

Policy Number/Nombor Polisi

Application Date/Tarikh Permohonon

Agent Code/Bank/Prudential Assurance

Malaysia Berhad Representative's No.

Kod Ejen/No. Wakil Bank/Prudential Assurance
Malaysia Berhad

Agent/Bank/Prudential Assurance Malaysia Berhad

Representative's Name

Nama Ejen/Wakil Bank/Prudential Assurance Malaysia Berhad

Agent/Bank/Prudential Assurance

Malaysia Berhad Representative's Contact Number

Nombor Telefon Ejen/Wakil Bank/Prudential
Assurance Malaysia BerhadAgent/Bank/Prudential Assurance Malaysia Berhad Representative's Special
Instruction to Prudential Assurance Malaysia Berhad ("PAMB")Arahan Khas Ejen/Wakil Bank/Prudential Assurance Malaysia Berhad
Kepada Prudential Assurance Malaysia Berhad ("PAMB")

PRUDENTIAL

PERSONAL STATEMENT FORM/BORANG KENYATAAN PERIBADI

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 varied 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 varied 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 diubah 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 diubah menurut borang ini.

Note: "consumer insurance contract" means a contract of insurance entered into, varied 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 atau diperbaharui oleh seorang individu bagi maksud yang sama sekali tidak berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion individu itu.

Request Type/Jenis Pemohonan (Please tick (✓) in only ONE of the boxes)/(Sila tanda (✓) di dalam salah SATU kotak sahaja)

Revival

Penguatkuasaan Semula

APL Reinstatement

Penguatkuasaan Semula APL

Endorsement

Pengubahsuaian

Others

Lain-lain

INSTRUCTIONS: Please complete personal statement form in full in CAPITAL LETTERS and TICK (✓) boxes as appropriate. Use DARK BLACK ink only.

ARAHAN: Sila lengkapkan borang kenyataan peribadi sepenuhnya dengan HURUF BESAR dan TANDAKAN (✓) pada kotak-kotak yang berkenaan. Gunakan dakwat HITAM GELAP sahaja.

Full Name (as shown on NRIC/Passport)/Nama Penuh (seperti dalam Kad Pengenalan Baru/Pasport):

Life A:

Hayat A:

Life B:

Hayat B:

Life C:

Hayat C:

PART 1: PERSONAL
DETAILS/
BAHAGIAN 1:
BUTIR PERIBADI

Life A: Life Assured or Child
Hayat A: Hayat Yang Diinsuranskan atau Anak

Life B: Assured (if different from Life A)/
Spouse or Parent/Legal Guardian
Hayat B: Pemunya Polisi (sekiranya berlainan dari Hayat A)/ Pasangan atau Ibu/ bapa/ Penjaga Sah

Life C: Joint Parent
Hayat C: Ibu/bapa Bersama

1.1 Title/ Gelaran
 Mr/Encik Others/Lain-lain:
 Mdm/Puan
 Miss/Cik

1.2 Gender/Jantina
 Male/Lelaki Female/Perempuan

1.3 Old IC No./No..Kad Pengenalan Lama

 NRIC No./
 No.Kad Pengenalan

1.4 Date of Birth/
 Tarikh Lahir
 Day/Hari Month/Bulan Year/Tahun

Notes/Nota-nota:

- Proof of age is required./Bukti tentang umur diperlukan.
- Copy of NRIC/birth certificate/passport of the Life Assured/Assured/Spouse/Parent/Legal Guardian/Joint Parent is required to be submitted./Salinan kad pengenalan baru/sijil kelahiran/pasport untuk Hayat Yang Diinsuranskan/Pemunya Polisi/Pasangan/Ibu/bapa/Penjaga Sah/ Ibu/bapa Bersama perlu dihantar.
- Certified true copy of incorporation, Forms 24 & 49 (or the equivalent documents) for Payor/Beneficial Owner/Corporate Proposer are required to be submitted./ Salinan Sijil Penubuhan, Borang 24 & 49 (atau dokumen lain yang setara) yang disahkan benar untuk Pembayar/Pemilik Benefisial/Pencadang Korporat perlu dihantar.
- In accordance with the guidelines on anti-money laundering issued by Bank Negara Malaysia, PAMB is required to verify the identity of its customers. In the event of insufficient proof of identification, it may result in non-acceptance of the personal statement form./Menurut garis panduan mengenai pencegahan pengubahan wang haram yang dikeluarkan oleh Bank Negara Malaysia, PAMB dikehendaki mengesahkan identiti pelanggannya. Sekiranya bukti pengenalan tidak diberikan secukupnya, borang kenyataan peribadi mungkin tidak diterima.

