

PROPOSAL FORM MYLIABILITY INSURANCE SURAT PERMOHONAN ASURANSI MYLIABILITY

Please complete this proposal form. Wherever tick boxes () appear, please tick () as appropriate. If insufficient space is provided for your answers, please continue on a separate sheet. No cover is in force until confirmed in writing by the Insurer

Isilah lembar permohonan ini selengkap mungkin. Jika ada kotak pilihan () harap beri tanda (). Jika kotak jawaban tidak mencukupi harap dilanjutkan di lembar terpisah. Penutupan belum berlaku sampai diberikannya persetujuan tertulis dari pihak asuransi.

1 Proposer`s full name <i>Nama lengkap pemohon</i>			
2 (a) Correspondence address <i>Alamat surat menyurat</i>			
(b) Contact telephone no. <i>Nomor telepon</i>		(c) Facsimile no. <i>Nomor Fax</i>	
3 Description of Business <i>Bidang usaha</i>			
4 Period of insurance <i>Jangka waktu asuransi</i>	From <i>Dari</i>		To <i>Sampai</i>
	<small>Dd/Mth/Yr / Tgl/Bln/Thn</small>		<small>Dd/Mth/Yr / Tgl/Bln/Thn</small>

5 (a) Describe the business to be insured and give the address (If a theatre, cinema, restaurant or other place of entertainment, give seating capacity) (If a hotel or resort, please indicate number of rooms)
Jelaskan usaha yang akan diasuransikan dan alamatnya (jika sebuah bioskop atau tempat pertunjukkan berikan kapasitas tempat duduk) (Jika sebuah hotel atau resor, berikan jumlah kamar)

(b) Describe any work which may be undertaken away from the premises
Beri penjelasan mengenai pekerjaan yang dilakukan diluar tempat lokasi

(c) Give the number and estimated annual earnings of persons engaged in the business, including working Principals:
Berikan jumlah dan perkiraan penghasilan tahunan dari orang-orang yang terlibat didalam usaha, termasuk pemilik dan direktur:

	Description <i>Penjelasan</i>	Number <i>Jumlah</i>	Estimated Annual Earnings <i>Perkiraan Penghasilan Tahunan</i>
(i)	Clerical Staff <i>Karyawan Administrasi</i>		
(ii)	All others working at above business <i>Karyawan lainnya yang bekerja pada usaha diatas</i>		
(iii)	All others working elsewhere <i>Karyawan lainnya yang bekerja di lokasi lain</i>		

(d) Describe any work sub-contracted and indicate the estimated annual cost
Berikan penjelasan mengenai pekerjaan yang di kontrakkan ke pihak lain dan indikasi perkiraan biaya tahunan

6 If the insurance is to relate to or include a restaurant cafe or another place where food/drink is served, indicate

Berikan indikasi jika penutupan asuransi berkaitan dengan atau mencakup resiko restoran, kafe atau tempat lainnya dimana makanan/minuman disajikan

(a) the average number of persons served daily
perkiraan jumlah pengunjung setiap hari

(b) do you wish to insure the "food poisoning" risk?
apakah Anda akan mengasuransikan resiko
keracunan makanan ?

Yes No
Ta Tidak

7 If the insurance is to relate to a hotel, how many bedrooms are there?

(N.B. A separate Questionnaire for Hotel risks should be completed)

Jika asuransi berhubungan dengan hotel sebutkan jumlah kamar yang ada

(Catatan: Kuestioner terpisah untuk resiko Hotel harus dilengkapi)

8 (a) Describe any power-operated lifting tackle (e.g. lifts, elevators, cranes, hoists etc)

(N.B. For passenger lifts, indicate capacity in persons. For other lifting tackle, indicate maximum capacity)

Beri penjelasan mengenai mesin pengangkat (contoh: lift, eskalator, derek, kerekan, dll.)

(Catatan: untuk lift penumpang berikan indikasi kapasitas jumlah penumpang. Untuk mesin pengangkat lainnya, berikan indikasi kapasitas maksimum)

(b) At what intervals and by whom are such items inspected ?

Selang berapa lama dan oleh siapa alat-alat tersebut diperiksa ?

9 (a) Give number and description of any boilers or other apparatus operating under internal steam pressure

Berikan jumlah dan penjelasan mengenai boiler atau mesin lainnya yang beroperasi dibawah tekanan uap

(b) At what intervals and by whom are such items inspected ?

Selang berapa lama dan oleh siapa alat-alat tersebut diperiksa ?

