

REVIVAL APPLICATION FORM
BORANG PERMOHONAN PENGUATKUASAAN SEMULA



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

Policy Number/ <i>Nombor Polisi</i>	Assured's Name/ <i>Nama Pemegang Polisi</i>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Application Date/ <i>Tarikh Permohonan</i>	Life Assured's Name/ <i>Nama Hayat Yang Diinsurankan</i>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Agent Code/ <i>Bank/Prudential Assurance Malaysia Berhad Representative's Number/ Kod Ejen/Nombor Wakil Bank/Prudential Assurance Malaysia Berhad</i>	Agent/ <i>Bank/Prudential Assurance Malaysia Berhad Representative's Name/ Nama Ejen/Wakil Bank/Prudential Assurance Malaysia Berhad</i>	Agent/ <i>Bank/Prudential Assurance Malaysia Berhad Representative's Contact Number/ Nombor Telefon Ejen/Wakil Bank/ Prudential Assurance Malaysia Berhad</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 penjagaan 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 penjagaan 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 bermiat 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.*
- For products with limited premium payment period, ad-hoc top-up is required if the premium payment period is over. *Bagi produk yang mempunyai tempoh pembayaran premium yang terhad, tambah nilai ad-hoc diperlukan jika tempoh pembayaran premium berakhir.*

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

Please tick/ Sila tanda (v)	Types of Revival and the Terms and Conditions for Each Type of Revival/ <i>Jenis-jenis Pemulihan Semula serta Syarat dan Terma untuk Setiap Jenis Pemulihan Semula</i>
<input type="checkbox"/>	<p>Repayment of premium plus interest for Automatic Premium Loan ("APL")</p> <p>1. This type of revival is only available to revive lapsed policy that was previously under APL scheme. 2. The policyholder is required to pay the amount of premium plus interest as set by PAMB. <i>Pembayaran premium dengan faedah bagi Pinjaman Premium Automatik ("APL")</i></p> <p>1. Pemulihan semula jenis ini hanya tersedia untuk memulihkan semula polisi yang luput yang mana sebelum ini dibawah skema APL. 2. Pemegang polisi dikehendaki membayar amaun bagi premium dengan faedah seperti yang ditetapkan oleh PAMB.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Payment of Arrears of Premium</p> <p>1. 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. 2. The policyholder is required to make full payment of the arrears of premium together with interest (if any). 3. For PRUSignature Income policy and PRUMy Gift policy with Premium Paying Riders, if you do not intend to revive all of your Premium Paying Riders, then please state your selected Premium Paying Rider(s) to be revived: _____.</p> <p><i>Pembayaran Premium yang Tertunggak</i></p> <p>1. 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. 2. Pemegang polisi dikehendaki membayar secara penuh premium yang tertunggak bersama-sama dengan faedah (jika ada). 3. Untuk polisi PRUSignature Income dan polisi PRUMy Gift dengan Rider Premium Berbayar, jika anda tidak berniat untuk memulihkan semula semua Rider Premium Berbayar anda, maka sila nyatakan Rider Premium Berbayar pilihan anda untuk pemulihan semula: _____.</p>