FORM ID 10701001

Prudential Assurance Malaysia Berhad (107655-U)
 Level 20, Menara Prudential, Persiaran TRX Barat, 55188 Tun Razak Exchange, Kuala Lumpur, Malaysia. P.O. Box 10025, 50700 Kuala Lumpur.
 Customer Service Hotline: 603- 2116 0228, Email: customer.mys@prudential.com.my

Version/Versi 06/2019
 Page/Mukasurat 1/10

Policy Number/Nombor Polisi <input type="text"/>			
PART 1: PERSONAL DETAILS/ BAHAGIAN 1: BUTIR PERIBADI	Life A: Life Assured or Child / Hayat A - Hayat Yang Diinsuranskan atau Anak	Life B: Assured (if different from Life A)/ Spouse or Parent/Legal Guardian Hayat B: Pemunya Polisi (sekiranya berlainan dari Hayat A)/ Pasangan atau Ibu bapa/Penjaga Sah	Life C: Joint Parent Hayat C: Ibu/bapa Bersama
1.5 Marital Status/ Taraf Perkahwinan	<input type="checkbox"/> Single/Bujang <input type="checkbox"/> Married/Berkahwin <input type="checkbox"/> Widowed/Balu <input type="checkbox"/> Divorced/Bercerai	<input type="checkbox"/> Single/Bujang <input type="checkbox"/> Married/Berkahwin <input type="checkbox"/> Widowed/Balu <input type="checkbox"/> Divorced/Bercerai	<input type="checkbox"/> Single/Bujang <input type="checkbox"/> Married/Berkahwin <input type="checkbox"/> Widowed/Balu <input type="checkbox"/> Divorced/Bercerai
1.6 Race/ Bangsa	<input type="checkbox"/> Melayu/Melayu <input type="checkbox"/> Others/Lain-lain: <input type="checkbox"/> Chinese/Cina <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Indian/India <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Melayu/Melayu <input type="checkbox"/> Others/Lain-lain: <input type="checkbox"/> Chinese/Cina <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Indian/India <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Melayu/Melayu <input type="checkbox"/> Others/Lain-lain: <input type="checkbox"/> Chinese/Cina <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Indian/India <input type="text"/>
1.7 Nationality/ Warganegara	<input type="checkbox"/> Malaysian/Malaysia <input type="checkbox"/> Others: <input type="text"/> Lain-lain <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Malaysian/Malaysia <input type="checkbox"/> Others: <input type="text"/> Lain-lain <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Malaysian/Malaysia <input type="checkbox"/> Others: <input type="text"/> Lain-lain <input type="text"/>
1.8 Height and Weight/ Tinggi dan Berat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cms <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kgs sm kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cms <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kgs sm kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cms <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kgs sm kg
1.9 Have you smoked any cigarettes in the last 12 months?/ Pernakah anda merokok di dalam 12 bulan yang lepas?	<input type="checkbox"/> Yes/Ya <input type="checkbox"/> No/Tidak If Yes, please complete the following: Jika Ya, sila isikan yang berikut: <input type="text"/> <input type="text"/> No. of cigarettes per day Jumlah rokok sehari <input type="text"/> <input type="text"/> Years of smoking Jumlah tahun telah merokok	<input type="checkbox"/> Yes/Ya <input type="checkbox"/> No/Tidak If Yes, please complete the following: Jika Ya, sila isikan yang berikut: <input type="text"/> <input type="text"/> No. of cigarettes per day Jumlah rokok sehari <input type="text"/> <input type="text"/> Years of smoking Jumlah tahun telah merokok	<input type="checkbox"/> Yes/Ya <input type="checkbox"/> No/Tidak If Yes, please complete the following: Jika Ya, sila isikan yang berikut: <input type="text"/> <input type="text"/> No. of cigarettes per day Jumlah rokok sehari <input type="text"/> <input type="text"/> Years of smoking Jumlah tahun telah merokok
1.10 Relationship to Life A/ Hubungan dengan Hayat A	Self/Sendiri		
1.11 Occupation/Pekerjaan			
1.12 Exact Duties/ Tugasan terperinci			
1.13 Nature of Business/ Bidang Perkhidmatan/ Perniagaan			
