

REVIVAL APPLICATION FORM - Direct Marketing - Telemarketing (DMTM)
BORANG PERMOHONAN PENGUATKUASAAN SEMULA - Direct Marketing -
Telemarketing (DMTM)



To be completed in DARK BLACK ink only and tick the boxes as appropriate.
Sila isi dengan menggunakan dakwat HITAM GELAP sahaja dan tandakan dalam petak yang berkenaan.

Policy Number/Nombor Polisi

Life Assured's Name>Nama Hayat Yang Diinsuranskan

Application Date/Tarikh Permohonan

YOUR DUTY OF DISCLOSURE/KEWAJIPAN PENDEDAHAN ANDA

All details required in this form are relevant to our decision on whether to accept the risk, and any rates and terms to be applied. If you are entering into a consumer insurance contract, you have a duty to take reasonable care not to make any misrepresentation to us when completing this form. Such duty of disclosure shall continue until the time your policy is revived pursuant to this form. You would also have to take reasonable care to disclose to us any matter which may not be covered in this form that you know to be relevant to our decision on whether to accept the risk, and the rates and terms to be applied. If the insurance contract that you are entering into is not a consumer insurance contract, you have a duty to disclose to us a matter that you know to be relevant to our decision on whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied or a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant. Such duty of disclosure shall continue until the time your policy is revived pursuant to this form./*Kesemua butir-butir yang diperlukan di dalam borang ini adalah relevan kepada keputusan kami sama ada untuk menerima atau tidak risiko dan kadar dan terma yang hendak dipakai. Jika anda memasuki satu kontrak insurans pengguna, anda mempunyai kewajipan untuk mengambil penjiagaan munasabah untuk tidak membuat salah nyataan kepada kami semasa melengkapkan borang ini. Kewajipan pendedahan ini hendaklah berterusan sehingga ke masa polisi anda dipulihkan/dikuatkuasakan semula menurut borang ini. Anda juga harus mengambil penjiagaan munasabah untuk mendedahkan kepada kami apa-apa perkara, selain yang telah diliputi di dalam borang ini, yang anda tahu sebagai berkaitan kepada keputusan kami sama ada untuk menerima atau tidak risiko dan kadar dan terma yang hendak dipakai. Jika kontrak insurans yang anda memasuki bukan kontrak insurans pengguna, anda mempunyai kewajipan untuk mendedahkan kepada kami sesuatu perkara yang anda tahu sebagai berkaitan kepada keputusan kami sama ada untuk menerima atau tidak risiko dan kadar dan terma yang hendak dipakai atau seorang yang munasabah dalam hal keadaan ini boleh dijangka untuk tahu sebagai berkaitan. Kewajipan pendedahan ini hendaklah berterusan sehingga ke masa polisi anda dipulihkan/dikuatkuasakan semula menurut borang ini.*

Note: "consumer insurance contract" means a contract of insurance entered into, varied, revived or renewed by an individual wholly for purposes unrelated to the individual's trade, business or profession.
Nota: "kontrak insurans pengguna" ertinya suatu kontrak insurans yang dibuat, diubah, dipulihkan/dikuatkuasakan atau diperbaharui oleh seorang individu bagi maksud yang sama sekali tidak berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion individu itu.

PART 1: TYPE OF REVIVAL/BAHAGIAN 1: JENIS PEMULIHAN SEMULA (JUGA DIKENALI SEBAGAI PENGUATKUASAAN SEMULA)

Important Notes/Nota-nota Penting:

- Please note that there might be a risk that your policy will lapse again if no regular payment of premium is made after the revival of your policy.
Sila ambil perhatian bahawa polisi anda mengalami risiko untuk luput lagi sekiranya tidak terdapat bayaran premium yang tetap setelah polisi anda dipulihkan semula (juga dikenali sebagai dikuatkuasakan semula).
- Prudential Assurance Malaysia Berhad ("PAMB") reserves the right to accept or reject this application or revive the lapsed benefit(s) or lapsed policy on modified terms. Where PAMB intends to revive the lapsed benefit(s) or lapsed policy on modified terms, PAMB will notify you specifically on these modified terms.
Prudential Assurance Malaysia Berhad ("PAMB") berhak untuk menerima atau menolak permohonan ini atau memulih kembali (juga dikenali sebagai menguatkuasakan semula) manfaat (manfaat-manfaat) atau polisi yang luput dengan terma yang diubahsuai. Jika PAMB berniat untuk memulih kembali (juga dikenali sebagai menguatkuasakan semula) manfaat (manfaat-manfaat) atau polisi yang luput dengan terma yang diubahsuai, PAMB akan memberi notis kepada anda tentang terma yang diubahsuai tersebut.