<p>Please tick/ Sila tanda (✓)</p>	<p>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</p> <p>Partial Payment of Premium</p> <p>1. This type of revival is only applicable for Investment-Linked policy, except for PRUSmart Gain, PRUSignature Income, PRUMy Gift, PRUMax Cover and PRULink Supreme.</p> <p>2. Subject to the minimum installments requirement set out below, this type of revival allows the policyholder to choose the number of installment premiums.</p> <p>3. Under this selection, the lapsed benefit(s) or the lapsed policy of an Investment-Linked insurance, excluding the No-Lapse Provision, No-Lapse Guarantee and guaranteed related benefits/features and loyalty related benefits/features can be revived.</p> <p>4. The policyholder is required to pay a minimum of 3 installment premiums for monthly frequency payment mode OR 1 installment premium for quarterly/half-yearly/annual frequency payment mode, as part payment for the arrears of premium(if any).</p> <p><i>Pembayaran Separa Premium</i></p> <p>1. Pemulihan semula jenis ini adalah hanya untuk polisi jenis Insurans Berkaitan Pelaburan, yang mana ia bukan PRUSmart Gain, PRUSignature Income, PRUMy Gift, PRUMax Cover dan PRULink Supreme.</p> <p>2. Tertakluk kepada syarat minima ansurans yang ditulis di bawah, pemulihan semula jenis ini membenarkan pemegang polisi memilih bilangan ansurans bagi premium.</p> <p>3. Melalui pilihan ini, manfaat (manfaat-manfaat) atau polisi jenis insurans berkaitan pelaburan yang luput, yang mana tidak termasuk Peruntukan Tidak Luput, Jaminan Tidak Luput, manfaat/ ciri jenis jaminan dan manfaat/ ciri jenis kesetiaan boleh dipulihkan semula.</p> <p>4. Pemegang polisi dikehendaki membayar minimum 3 ansuran premium untuk tempoh bayaran premium jenis bulanan ATAU satu ansuran premium untuk tempoh bayaran premium jenis suku tahun/setengah tahun/tahunan, sebagai sebahagian pembayaran untuk tunggakan premium (jika ada).</p> <p>If the policyholder chooses to pay more than the above minimum installment requirement, please state the number of installment premiums in the box/ Jika pemegang polisi memilih untuk membayar lebih daripada syarat minima insurans di atas, sila tuliskan bilangan ansuran premium dalam petak:</p>
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

Revival of Loyalty Related Benefits/Features (Only applicable for PRUWealth, PRUWealth Plus, PRUWealth Max, PRUMillion Cover and PRUMax Cover)
 Following my/our application to revive the policy, I/We further apply for the revival of the lapsed loyalty related benefits/features (such as Milestone Booster, Loyalty Booster and Loyalty Bonus) of the policy by agreeing to the following terms:

- I/We am/are required to pay for the Revival Charge. The maximum amount that I/we pay as Revival Charge will be an amount equivalent to the amount of Insurance Charges that would be computed for the Basic Benefits as if the policy did not lapse throughout the term of the policy when there are insufficient units in the unit account(s); and
- The payment of Revival Charge will be made through deduction from each of the subsequent pay-outs of the loyalty related benefit/features (such as Milestone Booster, Loyalty Booster and Loyalty Bonus) until the Revival Charge is fully paid.

Pemulihan Semula Manfaat/Ciri Jenis Kesetiaan (Hanya terpakai untuk PRUWealth, PRUWealth Plus, PRUWealth Max, PRUMillion Cover dan PRUMax Cover)
 Berikutan pemohonan saya/kami untuk pemulihan semula polisi, saya/kami turut memohon untuk pemulihan semula manfaat/ciri jenis kesetiaan (seperti Booster Milestone, Bonus Kesetiaan dan Booster Kesetiaan) bagi polisi ini dengan bersetuju kepada syarat-syarat berikut:

- Saya/Kami dikehendaki untuk membayar Caj Pemulihan Semula. Amaun maksimum yang saya/kami bayar sebagai Caj Pemulihan Semula tersebut adalah bersamaan dengan amaun Caj Insurans untuk Manfaat Asas yang akan dikira seolah-olah polisi tersebut tidak pernah luput sepanjang tempoh polisi apabila terdapat unit yang tidak mencukupi dalam akaun(-akaun) unit; dan
- Pembayaran untuk Caj Pemulihan Semula tersebut akan dibuat melalui potongan daripada setiap pembayaran untuk manfaat/ciri jenis kesetiaan (seperti Booster Milestone, Bonus Kesetiaan dan Booster Kesetiaan) sehingga Caj Pemulihan Semula telah dibayar dengan penuh.

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

This Questionnaire is not applicable for PRUMax, PRUMax Plus and PRUBusiness policies/Soal selidik seterusnya tidak berkenaan untuk polisi PRUMax, PRUMax Plus dan PRUBusiness.