1.14 Date of Occupation Change/Tarikh Tukar Pekerjaan	Day/Hari <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Month/Bulan <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Year/Tahun <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Day/Hari <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Month/Bulan <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Year/Tahun <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Day/Hari <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Month/Bulan <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Year/Tahun <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1.15 Occupation Class/ Kelas Pekerjaan	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
1.16 Annual Income/ Pendapatan Tahunan	RM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	RM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	RM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1.17 Name & Address of Employer/Business/ Nama & Alamat Majikan/Perniagaan	To be completed by Assured . Only fill in if there is a change of Name & Address of Employer/Business. Diisikan oleh Pemunya Polisi . Hanya isi jika ada perubahan Nama & Alamat Majikan/ Perniagaan.		
	Name of Employer /Business Nama Majikan / Perniagaan <input type="text"/>		
	Address: Alamat: <input type="text"/>		
	Postcode/Poskod <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Country/Negara <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
1.18 Contact Details/ Butir Perhubungan	To be completed by Spouse or Joint Parent . Only fill in for inclusion of spouse or joint parent benefit(s). Diisikan oleh Pasangan atau Ibu/bapa Bersama . Hanya isi untuk penyertaan manfaat(-manfaat) pasangan atau ibu/bapa bersama.		
	Correspondence Address Alamat Surat-Menyurat	Residential Address Alamat Rumah	Contact Details Butir Perhubungan
	Same as Assured? Sama dengan Pemunya Polisi? <input type="checkbox"/> Yes/Ya <input type="checkbox"/> No/Tidak If "No", please state. Jika "Tidak", sila nyatakan.	Same as correspondence address? Sama dengan alamat surat-menyurat? <input type="checkbox"/> Yes/Ya <input type="checkbox"/> No/Tidak If "No", please state. Jika "Tidak", sila nyatakan.	Please complete at least ONE telephone number. Sila isikan sekurang-kurangnya SATU nombor telefon
			Mobile Tel./Tel.Bimbit <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			Residence Tel./Tel.Rumah <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			Business Tel./Tel.Pejabat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Postcode/Poskod <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Postcode/Poskod <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Country/Negara <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Country/Negara <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Policy Number/Nombor Polisi <input style="width:200px;" type="text"/>																													
PART 2: LIFESTYLE AND OTHER INFORMATION/BAHAGIAN 2: GAYA HIDUP DAN LAIN-LAIN BUTIRAN																													
Life A -Life Assured or Child/ <i>Hayat A</i> -Hayat Yang Diinsuranskan atau Anak Life B -Assured (if different from Life A)/Spouse or Parent/Legal Guardian/ <i>Hayat B</i> -Pemunya Polisi (sekiranya berlainan dari Hayat A)/Pasangan atau Ibu/bapa/Penjaga Sah Life C -Joint Parent/ <i>Hayat C</i> -Ibu/bapa Bersama	Life A <i>Hayat A</i>		Life B <i>Hayat B</i>		Life C <i>Hayat C</i>																								
	Yes <i>Ya</i>	No <i>Tidak</i>	Yes <i>Ya</i>	No <i>Tidak</i>	Yes <i>Ya</i>	No <i>Tidak</i>																							
2.1a. Do you consume beer, wine or other alcohol or been treated or received counseling for alcohol addiction? If Yes, please provide details. <i>Adakah anda meminum bir, wain atau minuman alkohol yang lain atau pernah dirawat atau menerima kaunseling untuk ketagihan alkohol? Jika Ya, sila berikan maklumat terperinci.</i>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;"></th> <th style="width:15%;">Type <i>Jenis</i></th> <th style="width:30%;">Average weekly Consumption <i>Purata Pengambilan Seminggu</i></th> <th style="width:40%;">Treatment <i>Rawatan</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Life A/<i>Hayat A</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Life B/<i>Hayat B</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Life C/<i>Hayat C</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Type <i>Jenis</i>	Average weekly Consumption <i>Purata Pengambilan Seminggu</i>	Treatment <i>Rawatan</i>	Life A / <i>Hayat A</i>				Life B / <i>Hayat B</i>				Life C / <i>Hayat C</i>													