I apply for Revival by/Saya memohon untuk Pemulihan Semula secara:

Please tick/ Sila tanda (J)	Types of Revival and the Terms and Conditions for Each Type of Revival/Jenis-jenis Pemulihan Semula serta Syarat dan Terma untuk Setiap Jenis Pemulihan Semula
<input type="checkbox"/>	<p>Repayment of premium plus interest for Automatic Premium Loan ("APL")</p> <ol style="list-style-type: none"> This type of revival is only available to revive lapsed policy that was previously under APL scheme. The policyholder is required to pay the amount of premium plus interest as set by PAMB. <p><i>Pembayaran premium dengan faedah bagi Pinjaman Premium Automatik ("APL")</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Pemulihan semula jenis ini hanya tersedia untuk memulihkan semula polisi yang luput yang mana sebelum ini dibawah skema APL. Pemegang polisi dikehendaki membayar amaun bagi premium dengan faedah seperti yang ditetapkan oleh PAMB.
<input type="checkbox"/>	<p>Payment of Arrears of Premium</p> <ol style="list-style-type: none"> This type of revival allows the policyholder to revive fully the benefits or policy that lapsed immediately before this revival application that was not under the APL scheme. The policyholder is required to make full payment of the arrears of premium together with interest (if any). <p><i>Pembayaran Premium yang Tertunggak</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Pemulihan semula jenis ini membolehkan pemegang polisi memulihkan semula secara penuh semua manfaat atau polisi yang luput sebaik sebelum permohonan pemulihan semula ini yang bukan dibawah skema APL. Pemegang polisi dikehendaki membayar secara penuh premium yang tertunggak bersama-sama dengan faedah (jika ada).

PART 2a: HEALTH QUESTIONNAIRE/BAHAGIAN 2a: SOAL SELIDIK KESIHATAN

This Questionnaire is applicable for Enhanced Hospital Income Plan policy only/Soal selidik seterusnya hanya untuk polisi Enhanced Hospital Income Plan

	Life Assured Hayat Diinsurankan
	Yes No Ya Tidak
<p>1. Have you in the last 12 months been absent from work for a continuous period of more than 2 weeks due to illness or injury? <i>Pernahkah anda dalam tempoh 12 bulan yang lalu tidak bekerja lebih daripada 2 minggu berturut-turut disebabkan oleh penyakit atau kecederaan?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>2. Have you ever been treated or hospitalized for heart problem, cancer, stroke, high blood pressure, diabetes mellitus, kidney problem, or HIV, AIDS or any other serious medical conditions or injuries? <i>Pernahkah anda dirawat atau dimasukkan ke hospital untuk masalah jantung, kanser, strok, tekanan darah tinggi, kencing manis, masalah buah pinggang atau HIV, AIDS atau keadaan perubatan lain atau kecederaan yang serius?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>3. Are you free from any disabilities or physical impairment at this moment? <i>Adakah anda bebas dari sebarang ketidakupayaan atau kelemahan fizikal pada masa kini?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>4. Have you engaged in or intend to engage in flying (other than as a fare-paying passenger on a scheduled air route), scuba diving, mountain/rock climbing, free fall parachuting, sky diving, motor racing or any other hazardous sports, occupation or pursuits? <i>Pernahkah anda melibatkan diri atau bercadang untuk melibatkan diri dalam penerbangan (selain daripada sebagai penumpang yang membayar tambang dalam laluan berjadual tetap), selam scuba, mendaki gunung atau kawasan berbatu, terjun payung jatuh-bebas, terjun udara, lumba motor, atau sebarang sukan, pekerjaan atau kegiatan yang berbahaya?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>5. Has any of your insurance application made to us or any insurer ever been declined, deferred or accepted with loading/special terms? <i>Pernahkah sebarang permohonan insurans anda kepada kami atau syarikat insurans yang lain ditolak, ditangguhkan atau diterima dengan loading/terma khas?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PART 2b: HEALTH QUESTIONNAIRE/BAHAGIAN 2b: SOAL SELIDIK KESIHATAN

This Questionnaire is applicable for PRUwell care policy only/Soal selidik seterusnya hanya untuk polisi PRUwell care

<p>1. Have you ever been hospitalized for more than 7 days or under medical treatment continuously for more than 14 days, in the last 12 months? <i>Pernahkah anda dimasukkan ke hospital lebih daripada 7 hari atau menjalani rawatan perubatan melebihi 14 hari berturut-turut, dalam tempoh 12 bulan yang lalu?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>2. Have you ever been investigated, hospitalized or treated or under current treatment for heart disease, heart attack, high blood pressure, diabetes mellitus, stroke or other nervous disorder, cancer or tumor, HIV or AIDS related disorders, disease of the lung, kidney, bowel, liver or any other serious medical conditions? <i>Adakah anda pernah disiasat, dimasukkan ke hospital atau dirawat atau sedang menjalani rawatan untuk penyakit jantung, serangan jantung, tekanan darah tinggi, kencing manis, strok atau gangguan saraf lain, kanser atau tumor, HIV atau gangguan berhubung dengan AIDS, penyakit paru-paru, buah pinggang, usus, hati atau keadaan perubatan lain yang serius?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>3. Do you currently have any complaints for which you intend to seek medical advise or any investigations? <i>Adakah anda sedang mempunyai sebarang aduan di mana anda bercadang mendapatkan rawatan perubatan atau sebarang siasatan?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>4. Do you have any disabilities or physical impairment? <i>Adakah anda mempunyai sebarang ketidakupayaan atau kelemahan fizikal?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>5. Has any of your insurance application made to us or any insurer ever been declined, deferred or accepted with loading/special terms? <i>Pernahkah sebarang permohonan insurans anda kepada kami atau syarikat insurans yang lain ditolak, ditangguhkan atau diterima dengan loading/terma khas?</i> (For Female ONLY / Untuk Wanita Sahaja)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>6. Have you had an abnormal mammogram or pap smear, any disease or disorder of the breast or the reproductive organs? <i>Adakah anda mempunyai ketidaknormalan mammogram atau pap smear, sebarang penyakit atau gangguan pada payudara atau organ pembiakan?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PART 2c: HEALTH QUESTIONNAIRE/BAHAGIAN 2c: SOAL SELIDIK KESIHATAN