		Life A Hayat A		Life B Hayat B		Life C Hayat C	
		Yes	No	Yes	No	Yes	No
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	<p>Do you currently have, or ever had in the past, any symptoms, or complaints, or investigation, or treatment, or receiving advice for any illness/accident/injury for the past 3 years; or are you currently experiencing any symptoms or complaints which you have not consulted a doctor? (If YES, please state the type, date and duration)</p> <p><i>Adakah anda sedang atau pernah pada masa lalu, mempunyai apa-apa gejala atau aduan, atau disiasat atau menerima rawatan atau nasihat untuk sebarang penyakit/kemalangan/kecederaan dalam tempoh 3 tahun lepas; atau adakah anda sedang mengalami apa-apa gejala atau aduan yang anda tidak pernah berunding dengan doktor? (Jika YA, sila nyatakan jenis, tarikh dan tempoh)</i></p> <p>-----</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	<p>Are you currently considering or receiving medical treatment or under medical care of any kind; or ever had any illness/injury or disability lasting or requiring treatment or absence from work for more than 7 days; or been advised or referred to or admitted to a hospital or medical facility or specialist?(If YES, please provide name, date and duration of condition, illness, injury, treatment or hospitalisation).</p> <p><i>Adakah anda sedang mempertimbangkan atau menerima sebarang jenis rawatan perubatan atau di bawah penjagaan perubatan; atau pernah jatuh sakit atau mengalami kecederaan atau ketidakupayaan yang berlanjutan atau memerlukan rawatan atau tidak bekerja lebih daripada 7 hari; atau dinasihatkan atau dirujuk atau dimasukkan ke hospital atau tempat yang dilengkapi kemudahan perubatan atau berjumpa pakar perubatan? (Jika YA, sila nyatakan jenis, tarikh dan jangka masa keadaan, penyakit, kecederaan, rawatan, atau dimasukkan ke hospital).</i></p> <p>-----</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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

This Questionnaire is not applicable for PRUMax, PRUMax Plus and PRUBusiness policies/Soal selidik seterusnya tidak berkenaan untuk polisi PRUMax, PRUMax Plus dan PRUBusiness.

Life A - Life Assured or Child/Hayat A - Hayat Diinsuranskan atau Anak Life B - Assured (if different from Life A)/Spouse or Parent/Legal guardian/Hayat B - Pemegang Polisi (sekiranya berlainan dari Hayat A)/Pasangan atau Ibu/Bapa/Penjaga yang sah Life C - Joint Parent/Hayat C - Ibu Bapa Bersama	Life A <i>Hayat A</i>	Life B <i>Hayat B</i>	Life C <i>Hayat C</i>
	Yes No <i>Ya Tidak</i>	Yes No <i>Ya Tidak</i>	Yes No <i>Ya Tidak</i>

3. Have you ever had or been advised or intend to undergo any investigations/screening test including but not limited to angiogram, echocardiogram, electrocardiogram, X-ray, ultrasound, CT/MRI/PET scan, blood or urine test, biopsy? (If YES, please provide type of test, date and results).
Pernahkah anda menjalani atau dinasihatkan atau berniat untuk menjalani apa-apa ujian siasatan/pemeriksaan termasuk tetapi tidak terhad kepada angiogram, ekokardiogram, elektrokardiogram, sinar-X, ultrasound, imbasan CT MRI/PET, darah atau ujian air kencing, biopsi? (Jika YA, sila nyatakan jenis ujian, sebab dimasukkan hospital, tarikh dan keputusan ujian).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4. Are you currently making, or have you made any claims, including but not limited to accidental or hospitalization claims, on any policy with PAMB or any other company?
Adakah anda sedang membuat atau pernah membuat apa-apa tuntutan, termasuk tetapi tidak terhad kepada tuntutan insurans kemalangan atau hospital, dengan sebarang polisi daripada PAMB atau syarikat lain?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5. Has anyone in your immediate family (living or deceased) ever suffered from diabetes, heart disease, high blood pressure, stroke, kidney disease (including polycystic kidney disease), mental disorder, hepatitis B, hepatitis C, cancer, Alzheimer's/Parkinson's disease or any other hereditary disease? (If YES, please provide details).
Adakah sesiapa dalam keluarga terdekat anda (hidup atau telah meninggal dunia) pernah menghidapi kencing manis, penyakit jantung, tekanan darah tinggi, strok, penyakit ginjal (termasuk ginjal polisista), kecelaruan mental, hepatitis B, hepatitis C, kanser, penyakit Alzheimer/Parkinson atau sebarang penyakit keturunan? (Jika YA, sila berikan butiran terperinci).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Life A/B/C <i>Hayat A/B/C</i>	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>

