

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

AJENSI/AGENCY

<b>RANGKAIAN CAWANGAN / BRANCH NETWORK</b>			
<b>HEAD OFFICE</b>	6 <sup>th</sup> , 9 <sup>th</sup> & 10 Floor, Menara Cosway, Plaza Berjaya, No. 12, Jalan Imbi, 55100 Kuala Lumpur, P.O. Box 10028, 50700 Kuala Lumpur.	Tel: +603-2118 8000	Fax: +603-2118 8098
<b>KOTA KINABALU</b>	Ground & 7 <sup>th</sup> Floor, Wisma Perkasa, Jalan Gaya, P.O. Box 13936, 88845, Kota Kinabalu, Sabah.	Tel: +6088-244 216	Fax: +6088-218 004
<b>KUCHING</b>	Sublot 11 & 12, Lots 9966 & 9967, First Floor, Premium 101, Jalan Tun Jugah, 93350 Kuching, P.O. Box 2749, 93754 Kuching, Sarawak.	Tel: +6082-25 1788	Fax: +6082-423 960
<b>SANDAKAN</b>	1 <sup>st</sup> Floor, Lot 1, Block 3, Bandar Indah, Mile 4, North Road, 90000 Sandakan, Sabah	Tel: +6089-238 810	Fax: +6089-237 709
<b>JOHOR BAHRU</b>	No. 17-01, Jalan Kebun Teh 1, Pusat Perdagangan Kebun Teh, 80250 Johor Bahru, Johor.	Tel: +607-227 0991/2	Fax: +607-227 0996
<b>BUTTERWORTH</b>	2755, Ground & 1 <sup>st</sup> Floor, Jalan Chain Ferry, Taman Inderawasih, 13600 Prai, Seberang Prai Tengah, Penang.	Tel: +604-397 7128	Fax: +604-397 7126
<b>MELAKA</b>	13-A, Jalan Melaka Raya 24, Taman Melaka Raya, 75000 Melaka.	Tel: +606-288 3831	Fax: +606-288 3832
<b>ALOR SETAR</b>	No. 223, Tingkat Dua, Jalan Gangsa, Taman Perindustrian Ringan Kristal, 05150 Alor Setar.	Tel: +604-7339846	Fax: +604-7339691

**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

- a) Tempoh 12 bulan sebelumnya atas sebab, samada sepenuhnya atau pun sebaliknya, pelanggaran sebarang syarat waranti premium.
- b) Jika penama yang diinsuranskan telah membuat pengistiyahiran 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.
  - i) 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 jangka masa pendek seperti amalan biasa keatas Polisi terdahulu.
  - ii) 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:*

- a) *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*
- b) *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:*
  - i) *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*
  - ii) *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 incept.*

Manfaat-manfaat yang dibayar di bawah produk yang layak adalah dilindungi oleh PIDM sehingga had perlindungan. Sila rujuk Brosur Sistem Perlindungan Manfaat Takaful dan Insurans PIDM atau hubungi Progressive Insurance Bhd atau PIDM (layari [www.pidm.gov.my](http://www.pidm.gov.my)) *The benefit(s) payable under eligible product is(are) protected by PIDM up to limits. Please refer to PIDM's TIPS Brochure or contact Progressive Insurance Bhd or PIDM (visit [www.pidm.gov.my](http://www.pidm.gov.my))*

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 PENGECCUALIAN / 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 : \_\_\_\_\_

<b>DATA PERIBADI</b> (Lengkapkan jika Pencadang adalah individu) <b>PERSONAL DATA</b> (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 :	<input type="checkbox"/> Bujang Single <input type="checkbox"/> Berkahwin Married <input type="checkbox"/> Lain-lain Others
	Bangsa / Race :	<input type="checkbox"/> Melayu Malay <input type="checkbox"/> Cina Chinese <input type="checkbox"/> India Indian <input type="checkbox"/> 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		
	Angkaran Bilangan Pekerja <i>Est. No. of Workmen</i>	Bayaran Upah / Gaji Wages / Salaries	Elaun* Allowance in kind*	Jumlah Pendapatan Total Earnings	Kadar Rate	Endn Endt	Kod Tariff Tariff Code