This Questionnaire is applicable for PRUvalue care policy only/Soal selidik seterusnya hanya untuk polisi PRUvalue care

<p>1. Have you in the last 12 months been absent from work for a continuous period of more than 2 weeks due to illness or injury? <i>Pernahkah anda dalam tempoh 12 bulan yang lalu tidak bekerja lebih daripada 2 minggu berturut-turut disebabkan oleh penyakit atau kecederaan?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>2. Have you ever been treated or hospitalized for heart problem, cancer, stroke, high blood pressure, diabetes mellitus, kidney problem or HIV, AIDS or any other serious medical conditions or injuries? <i>Pernahkah anda dirawat atau dimasukkan ke hospital untuk masalah jantung, kanser, strok, tekanan darah tinggi, kencing manis, masalah buah pinggang, atau HIV, AIDS atau keadaan perubatan lain atau kecederaan yang serius?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>3. Do you have any disabilities or physical defects or physical impairment or any other condition which may require hospitalization or surgery? <i>Adakah anda mempunyai sebarang ketidakupayaan atau kecacatan fizikal atau kelemahan fizikal atau sebarang keadaan lain yang mungkin perlu dimasukkan ke hospital atau pembedahan?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>4. Have you engaged in or intend to engage in flying (other than as a fare-paying passenger on a scheduled air route), scuba diving, mountain/rock climbing, free fall parachuting, sky diving, motor racing or any other hazardous sports, occupation or pursuits? <i>Pernahkah anda melibatkan diri atau bercadang untuk melibatkan diri dalam penerbangan (selain daripada sebagai penumpang yang membayar tambang dalam laluan berjadual tetap), selam scuba, mendaki gunung atau kawasan berbatu, terjun payung jatuh-bebas, terjun udara, lumba motor, atau sebarang sukan, pekerjaan atau kegiatan yang berbahaya?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>5. Has any of your insurance application made to us or any insurer ever been declined, deferred or accepted with loading/special terms? <i>Pernahkah sebarang permohonan insurans anda kepada kami atau syarikat insurans yang lain ditolak, ditangguhkan atau diterima dengan loading/terma khas?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PART 2d: HEALTH QUESTIONNAIRE/BAHAGIAN 2d: SOAL SELIDIK KESIHATAN

This Questionnaire is applicable for PRUcancer Care policy only/Soal selidik seterusnya hanya untuk polisi PRUcancer Care

	Life Assured Hayat Diinsurankan								
	Yes No Ya Tidak								
<p>1. Have you ever undergone investigation, received medical advice or seek treatment for cancer, carcinoma-in-situ tumors, growths of any kind, cysts or enlarged glands? <i>Pernahkah anda menjalani siasatan, menerima nasihat perubatan atau meminta rawatan untuk kanser, carcinoma-in-situ, tumor, sebarang jenis ketumbuhan, sista atau kelenjar terbuka?</i></p> <p>2. If no, do you have any intention to do so? <i>Jika tiada, adakah anda punyai hasrat untuk berbuat demikian?</i></p> <p>3. Have any of your parents or brothers or sisters ever suffered from cancer before the age of 60? (If Yes, please provide details) <i>Adakah ibu bapa atau adik-beradik anda pernah menghidapi kanser sebelum usia 60 tahun? (Jika Ya, sila berikan butiran terperinci)</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Relationship <i>Hubungan</i></th> <th style="width: 25%;">Type of illness <i>Jenis penyakit</i></th> <th style="width: 25%;">Age of onset <i>Umur penyakit bermula</i></th> <th style="width: 25%;">Age of death (if applicable) <i>Usia semasa meninggal (jika berkenaan)</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 50px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(For Female ONLY / Untuk Wanita Sahaja)</p> <p>4. Have you had an abnormal mammogram or pap smear, any disease or disorder of the breast or the reproductive organs? <i>Adakah anda mempunyai ketidaknormalan mammogram atau pap smear, sebarang penyakit atau gangguan pada payudara atau organ pembiakan?</i></p>	Relationship <i>Hubungan</i>	Type of illness <i>Jenis penyakit</i>	Age of onset <i>Umur penyakit bermula</i>	Age of death (if applicable) <i>Usia semasa meninggal (jika berkenaan)</i>					<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
Relationship <i>Hubungan</i>	Type of illness <i>Jenis penyakit</i>	Age of onset <i>Umur penyakit bermula</i>	Age of death (if applicable) <i>Usia semasa meninggal (jika berkenaan)</i>						

PART 2e: HEALTH QUESTIONNAIRE/BAHAGIAN 2e: SOAL SELIDIK KESIHATAN

This Questionnaire is applicable for PRUmy care, PRUi care, Life Care Plus and PRUlife Plus policies only/Soal selidik seterusnya hanya untuk polisi PRUmy care, PRUi care, Life Care Plus dan PRUlife Plus