6. For Female ONLY/ Untuk Wanita SAHAJA
(a) Have you ever given birth? /Pernahkah anda melahirkan anak?
(b) Are you currently pregnant? If YES, please state the gestational period and expected date of delivery.
Adakah anda kini mengandung? Jika YA, sila nyatakan tempoh kandungan dan tarikh dijangka besalin.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gestational Period: <i>Usia Kandungan:</i>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	weeks minggu	Expected Delivery Date: Tarikh Jangka Lahir:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Day/Hari Month/Bulan Year/Tahun
--	---	-----------------	--	---	---------------------------------------

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

This Questionnaire is applicable for PRUMax, PRUMax Plus and PRUBusiness policies only/Soal selidik seterusnya hanya untuk polisi PRUMax, PRUMax Plus dan PRUBusiness.

	Life A - Life Assured or Child/Hayat A - Hayat Diinsuranskan atau Anak		Life B - Assured (if different from Life A)/Spouse or Parent/Legal guardian/Hayat B - Pemegang Polisi (sekiranya berlainan dari Hayat A)/Pasangan atau Ibu/Bapa/Penjaga yang sah		Life C - Joint Parent/Hayat C - Ibu Bapa Bersama							
	Life A Hayat A		Life B Hayat B		Life C Hayat C							
	Yes	No	Yes	No	Yes	No						
1.	<p>Do you currently have or ever had in the past any symptoms or complaints or investigation or treatment or receiving advice for chest pain, heart attack, disease or disorder of the heart; cancer (including leukemia, lymphoma, melanoma), tumor, growth or cyst; high blood pressure; stroke; fits or epilepsy; systemic lupus erythematosus; diabetes; disorder of endocrine, thyroid, kidney, liver (including hepatitis B/C), gallbladder, stomach or digestive system, reproductive organs, ear, eye, nose or throat, blood, lungs or respiratory system, nervous system, muscles, bones, neck, spine or joints, urinary or bowel disease, brain or mental impairment; sexually transmitted disease, HIV, AIDS or AIDS related complex; alcoholism, drug abuse, physical defect, congenital anomaly, hereditary disorders or any other disorder/disease not mentioned here? Adakah anda sedang atau pernah pada masa lalu, mempunyai apa-apa gejala atau aduan, atau disiasat atau menerima rawatan atau nasihat untuk sakit dada, serangan jantung, penyakit atau gangguan jantung; kanser (termasuk leukemia, limfoma, melanoma, tumor, ketumbuhan atau sista; tekanan darah tinggi; strok; sawan atau epilepsi; sistemik lupus eritematosus; kencing manis; gangguan endokrin, tiroid, buah pinggang, hati (termasuk hepatitis B/C), pundi hempedu, perut atau sistem penghadaman, organ pembiakan, telinga, mata, hidung atau tekak, darah, paru-paru atau sistem pernafasan, sistem saraf, otot, tulang, leher, tulang belakang atau sendi, penyakit kencing atau usus, otak atau gangguan mental; penyakit kelamin, HIV, AIDS atau kerumitan yang berhubung dengan AIDS; ketagihan arak, penyalahgunaan dadah, kecacatan fizikal, anomali kongenital, gangguan keturunan atau sebarang gangguan/penyakit yang tidak dinyatakan di sini?</p>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<p>Are you currently experiencing any symptoms or complaints which you have not consulted a doctor? Adakah anda sedang mengalami apa-apa gejala atau aduan yang anda tidak pernah berunding dengan doktor?</p>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<p>Are you currently considering or receiving medical treatment or under medical care of any kind; or ever had any illness/injury or disability lasting or requiring treatment or absence from work for more than 7 days; or been advised or referred to or admitted to a hospital or medical facility or specialist; or ever had or been advised or intend to undergo any investigations/screening test including but not limited to angiogram, echocardiogram, electrocardiogram, X-ray, ultrasound, CT/MRI/PET scan, blood or urine test, biopsy? Adakah anda sedang mempertimbangkan atau menerima sebarang jenis rawatan perubatan atau di bawah penjagaan perubatan; atau pernah jatuh sakit atau mengalami kecederaan atau ketidakupayaan yang berlanjutan atau memerlukan rawatan atau tidak bekerja lebih daripada 7 hari; atau dinasihatkan atau dirujuk atau dimasukkan ke hospital atau tempat yang dilengkapi kemudahan perubatan atau berjumpa pakar perubatan; atau pernah menjalani atau dinasihatkan atau bermiat untuk menjalani apa-apa ujian siasatan/pemeriksaan termasuk tetapi tidak terhad kepada angiogram, ekokardiogram, elektrokardiogram, sinar-X, ultrasound, imbasan CT/MRI/PET, darah atau ujian air kencing, biopsi?</p>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<p>Has any of your proposal for life, health, accident or critical illness insurance made to this or any company ever been declined, deferred or accepted at special terms? If yes, please provide details. Pernahkah sebarang cadangan anda untuk insurans hayat, kesihatan, kemalangan atau penyakit kritikal kepada Syarikat ini atau mana-mana Syarikat ditolak, ditangguhkan ataupun diterima pada kadar yang khas? Jika ya, sila berikan maklumat terperinci.</p>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PART 3: CONSENT FOR UNIT DEDUCTION AND CROSS SUBSIDY