\* 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 penggunaan 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

### D. SEJARAH INSURANS / INSURANCE HISTORY

1)	Adakah anda diinsuranskan sekarang atau pernahkah anda mengemukakan cadangan insurans berkaitan liabiliti kepada pekerja anda? Jika ya, sila nyatakan nama penanggung insurans. <i>Are you at present insured, or have you ever proposed for any insurance in respect of your liability to your employees? If yes, please state name of insurers.</i>	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No
2)	Pernahkah mana-mana penanggung insurans: <i>Has any insurer ever:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) menolak cadangan anda? <i>declined your proposal?</i></li> <li>b) enggan memperbaharui polisi anda? <i>refused to renew your policy?</i></li> <li>c) membatalkan polisi anda? <i>cancelled your policy?</i></li> <li>d) memerlukan kenaikan kadar atau mengenakan syarat-syarat khas? <i>required an increased rate or imposed special conditions?</i></li> </ul> 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
3)	Pernahkah pekerja anda mengalami kecederaan atau penyakit yang timbul semasa menjalankan pekerjaan dalam tempoh tiga tahun yang lalu? Jika ya, sila berikan keterangan penuh ke atas bilangan pekerja yang terlibat dan jumlah amaun bayaran pampasan dan baki yang belum dibayar. <i>Have your workmen for the past three years sustained any bodily injury or disease arising out of and in the course of employment?</i> <i>If yes, please give full details of the number of workmen involved and the total compensation paid and remaining unpaid.</i>	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No

### E. PEMBAYARAN BALIK PREMIUM / REFUND OF PREMIUMS

Jika sekiranya terdapat sebarang pembayaran balik premium kepada Pemegang Polisi ini, pihak Syarikat akan membayar balik bayaran tersebut melalui cara E-Bayaran ke salah satu akaun berikut:  
*In the event of any refund due on this policy, we will arrange remittance of the refund to the policy holder through E-Payment channel into one of the accounts below:*

#### CARA PEMBAYARAN BALIK / PAYMENT METHOD

(a)	Nama Pihak Diinsuranskan / <i>Name of Insured Party</i> :										
(b)	Alamat E-Mail / <i>E-Mail Address</i> :										
(c)	No. K/P / No. Pasport / K/P Askar atau Polis / No. Pendaftaran Syarikat : <i>NRIC No. / Passport No. / Army or Police ID / Business Regn. No.</i>										
(d)	No. Akaun Simpanan : <i>Saving Account No.</i>										
		Nama Bank / <i>Name of Bank</i> : Cawangan Bank / <i>Branch of Bank</i> :									
(e)	No. Akaun Semasa : <i>Current Account No.</i>										
		Nama Bank / <i>Name of Bank</i> : Cawangan Bank / <i>Branch of Bank</i> :									

### F. PENGAKUAN DARI PENCADANG / DECLARATION BY PROPOSER

Saya/Kami mengakui dan mengesahkan bahawa sepanjang pengetahuan saya/kami kenyataan yang tercatat dalam borang ini adalah benar dan betul. Saya/Kami setuju bahawa cadangan serta akaun yang dibuat ini akan menjadi asas kepada perjanjian di antara saya/kami dengan pihak Progressive Insurance Bhd.  
*I/We declare that the above answers are true to the best of my/our knowledge and belief and that I/we have disclosed all particulars affecting the assessment of the risk. I/We agree that this proposal and declaration shall be the basis of the contract between me/us and Progressive Insurance Bhd.*