<p>1. Have you ever been treated or hospitalized for heart problem, cancer, stroke, high blood pressure, diabetes mellitus, kidney problem or HIV, AIDS or any other serious medical conditions or injuries? <i>Pernahkah anda dirawat atau dihospitalkan untuk masalah jantung, kanser, strok, tekanan darah tinggi, kencing manis, masalah buah pinggang, atau HIV, AIDS atau keadaan perubatan lain yang serius atau kecederaan?</i></p> <p>2. Do you have any disabilities or physical impairment? <i>Adakah anda mempunyai sebarang ketidakupayaan atau kelemahan fizikal?</i></p> <p>3. Have you engaged in or intend to engage in flying (other than as a fare-paying passenger on a scheduled air route), scuba diving, mountain/rock climbing, free fall parachuting, sky diving, motor racing or any other hazardous sports, occupation or pursuits? <i>Pernahkah anda melibatkan diri atau bercadang untuk melibatkan diri dalam penerbangan (selain daripada sebagai penumpang yang membayar tambang dalam laluan berjadual tetap), selam scuba, mendaki gunung atau kawasan berbatu, terjun payung jatuh-bebas, terjun udara, lumba motor, atau sebarang sukan, pekerjaan atau kegiatan yang berbahaya?</i></p> <p>4. Has any of your insurance application made to us or any insurer ever been declined, deferred or accepted with loading/special terms? <i>Pernahkah sebarang permohonan insurans anda kepada kami atau syarikat insurans yang lain ditolak, ditangguhkan atau diterima dengan loading/terma khas?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
--	---

PART 2f: HEALTH QUESTIONNAIRE/BAHAGIAN 2f: SOAL SELIDIK KESIHATAN

This Questionnaire is applicable for PRUliving care policy only/Soal selidik seterusnya hanya untuk polisi PRUliving care

<p>1. Do you currently have any complaints for which you intend to seek medical advice or any investigations? <i>Adakah anda sedang mempunyai sebarang aduan di mana anda bercadang mendapatkan rawatan perubatan atau sebarang siasatan?</i></p> <p>2. Have you ever:- <i>Pernahkah anda:-</i></p> <p>(a) had any disabilities or physical impairment? <i>(a) mempunyai sebarang ketidakupayaan atau kelemahan fizikal?</i></p> <p>(b) been investigated, hospitalized or treated or under current treatment for heart disease, heart attack, high blood pressure, diabetes mellitus, stroke or other nervous disorder, cancer or tumor, HIV or AIDS related disorders, disease of the lung, kidney, bowel, liver or any other serious medical conditions? <i>(b) disiasat, dimasukkan ke hospital atau dirawat atau sedang menjalani rawatan untuk penyakit jantung, serangan jantung, tekanan darah tinggi, kencing manis, strok atau gangguan saraf lain, kanser atau tumor, HIV atau gangguan berhubung dengan AIDS, penyakit paru-paru, buah pinggang, usus, hati atau keadaan perubatan lain yang serius?</i></p> <p>3. Has any of your insurance application made to us or any insurer ever been declined, deferred or accepted with loading/special terms? <i>Pernahkah sebarang permohonan insurans anda kepada kami atau syarikat insurans yang lain ditolak, ditangguhkan atau diterima dengan loading/terma khas?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
---	---

PART 2g: HEALTH QUESTIONNAIRE/BAHAGIAN 2g: SOAL SELIDIK KESIHATAN

This Questionnaire is applicable for Alliance 100% Hospital Income Plan, 100% Hospital Income Plan and Hospital Income Plan policies only/Soal selidik seterusnya hanya untuk polisi Alliance 100% Hospital Income Plan, 100% Hospital Income Plan dan Hospital Income Plan

	Life Assured Hayat Diinsurankan	
	Yes Ya	No Tidak
1. Have you in the last 12 months ever been absent from work for a continuous period of more than 7 days due to illness or injury? <i>Pernakah anda dalam tempoh 12 bulan yang lalu tidak bekerja lebih daripada 7 hari berturut-turut disebabkan oleh penyakit atau kecederaan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you ever been hospitalized due to illness or injury in the last 12 months? <i>Pernakah anda dimasukkan ke hospital akibat penyakit atau kecederaan dalam tempoh 12 bulan yang lalu?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Are you free from any physical defects at this moment? <i>Adakah anda bebas dari kecacatan fizikal pada masa kini?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has any proposal for life or health insurance on your own life ever been declined or deferred or accepted at special terms? <i>Pernakah sebarang cadangan untuk insurans hayat atau kesihatan untuk diri anda ditolak atau ditangguh atau diterima pada kadar yang khas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PART 2h: HEALTH QUESTIONNAIRE/BAHAGIAN 2h: SOAL SELIDIK KESIHATAN

This Questionnaire is applicable for Life Plus Plan and PruAcci Care policies only/Soal selidik seterusnya hanya untuk polisi Life Plus Plan dan PruAcci Care