BAHAGIAN 3: KEBENARAN BAGI PEMOTONGAN UNIT DAN SILANG SUBSIDI/PEMULIHARAAN AKAUN POLISI

In the event premium is deemed by PAMB as not paid, I/we confirm that PAMB may take units or charges from my/our policy accounts to pay for insurance, service and other charges (if any) for the Optional Benefits and/or Add-on Benefits and/or Enhanced Benefits and/or Investment Add-on Benefits (if this applies) under the Policy mentioned above.

Sekiranya bayaran premium dianggap oleh PAMB sebagai belum dibayar, PAMB boleh mengambil unit atau caj dari akaun polisi saya/kami untuk membayar caj insurans, caj perkhidmatan dan caj lain (jika ada) bagi Manfaat Opsyenal dan/atau Manfaat Add-On dan/atau Manfaat Tambahan dan/atau Manfaat Pelaburan 'Add-onn' (jika diguna pakai) di bawah polisi yang tertera di atas.

PAMB may deduct units from the Basic Unit Account (or Protection Unit Account) to pay for the insurance, service and other charges (if any) if there are insufficient units in Protection Unit Account (or Basic Unit Account).

PAMB boleh menolak unit daripada Akaun Unit Asas (atau Unit Perlindungan) untuk membayar caj insurans, caj perkhidmatan dan caj lain (jika ada) jika unit dalam Akaun Unit Perlindungan (atau Akaun Unit Asas) tidak mencukupi.

PART 4: STATEMENT OF DECLARATION/BAHAGIAN 4: 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 Diinsuranskan/Pasangan yang telah berlaku sejak tarikh borang permohonan ini ditandatangani 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 via PRUAccess Plus at <https://pruaccessplus.prudential.com.my>. 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 melalui PRUAccess Plus <https://pruaccessplus.prudential.com.my>. 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.

