manufacture, dress, handle or use asbestos or material containing silica?</i> b) Adakah anda mempunyai foundri? <i>Do you have a foundry?</i> c) Adakah anda mempunyai dandang atau kebuk tekanan kuasa wap? <i>Do you have any boilers or steam pressure vessels?</i> d) Adakah anda menggunakan lif, jentera angkat atau kren? <i>Do you use lifts, hoists or cranes?</i> Jika ya kepada mana-mana perkara diatas, sila nyatakan secara terperinci. <i>If yes to any of the above, please give full particulars</i>	(a) <input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No
		(b) <input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No
		(c) <input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No
		(d) <input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No

G. PENGAKUAN DARI EJEN/PEGAWAI / DECLARATION BY AGENT/OFFICERS

Saya yang bertandatangan dibawah telah melihat sendiri Kad Pengenalan yang asal dan mengenai pasti diri pemohon melalui Kad Pengenalan atau lain-lain dokumen seperti _____

I have sighted the original NRIC and verified the identity of the proposer through the use of NRIC or other documents such as _____

Nama dan tandatangan Ejen / Pegawai
Name and signature of Agent / Officer

No. Kad Pengenalan / NRIC No.

Perhatian / Note :

Satu salinan Kad Pengenalan mestilah diperolehi dari pemohon jika premium melebihi RM50,000.00 untuk polisi insurans perseorangan sahaja. /
A copy of the NRIC must be obtained from the proposer, for individual insurance policies only, where the premium is more than RM50,000.00.

H. CARA PEMBAYARAN / MODE OF PAYMENT

Bayaran tunai / payment by cash RM _____

Bayaran cek dibayar kepada / Payment by cheque made payable to : **Progressive Insurance Bhd** No. Cek / Cheque No. _____ RM _____

Saya dengan ini membenarkan Progressive Insurance Bhd mengenakan caj premium berikut akaun VISA / MasterCard saya: RM _____
I hereby authorise Progressive Insurance Bhd to charge to my VISA / MasterCard account my premium of:

No. Kad Kredit / Credit Card No.

Bank Pengeluar / Issuing Bank

Tarikh luput kad / Card expiry date

Tandatangan Pemegang Kad / Cardholder's Signature

Tarikh / Date