\_\_\_\_\_  
 Tarikh / *Date*

\_\_\_\_\_  
 No. Kad Pengenalan / *NRIC No.*

\_\_\_\_\_  
 Tandatangan Pemohon / Cop Syarikat  
*Signature / Company Stamp*

### 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

## KETERANGAN & KENYATAAN POLISI / DISCLOSURE & POLICY STATEMENT

- Di bawah rangka kewaspadaan Kawalan Korporat, cara-cara berikut telah disediakan kepada sesiapa yang ingin membuat aduan:-  
*Under the prudential framework of Corporate Governance the following avenues have been set up to handle customer grievances:-*
  - Pegawai Khidmat Pelanggan Progressive Insurance Bhd (19002-P) ("Syarikat") di Tel: 1-800-888-458 atau Faks: 603 2118 8103. Bagi bahagian cawangan, segala aduan boleh ditujukan kepada Pengurus Cawangan yang akan memanjangkan kepada Pegawai Khidmat Pelanggan.  
*The Customer Care Officer of Progressive Insurance Bhd (19002-P) ("Company") at Tel: 1-800-888-458 or Fax: 603 2118 8103. At branch level, complaints can be received by the respective Branch Managers who will direct it to the Customer Care Officer.*
  - Perkhidmatan Ombudsman Pasaran Kewangan (FMOS) di Tel: 03-2272 2811 atau Faks: 03-2272 1577  
Pemegang polisi yang tidak berpuas hati dengan keputusan sesebuah syarikat insurans boleh menulis surat aduan kepada FMOS dengan butir-butir pertikaian, nama syarikat insurans dan nombor polisi. Salinan surat antara pemegang polisi dan pihak syarikat insurans perlu diserahkan kepada FMOS untuk rujukan.  
*Financial Market Ombudsman Services (FMOS) at Tel: 03-2272 2811 or Fax: 03-2272 1577*  
*Any policyholder who is not satisfied with the decision of an insurance company may write to the FMOS, giving details of the dispute, the name of the insurance company and the policy number. Copies of the correspondence between the policyholder and the insurance company must be submitted to facilitate FMOS's reference.*  
  
Pihak Syarikat adalah terikat kepada keputusan FMOS. Pemegang polisi boleh memilih sama ada bersetuju atau tidak. Persetujuan hanya diterima secara bertulis dalam tempoh 14 hari. Pihak Syarikat akan menyelesaikan tuntutan dalam tempoh 30 hari dari persetujuan pemegang polisi. Sekiranya pemegang polisi tidak berpuas hati dengan keputusan FMOS, beliau boleh memilih untuk mengambil tindakan alternatif undang-undang. Tidak ada yuran bayaran yang dicaj untuk perkhidmatan FMOS.  
*An award of the FMOS is binding on the Company. The policyholder can choose to accept or not. Acceptance is acknowledged only if it is in writing within 14 days of the decision. The Company shall settle the award within 30 days of policyholder's acceptance. But if the policyholder is not satisfied, he can reject the FMOS's decision and pursue an alternative legal recourse instead. There is no fee charged for service of the FMOS.*  
  
Alamat ialah / *The address is:-* **Financial Markets Ombudsman Service / Perkhidmatan Ombudsman Pasaran Kewangan (FMOS)**  
Tingkat 14, Blok Utama  
Menara Takaful Malaysia  
No. 4, Jalan Sultan Sulaiman  
50000 Kuala Lumpur
  - Laman Informasi Nasihat dan Khidmat di Bank Negara Malaysia (BNM) di Tel: 1-300-88-5465 atau Faks: 03-2174 1515.  
Pemunya polisi yang tidak puas hati dengan bimbingan pihak syarikat insurans boleh membuat aduan kepada Jabatan Komunikasi Korporat di BNM dengan butir-butir pertikaian, nama pihak syarikat insurans dan nombor polisi atau nombor tuntutan. Sokongan dokumen perlu diserahkan untuk rujukan.  
*Laman Informasi Nasihat dan Khidmat of Bank Negara Malaysia (BNM) at Tel: 1-300-88-5465 or Fax: 03-2174 1515.*  
*Any policyholder who is not satisfied with the conduct of an insurance company may write to the Corporate Communication Department of BNM, giving details of the complaint, the name of the insurance company and the policy number or the claim number. Documentary support should be provided to facilitate reference.*  
  