1. Are you currently receiving or have you received any form of treatment, advice, follow-up, undergone investigations or advised surgery for any serious medical condition, illness, disability or injury? <i>Adakah anda sedang atau pernah menerima sebarang rawatan, rundingan, susulan, menjalani siasatan atau nasihat pembedahan untuk sebarang keadaan perubatan yang serius, penyakit, hilang upaya atau kecederaan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you ever been told, investigated, treated or hospitalized for any heart condition, high blood pressure or diabetes, kidney failure, stroke, cancer, HIV infection, mental illness or any terminal illness? <i>Pernakah anda diberitahu, disiasat, dirawat atau dimasukkan ke hospital untuk sebarang masalah jantung, tekanan darah tinggi atau kencing manis, kegagalan buah pinggang, strok, kanser, jangkitan HIV, penyakit mental atau sebarang penyakit terminal</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has any of your insurance application made to us or any insurer ever been declined, deferred or accepted with loading/special terms? <i>Pernakah sebarang permohonan insurans anda kepada kami atau syarikat insurans yang lain ditolak, ditangguhkan atau diterima dengan loading/terma khas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PART 2i: HEALTH QUESTIONNAIRE/BAHAGIAN 2i: SOAL SELIDIK KESIHATAN

This Questionnaire is applicable for Alliance MyProtection policy only/Soal selidik seterusnya hanya untuk polisi Alliance MyProtection

1. Have you engaged in or intend to engage in high risk occupation such as driver, armed force personnel; or dangerous sports/ activities such as flying (other than as a fare-paying passenger on a scheduled air route), scuba diving, mountain/rock climbing, free fall parachuting, sky diving, motor racing? <i>Pernahkan anda melibatkan diri atau bercadang untuk melibatkan diri dalam pekerjaan yang berisiko tinggi seperti pemandu, seorang yang berkhidmat dalam angkatan tentera; atau sukan/aktiviti yang merbahaya seperti penerbangan (selain daripada sebagai penumpang yang membayar tambang dalam laluan berjadual tepta), selam scuba, mendaki gunung atau kawasan berbatu, terjun payung jatuh bebas, terjun udara, lumba motor?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you ever been treated or hospitalized for heart problem, cancer, stroke, high blood pressure, diabetes mellitus or any other serious medical conditions? <i>Pernakah anda dirawat atau dimasukkan ke hospital untuk masalah jantung, kanser, strok, tekanan darah tinggi, kencing manis atau keadaan perubatan lain yang serius?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Are you free from any physical disability? <i>Adakah anda bebas dari kecacatan fizikal?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has any of your insurance application made to us or any insurer ever been declined, deferred or accepted with loading/special terms? <i>Pernakah sebarang permohonan insurans anda kepada kami atau syarikat insurans yang lain ditolak, ditangguhkan atau diterima dengan loading/terma khas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PART 2j: HEALTH QUESTIONNAIRE/BAHAGIAN 2j: SOAL SELIDIK KESIHATAN

This Questionnaire is applicable for Lady Shield policy only/Soal selidik seterusnya hanya untuk polisi Lady Shield

1. What is your height & weight in (cm) and (kg)? <i>Apakah tinggi dan berat anda dalam (cm) dan (kg)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you ever had or been told you have: Chest pain or discomfort, heart diseases, kidney diseases, cyst, growth, cancer of tumor, pre-cancer conditions, high blood pressure, stroke, diabetes, or any disorders, diseases or disabilities? <i>Pernakah anda mempunyai atau diberitahu mempunyai: sakit dada atau rasa tidak selesa, penyakit jantung, penyakit buah pinggang, sista, pertumbuhan, tumor kanser, keadaan pre-kanser, tekanan darah tinggi, strok, kencing manis atau sebarang gangguan, penyakit atau ketidakupaya?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Do you have any abnormal ECG, blood test, mammogram or pap smear before? <i>Adakah anda mempunyai sebarang ketidaknormalan ECG, ujian darah, mammogram atau pap smear sebelum ini?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Are you on medication, follow-up with any doctors or specialists or been hospitalized before? (If Yes, please provide details) <i>Adakah anda sedang dalam pengambilan ubat, susulan dengan sebarang doktor atau pakar atau dimasukkan ke hospital sebelum ini? (Jika Ya, sila berikan butiran terperinci)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Details of medication / treatment / admission/ Butiran ubat-ubatan / rawatan / kemasukan hospital 		
5. Has any of your insurance application made to us or any insurer ever been declined, deferred or accepted with loading/special terms? <i>Pernakah sebarang permohonan insurans anda kepada kami atau syarikat insurans yang lain ditolak, ditangguhkan atau diterima dengan loading/terma khas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PART 2k: HEALTH QUESTIONNAIRE/BAHAGIAN 2k: SOAL SELIDIK KESIHATAN

This Questionnaire is applicable for Enhance Acci Care policy only/ Soal selidik seterusnya hanya untuk polisi Enhance Acci Care

	Life Assured Hayat Diinsurankan	
	Yes Ya	No Tidak
1. Have you ever been told, investigated, treated or hospitalized for any severe medical condition such as heart problem, high blood pressure or diabetes mellitus, stroke, cancer, HIV infection, or any other terminal illnesses? <i>Pernahkah anda diberitahu, disiasat, dirawat atau dihospitalkan untuk sebarang keadaan perubatan serius seperti masalah jantung, tekanan darah tinggi atau kencing manis, strok, kanser, jangkitan HIV atau sebarang penyakit terminal?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you ever been treated for, or ever had any indication of fits, epilepsy, paralysis, physical defects, mental disorder or any abnormalities of the brain? <i>Pernahkah anda dirawat atau mempunyai sebarang indikasi sawan, epilepsi, kecacatan fizikal, kelumpuhan, gangguan mental atau sebarang ketidaknormalan otak?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you ever had any insurance application with premium loading, accepted with modified term or declined? <i>Pernahkah sebarang aplikasi insurans anda dengan premium tambahan, diterima dengan terma diubah atau ditolak?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PART 2l: HEALTH QUESTIONNAIRE/BAHAGIAN 2l: SOAL SELIDIK KESIHATAN