By submitting this form, I am aware and agree that if any of the investment-linked fund(s) I selected to invest my premium in for this policy:

- will be closed or is already closed, PAMB may switch out existing investment units and redirect recurring premiums to another investment-linked fund(s) that PAMB chooses;
- will be closed to new money or is already closed to new money, PAMB may re-direct recurring premiums to another investment-linked fund(s) that PAMB chooses; or
- will be merged or is already merged into another investment-linked fund ("Merged Fund"), PAMB may convert your units in the discontinued investment-linked fund(s) into units of the Merged Fund and re-direct recurring premiums to the Merged Fund,

as at the date on which the revival is approved by PAMB.

I am also aware and agree that if I would like to switch or re-direct the premium invested to another investment-linked fund(s) (as applicable), I may submit an application to PAMB to do so after my policy has been revived.

Dengan menghantar borang ini, saya sedar dan bersetuju bahawa sekiranya mana-mana dana(-dana) pelaburan yang saya pilih untuk melabur premium saya dalam polisi ini:

- akan ditutup atau telah ditutup, PAMB akan menukar keluar unit-unit pelaburan sedia ada dan mengalih arah premium-premium berulang kepada dana(-dana) pelaburan lain yang dipilih oleh PAMB;
- akan ditutup daripada penerimaan wang baru atau telah ditutup daripada penerimaan wang baru, PAMB akan mengalih arah kemasukan premium-premium berulang kepada dana(-dana) pelaburan lain yang dipilih oleh PAMB; atau
- akan digabung atau telah digabung kepada dana pelaburan lain ("Dana Tergabung"), PAMB akan menukar unit-unit anda dalam dana(-dana) pelaburan yang dihentikan kepada unit-unit Dana Tergabung dan mengalih arah premium berulang kepada Dana Tergabung,

pada tarikh dimana pemulihan semula polisi diluluskan oleh PAMB.

Saya juga sedar dan bersetuju bahawa sekiranya saya ingin menukar atau mengalih arah premium yang dilaburkan kepada dana(-dana) pelaburan lain (yang berkenaan), saya perlu menyerahkan suatu permohonan kepada PAMB untuk berbuat demikian selepas polisi saya telah dipulihkan semula.

Signature of Life A
Tandatangan Hayat A

Name>Nama:
NRIC/Passport No.:
No. Kad Pengenalan/Pasport:

Signature of Life B (if different from Life A)/
Spouse/Parent/Legal Guardian
Tandatangan Hayat B (sekiranya berlainan
dari Hayat A)/Pasangan/Ibu/Bapa/Penjaga Sah

Name>Nama:
NRIC/Passport No.:
No. Kad Pengenalan/Pasport:

Signature of Life C
Tandatangan Hayat C

Name>Nama:
NRIC/Passport No.:
No. Kad Pengenalan/Pasport:

PART 5: STATEMENT OF WITNESS/BAHAGIAN 5: 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/Spouse/Parent/Legal Guardian/Joint Parent 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 Diinsuranskan/Pemegang Polisi/Pasangan/Ibu/Bapa/Penjaga Sah/Ibu Bapa Bersama 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 Notary Public.

Nota: Saksi mestilah seorang Ejen Berkualiti, Pemimpin Agensi, Ketua Cawangan, Wakil Khidmat Pelanggan atau Wakil Bank Kepada PAMB; atau Notari Awam.

Name>Nama:

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

Signature of Witness/Tandatangan Saksi

PART 6: AUTHORIZATION FOR CREDIT/DEBIT CARD DEDUCTION/ BAHAGIAN 6: 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:

- a) 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
b) 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 mendebit 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:

- a) pemberian kuasa yang terkandung di sini adalah tertakluk kepada terma dan syarat yang terpakai berkenaan dengan pemotongan bayaran premium bagi polisi ini daripada kad kredit/debit yang telah didaftarkan ini; dan
b) 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 / PENGAKUAN 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 perubahan 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.