Alamat ialah / *The address is:-* Pengarah  
Bank Negara Malaysia  
Laman Informasi Nasihat dan Khidmat (BNMLINK)  
Tingkat 4, Podium Bangunan AICB,  
No. 10, Jalan Dato' Onn,  
50480 Kuala Lumpur  
URL: [bnm.gov.my/BNMLINK](http://bnm.gov.my/BNMLINK)
- Bersandarkan Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram & Pencegahan Pembiayaan Keganasan 2001, sebarang 'Transaksi yang Mencurigakan' seperti yang termaktub di bawah undang-undang hendaklah dilaporkan kepada pihak berkuasa yang berkenaan di Bank Negara Malaysia.  
*By virtue of the Anti-Money Laundering & Anti-Terrorism Financing Act 2001, any 'Suspicious Transaction' as classified by the law is required to be reported to the Competent Authority at Bank Negara Malaysia.*
- Boleh dikatakan di mana terdapat konflik atau kekaburan berkenaan makna dalam peruntukan Bahasa Inggeris atau peruntukan Bahasa Malaysia tentang mana-mana bahagian kontrak, adalah dipersetujui bahawa versi kontrak Bahasa Inggeris akan mengatasi dan diikuti.  
*For all intents and purposes where there is a conflict or ambiguity as to the meaning in the English provisions or the Bahasa Malaysia provisions of any part of the contract, it is hereby agreed that the English version of the contract prevails.*
- KEBENARAN UNTUK MENGGUNAKAN MAKLUMAT PERIBADI :** Mana-mana maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh pihak Syarikat (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) yang diberikan kepada pihak Syarikat dan boleh dipegang, digunakan dan didedahkan oleh pihak Syarikat kepada individu, badan atau organisasi yang menyediakan perkhidmatan, organisasi yang berkaitan dengan Syarikat atau mana-mana pihak ketiga yang dipilih (dalam atau luar Malaysia, termasuk syarikat-syarikat reinsurans dan penyiasatan tuntutan dan persatuan/perbadanan industri) bagi tujuan menyimpan dan memproses permohonan ini dan memberikan perkhidmatan seterusnya untuk produk dan perkhidmatan kewangan Syarikat dan pemadanan data, soal selidik dan untuk berkomunikasi dengan saya/kami untuk tujuan seperti itu. Saya/ Kami faham bahawa saya/kami berhak memperoleh akses kepada, dan membuat pembedahan kepada apa-apa maklumat peribadi yang dipegang oleh pihak Syarikat berkaitan dengan saya/kami. Permohonan seperti itu boleh dibuat secara menulis kepada pihak Syarikat di Data Protection Officer, Progressive Insurance Bhd, Level 6,9 dan 10, Menara Cosway, Plaza Berjaya, 12, Jalan Imbi, 55100 Kuala Lumpur atau menelefon: 1-800-888-458, Fax: 603 2118 8103 or Email : [customercare@progressiveinsurance.com.my](mailto:customercare@progressiveinsurance.com.my)  
Dengan menyerahkan maklumat peribadi anda, anda menunjukkan persetujuan anda untuk membenarkan pihak Syarikat berkomunikasi dengan anda berkenaan produk terbaru, perkhidmatan dan acara-acara baru pihak Syarikat. Jika anda tidak mahu dihubungi oleh pihak Syarikat, anda boleh pilih keluar bila-bila masa dengan menulis kepada pihak Syarikat seperti di atas.  
  
**CONSENT TO USE OF PERSONAL DATA :** *Any personal information collected or held by the Company (whether contained in this application or otherwise obtained) is provided to the Company and may be held, used and disclosed by the Company to individuals, service providers and organizations associated with the Company or any other selected third parties (within or outside of Malaysia, including reinsurance and claims investigation companies and industry associations) for the purpose of storing and processing this application and providing subsequent service(s) for this purpose, the Company's financial products and services and data matching, surveys and to communicate with me/us for such purposes. I/We understand that I/We have the right to obtain access to and to request correction of any personal information held by the Company concerning me/us. Such request can be made by writing to the Company at Data Protection Officer, Progressive Insurance Bhd, Level 6,9 and 10, Menara Cosway, Plaza Berjaya 12, Jalan Imbi, 55100 Kuala Lumpur or phone : 1-800-888-458, Fax : 603 21188103 or Email: [customercare@progressiveinsurance.com.my](mailto:customercare@progressiveinsurance.com.my)*  
*By submitting your personal information, you are indicating your consent to allow the Company to keep you posted on the Company's latest products, services and upcoming events. If you do not wish to be contacted by the Company, you can opt out anytime by writing to the Company as above.*