This Questionnaire is applicable for PRUCover Plus policy only/ Soal selidik seterusnya hanya untuk polisi PRUCover Plus

1. Are you currently suffering or suspected from, or in the past 2 years had any medical condition or investigation with abnormal findings requiring follow up? <i>Adakah anda sedang menderita atau disyaki, atau dalam tempoh 2 tahun yang lalu mempunyai sebarang keadaan perubatan atau penyiasatan dengan penemuan tidak normal yang memerlukan susulan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you in the past 2 years been hospitalized for more than 5 consecutive days or under medications longer than 2 weeks? <i>Adakah anda dalam 2 tahun yang lalu, dimasukkan ke hospital lebih daripada 5 hari berturut-turut atau di bawah pengubatan lebih daripada 2 minggu?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PART 3: STATEMENT OF DECLARATION/BAHAGIAN 3: KENYATAAN PENGAKUAN

I/We, declare that the information given in this application and any information I/we have given to PAMB or PAMB's medical examiner is true, full and complete and I/we have not withheld any important information.

Saya/Kami mengaku bahawa keterangan yang diberikan dalam permohonan ini dan sebarang maklumat lain yang saya/kami telah berikan kepada PAMB atau kepada pemeriksa perubatan PAMB adalah benar, penuh dan lengkap dan saya/kami tidak menyembunyikan sebarang maklumat penting.

I/We have the duty to inform PAMB of the change in the state of the health of the Life Assured/Spouse which has already occurred since the date of signing this revival application or which may occur before the date on which the revival is accepted and I/We agree that the PAMB on receiving such information shall be entitled to accept or reject the application.

Saya/Kami bertanggungjawab untuk memberitahu PAMB mengenai perubahan pada keadaan Hayat Diinsurankan/Pasangan yang telah berlaku sejak tarikh borang permohonan ini ditanandatangani atau mungkin berlaku sebelum tarikh permohonan ini diluluskan dan saya/kami bersetuju bahawa pihak PAMB berhak untuk meluluskan atau menolak permohonan tersebut apabila menerima maklumat sedemikian.

PAMB may ask for medical information from any doctor, medical, specialist, hospital or clinic that has any records or knowledge of my, our or the child's health and to gather information from any insurance company, organization, institution or person on any relevant information to do with me, us or the child. A copy of this authorization will be as valid as the original and be legally binding to anyone who takes over any of my/our legal rights.

PAMB boleh meminta maklumat perubatan daripada mana-mana doktor, pakar perubatan, hospital atau klinik yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan mengenai kesihatan saya, kami atau anak serta mengumpul maklumat daripada mana-mana syarikat insurans, organisasi, institusi atau individu mengenai sebarang maklumat yang berkaitan dengan saya, kami atau anak. Salinan kebenaran ini adalah sama sahnyanya dengan salinan asal dan mengikut di sisi undang-undang ke atas sesiapa sahaja yang mengambil alih mana-mana hak saya/kami.

I/We fully understood the information contained in this form. I/We agree to be bound by the terms and conditions applicable to my/our selected type of revival. I/We further agree that the assurance or any variation(s) shall only take effect prospectively after the revival application is being approved by PAMB in writing.

Saya/Kami faham sepenuhnya semua maklumat yang terkandung dalam borang ini. Saya/Kami bersetuju untuk terikat dengan terma dan syarat yang

terpakai untuk jenis pemulihan semula pilihan saya/kami. Saya/Kami turut bersetuju bahawa ansurans atau sebarang perubahan hanya akan berkuatkuasa secara prospektif setelah permohonan untuk pemulihan semula ini diluluskan oleh PAMB secara bertulis.

PAMB will pay all the payouts from the policies listed in this form into the payee's bank account that is registered with us. For that matter, the Payee can register for direct credit facility arrangement with us. Otherwise, PAMB may consider relying on digital service or product, such as DuitNow to pay these payouts to the payee, only if such service or product is made available. If PAMB is not able to pay the monies to the payee within a year from the date the monies first become payable, the monies will be regarded as unclaimed monies. If so, PAMB is required to lodge the unclaimed monies with Jabatan Akauntan Negara Malaysia.

PAMB akan membayar semua pembayaran daripada polisi-polisi yang disenaraikan dalam borang ini ke dalam bank akaun penerima yang telah didaftarkan dengan PAMB. Dengan ini, penerima boleh mendaftarkan kemudahan Kredit Terus dengan PAMB. Kalau tidak ada, PAMB mungkin mempertimbangkan untuk bergantung kepada perkhidmatan atau produk digital, seperti DuitNow untuk membayar pembayaran kepada penerima, hanya jika perkhidmatan atau produk tersebut boleh digunakan. Jika PAMB tidak dapat membuat pembayaran dalam tempoh setahun dari tarikh pertama pembayaran kena dibayar, wang akan dianggap sebagai wang tidak dituntut. Maka, PAMB akan menyerahkan wang tidak dituntut kepada Jabatan Akauntan Negara Malaysia.