10 Give number and details of any mobile plant and/or mechanically-propelled vehicles not licensed for road use and which are used solely on the premises to which this insurance will apply

Berikan jumlah dan rincian dari kendaraan yang tidak mempunyai ijin untuk digunakan di jalan umum dan hanya digunakan dalam lokasi resiko yang ditutup oleh asuransi

11 State the Limit of Indemnity required for any one accident

Tuliskan Batas Penggantian yang diperlukan pada setiap kecelakaan

Rp/US

12 Give details of any radioactive materials, explosives, chemicals or other dangerous substances used, handled or stored in your business

Berikan rincian dari bahan radioaktif, bahan peledak, bahan kimia atau bahan-bahan lainnya yang berbahaya, yang digunakan, ditangani atau disimpan dalam usaha Anda

13 Do you wish to insure against liability arising from goods sold or supplied?

If so, the Products Liability Questionnaire should be completed

Apakah Anda ingin mengasuransikan tanggung gugat yang timbul dari barang yang dijual atau disediakan ?

Yes No
Ta Tidak

Jika ya, harap lengkapi Kuestioner Tanggung Gugat Barang.

14 Are you now insured, or have you ever proposed, for this class of insurance?

Apakah Anda sekarang mempunyai asuransi, atau apakah anda pernah

Yes No
Ta Tidak

mengajukan aplikasi untuk jenis asuransi ini ?

If yes, please give particulars including name of the Insurer
Jika ya, tolong berikan nama Penanggung/Asuransi

--

15 Has any Insurer

Apakah Penanggung pernah

(a) cancelled, declined to accept or to continue your insurance?

membatalkan, menolak untuk menerima atau memperpanjang asuransi Anda ?

Yes

No

Ya

Tidak

(b) required a specially increased premium or imposed special conditions?

menerapkan kenaikan premi atau kondisi khusus ?

Yes

No

Ya

Tidak

In each case above, please give the date and full details including the name of the Insurer

Dalam setiap kasus diatas, harap berikan tanggal dan rincian lengkap termasuk nama Penanggung

--

16 Give particulars of all claims made upon you during the past five years of a type to which this proposal would apply, including the cost, and the estimated cost of unsettled claims

Berikan rincian dari semua klaim yang anda ajukan dalam kurun waktu lima tahun terakhir yang termasuk dalam ruang lingkup aplikasi ini, termasuk biaya, dan estimasi biaya dari klaim yang belum dibayarkan

Claims Klaim	Cost Biaya	Estimated Cost of Unsettled Claims Estimasi biaya dari klaim yang belum dibayarkan

17 Premium Payment Warranty

Any Premium due for cover provided by this Policy including by endorsement or renewal must be received in full

by the Company within sixty (60) days from the inception date of coverage. If the Premium is not paid in full in accordance with the terms of this condition cover is terminated from the expiry date of the Premium Payment Condition period and the Company shall be discharged from all liability from that date and entitled to a pro-rata time on risk premium subject to the Company's normal minimum premium. If this insurance is arranged through an intermediary and the Premium is paid to the intermediary within the above mentioned sixty (60) days period it will be considered as having been paid to the Company provided the Company receive payment within the normal credit period extended to the intermediary. The Company is not obliged to give any notice of termination of cover under the terms of this condition.

Premi yang harus dibayar untuk penutupan polis ini baik untuk penutupan baru, endorsemen atau perpanjangan harus sudah diterima dalam jangka waktu enam puluh (60) hari dari sejak dimulainya penutupan. Jika premi tidak dibayar penuh maka penutupan tidak berlaku lagi terhitung sejak tanggal berakhirnya tenggang waktu ini dan perusahaan asuransi dibebaskan dari segala tanggung jawab sejak tanggal tersebut akan tetapi perusahaan asuransi tetap berhak untuk mendapat pro-rata premi selama resiko ditutup sesuai dengan standar minimum premi yang ditentukan oleh perusahaan. Jika penutupan asuransi dilakukan melalui perantara dan premi dibayarkan kepada perantara dalam tenggang waktu 60 hari tersebut maka premi tersebut dianggap telah dibayarkan kepada perusahaan asuransi sejauh perusahaan asuransi menerima pembayaran premi tersebut dalam tenggang waktu yang diberikan kepada perantara tersebut. Perusahaan asuransi tidak diwajibkan memberitahu pembatalan penutupan polis kepada tertanggung dibawah kondisi ini.

18 Declaration

I/We hereby declare that the above answers and statement are true and that I/We have withheld no information whatever regarding this proposal I/We agree that this declaration and the answers above shall form the basis of the contract between PT Asuransi AXA Indonesia and me/us and I/We further agree to accept indemnity subject to the conditions in and endorsed on the Insurer's policy and to pay all premiums due

Dengan ini saya/kami menyatakan bahwa jawaban-jawaban dan pernyataan saya/kami di atas adalah benar dan saya/kami tidak merahasiakan informasi yang berhubungan dengan proposal ini. Saya/Kami setuju bahwa pernyataan dan jawaban saya/kami menjadi dasar dari kontrak asuransi antara PT Asuransi AXA Indonesia dengan saya/kami dan saya/kami setuju untuk menerima penggantian sesuai dengan kondisi polis ini dan akan membayar premi yang dibebankan

Proposer's name and signature
Nama & Tandatangan Pemohon

Date
Tanggal