I/We understand that PAMB requires me/us to provide and keep my/our personal information in PAMB's record, including nationality, residential and mailing addresses, occupation, details regarding employer/business, and contact details updated. As such, I/we will provide PAMB with the updated personal information in the form PAMB requires together with this application, if the information in PAMB's record is incomplete/becomes incorrect. I/We shall refer to www.prudential.com.my for form required.

Saya/Kami faham bahawa PAMB memerlukan saya/kami memberi dan sentiasa mengemaskini maklumat peribadi saya/kami dalam rekod PAMB, termasuk kewarganegaraan, alamat rumah dan surat-menyurat, pekerjaan, maklumat tentang majikan/perniagaan, dan butiran perhubungan. Maka, saya/kami akan memberi PAMB maklumat peribadi yang terkini dalam borang/bentuk/format yang PAMB minta bersama dengan permohonan ini, jika maklumat dalam rekod PAMB adalah tidak lengkap/menjadi tidak betul. Saya/Kami akan merujuk kepada www.prudential.com.my untuk borang/bentuk/format yang diminta oleh PAMB.

I/We have read, understood and given my/our consent for PAMB to collect, use and disclose my personal data in accordance to the Data Privacy Declaration provided in this form.

Saya/Kami telah membaca, faham dan memberi kebenaran saya/kami kepada PAMB untuk mengumpul, mengguna dan mendedahkan data peribadi saya/kami mengikut Pengakuan Data Peribadi yang diberikan dalam borang ini.

Signature of Life Assured

Tandatangan Hayat Yang Diinsurankan

Name>Nama:

New NRIC/Passport No. :

No. KP Baru/Pasport:

PART 4: STATEMENT OF WITNESS/BAHAGIAN 4: KENYATAAN SAKSI

I hereby certify the above signature(s) was/were made in my presence and that to my own personal knowledge it is the signature(s) of the Life Assured/Assured under the policy mentioned as above.

Saya dengan ini mengesahkan bahawa tandatangan di atas dibuat di hadapan saya dan setakat yang saya ketahui tandatangan tersebut ialah tandatangan Hayat Yang Diinsurankan/ Pemegang Polisi seperti yang disebut di atas.

Note: The witness must be completed by an authorized Quality Agent, Quality Leader, Branch Head, Customer Service Representative or Bank

Representative of PAMB; or Commissioner for Oath or Notary Public./ *Nota: Saksi mestilah seorang Ejen Berkualiti, Pemimpin Agensi, Ketua Cawangan, Wakil Khidmat Pelanggan atau Wakil Bank Kepada PAMB; Pesuruhjaya Sumpah atau Notari Awam.*

Name>Nama:

New NRIC/Passport No./No. KP Baru/Pasport:

Signature of Witness/Tandatangan Saksi

PART 5: AUTHORIZATION FOR CREDIT/DEBIT CARD DEDUCTION/ BAHAGIAN 5: ARAHAN BAGI PEMOTONGAN MELALUI KAD KREDIT/DEBIT

Only for policies that have registered credit/debit card service payment. /*Hanya untuk polisi yang telah mendaftar untuk pembayaran melalui kad kredit/ debit.*

Note: PAMB encourages you to complete the deduction authorization below in order to expedite your application. For Debit Card transaction(s), before you authorize PAMB to deduct from your Debit Card, you must contact bank to opt in and allow transaction(s) without producing the physical Debit Card to PAMB. Otherwise, your Debit Card transaction(s) may not be successful.

Nota: PAMB menggalakkan anda untuk melengkapkan arahan pemotongan untuk mempercepatkan permohonan anda. Untuk transaksi melalui Kad Debit, sebelum anda membenarkan PAMB membuat tolakan daripada Kad Debit anda, anda mestilah menghubungi pihak bank untuk membuat pilihan memberi kebenaran dan membenarkan penggunaan tanpa mengemukakan Kad Debit secara fizikal kepada PAMB. Jika tidak, transaksi Kad Debit anda mungkin tidak berjaya.

I hereby authorize the bank appointed by PAMB to debit my credit/debit card account for the balance of premium and/or outstanding premium (if any) for the above application and/or any premium as they fall due if the next premium due date is changed, together with the applicable taxes. I further agree that:

- the authorization herein is governed by the terms and conditions that are in force in connection with deduction of premium payment for this policy from this enrolled credit/debit card; and
- PAMB can collect, use and disclose my personal data in accordance to the Data Privacy Declaration, of which I also agree and give my consent for PAMB to transfer and share my personal data to financial institutions such as banks.

Dengan ini, saya membenarkan bank yang dilantik oleh PAMB untuk mendebitkan akaun kad kredit/debit saya untuk baki premium dan/atau tunggakan premium (jika ada) bagi permohonan di atas, dan/atau untuk premium lain pada masa premium perlu dibayar jika tarikh premium perlu dibayar seterusnya berubah, bersama-sama dengan cukai yang terpakai. Saya juga bersetuju bahawa:

- pemberian kuasa yang terkandung di sini adalah tertakhluk kepada terma dan syarat yang terpakai berkenaan dengan pemotongan bayaran premium bagi polisi ini daripada kad kredit/debit yang telah didaftarkan ini; dan*
- PAMB boleh mengumpul, mengguna dan mendedahkan data peribadi saya mengikut Pengakuan Data Peribadi, yang mana saya turut bersetuju dan memberi kebenaran untuk PAMB memindah dan berkongsi data peribadi saya kepada institut kewangan seperti bank-bank.*

Latest Expiry Date as per Enrolled Card/Tarikh Tamat Terkini Kad Berdaftar

Month/Bulan Year/Tahun

--	--	--	--	--	--

Name>Nama:

NRIC/Passport No./ No. Kad Pengenalan/Pasport:

Date/Tarikh:

Signature of Cardholder (as in card)/Tandatangan Pemegang Kad (seperti dalam kad)

DATA PRIVACY DECLARATION/PENGAJUAN DATA PERIBADI**I/We understand and agree to the following Data Privacy Declaration:***Saya/Kami faham dan bersetuju kepada Pengakuan Data Peribadi berikut:*

- a) Any personal data collected or held by PAMB (whether given now or subsequently to PAMB) can be processed and used to process this application; process any claim; review my/our claims history; exercise any right of subrogation; for data matching; detection and prevention of fraud and non-disclosure; discharging PAMB's duties as an insurer; updating PAMB's records; marketing and promotion of financial products and services by PAMB, group of companies of PAMB and Prudential plc; as well as communicating with me/us for any of these purposes ("Purposes");
Sebarang data peribadi yang dikumpul dan dipegang oleh PAMB (sama ada yang diberikan sekarang atau pada masa hadapan kepada PAMB) boleh diproses dan digunakan untuk memproses permohonan ini; memproses sebarang tuntutan; mengkaji sejarah tuntutan saya/kami; menjalankan sebarang hak subrogasi; memadam data; mengesan dan mencegah frod dan ketidak-pendedahan; melaksanakan tugas-tugas PAMB sebagai syarikat insurans; mengemaskini rekod PAMB; pemasaran dan promosi produk dan perkhidmatan kewangan oleh PAMB, kumpulan syarikat bagi PAMB dan Prudential plc; serta berkomunikasi dengan saya/kami untuk mana-mana tujuan disebut di atas ("Tujuan-Tujuan");
- b) To achieve these Purposes, PAMB (and any third party appointed by PAMB) can transfer and disclose the personal data to third parties such as financial institutions, reinsurers, claims investigator companies, other insurers, industry associations, PAMB's intermediaries, individuals or entities within PAMB, group of companies of PAMB and Prudential plc, as well as other third party service providers PAMB has appointed. As some of these third parties are not located in Malaysia, PAMB can transfer the personal data to places outside of Malaysia;
Bagi mencapai Tujuan-Tujuan di atas, PAMB (dan mana-mana pihak ketiga yang dilantik oleh PAMB) boleh memindah dan mendedahkan data peribadi 3 kepada pihak-pihak ketiga seperti institusi kewangan, penanggung insurans semula, syarikat siasatan tuntutan, syarikat insurans lain, persatuan berkaitan dengan industri insurans, pihak pengantara bagi PAMB, individu atau entiti dalam PAMB, kumpulan syarikat bagi PAMB dan Prudential plc, dan juga pemberi perkhidmatan pihak ketiga lain yang telah dilantik oleh PAMB. Oleh sebab sesetengah pihak-pihak ketiga ini tidak terletak di dalam Malaysia, PAMB boleh memindahkan data peribadi tersebut ke tempat-tempat di luar Malaysia;
- c) I/We understand that I/we have a right to get access and request for correction of any personal data held by PAMB. Such requests can be made at PAMB's Customer Service Centre; and
Saya/Kami faham bahawa saya/kami mempunyai hak untuk akses dan memohon pembetulan dibuat ke atas mana-mana data peribadi yang dipegang oleh PAMB. Permohonan tersebut boleh dibuat di Pusat Perkhidmatan Pelanggan PAMB; dan
- d) This Data Privacy Declaration can be revised from time to time, of which the notice of any such revision can be given on PAMB's corporate website or by such other means of communication deemed suitable by PAMB.
Pengakuan Data Peribadi ini boleh diubah dari semasa ke semasa, yang mana notis untuk sebarang pengubahan boleh diberi melalui laman korporat PAMB atau mana-mana cara komunikasi yang PAMB anggap sesuai.
- e) I/We understand and agree that unless a longer period of document retention is required by law or PAMB's internal policies, PAMB will only retain the original physical documents submitted to PAMB for 6 months from the date PAMB received that document. PAMB shall not be held liable for disposal of such documents. Therefore, if I/we want the original physical document to be returned, I/we will have to submit the request to PAMB in the form PAMB decides within 3 months from the date PAMB first received that document.
Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa melainkan undang-undang atau polisi dalaman PAMB memerlukan tempoh penyimpanan dokumen yang lebih lama, PAMB hanya akan menyimpan dokumen fizikal asal yang diberi kepada PAMB untuk tempoh 6 bulan dari tarikh PAMB menerima dokumen tersebut. PAMB tidak akan bertanggungjawab atas pelupusan dokumen tersebut. Oleh itu, jika saya/kami ingin dokumen asal dikembalikan, saya/kami perlu memohon kepada PAMB melalui bentuk permohonan yang ditentukan oleh PAMB dalam masa 3 bulan dari tarikh pertama PAMB menerima dokumen tersebut.