	Type <i>Jenis</i>	Average weekly Consumption <i>Purata Pengambilan Seminggu</i>	Treatment <i>Rawatan</i>																										
Life A / <i>Hayat A</i>																													
Life B / <i>Hayat B</i>																													
Life C / <i>Hayat C</i>																													
2.1b. Have you ever taken drugs or narcotics or been treated or received counseling for drug addiction? If Yes, please provide details. <i>Pernahkah anda mengambil dadah atau narkotik atau pernah dirawat atau menerima kaunseling untuk ketagihan dadah? Jika Ya, sila berikan maklumat terperinci.</i>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;"></th> <th style="width:15%;">Type <i>Jenis</i></th> <th style="width:30%;">Date ceased <i>Tarikh berhenti</i></th> <th style="width:40%;">Treatment <i>Rawatan</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Life A/<i>Hayat A</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Life B/<i>Hayat B</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Life C/<i>Hayat C</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Type <i>Jenis</i>	Date ceased <i>Tarikh berhenti</i>	Treatment <i>Rawatan</i>	Life A / <i>Hayat A</i>				Life B / <i>Hayat B</i>				Life C / <i>Hayat C</i>													
	Type <i>Jenis</i>	Date ceased <i>Tarikh berhenti</i>	Treatment <i>Rawatan</i>																										
Life A / <i>Hayat A</i>																													
Life B / <i>Hayat B</i>																													
Life C / <i>Hayat C</i>																													
2.2 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? If Yes, please provide details. <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 kawasan berbatu dan gunung, terjun payung jatuh-bebas, terjun udara, lumba motor, atau sebarang sukan, pekerjaan atau kegiatan yang berbahaya? Jika Ya, sila berikan butiran terperinci.</i>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width:15%;">Life A/<i>Hayat A</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Life B/<i>Hayat B</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Life C/<i>Hayat C</i></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Life A / <i>Hayat A</i>		Life B / <i>Hayat B</i>		Life C / <i>Hayat C</i>																					
Life A / <i>Hayat A</i>																													
Life B / <i>Hayat B</i>																													
Life C / <i>Hayat C</i>																													
PART 3: PERSONAL HEALTH DETAILS/BAHAGIAN 3: BUTIR KESIHATAN PERIBADI																													
Life A -Life Assured or Child/ <i>Hayat A</i> -Hayat Yang Diinsuranskan atau Anak Life B -Assured (if different from Life A)/Spouse or Parent/Legal Guardian/ <i>Hayat B</i> -Pemunya Polisi (sekiranya berlainan dari Hayat A)/Pasangan atau Ibu/bapa/Penjaga Sah Life C -Joint Parent/ <i>Hayat C</i> -Ibu/bapa Bersama	Life A <i>Hayat A</i>		Life B <i>Hayat B</i>		Life C <i>Hayat C</i>																								
	Yes <i>Ya</i>	No <i>Tidak</i>	Yes <i>Ya</i>	No <i>Tidak</i>	Yes <i>Ya</i>	No <i>Tidak</i>																							
3.1. Do you have a regular doctor? If Yes, please provide name and address of the doctor. <i>Adakah anda mempunyai doktor yang tetap? Jika Ya, sila nyatakan nama dan alamat doktor tersebut.</i>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width:15%;">Life A/<i>Hayat A</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Life B/<i>Hayat B</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Life C/<i>Hayat C</i></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Life A / <i>Hayat A</i>		Life B / <i>Hayat B</i>		Life C / <i>Hayat C</i>																					
Life A / <i>Hayat A</i>																													
Life B / <i>Hayat B</i>																													
Life C / <i>Hayat C</i>																													
3.2. Has anyone in your family (living or dead) 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. <i>Adakah sesiapa dalam keluarga anda (hidup atau telah meninggal dunia) pernah menghadapi 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.</i>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;"></th> <th style="width:15%;">Relationship <i>Hubungan</i></th> <th style="width:15%;">Type of illness <i>Jenis penyakit</i></th> <th style="width:15%;">Age of onset <i>Umur penyakit bermula</i></th> <th style="width:40%;">Age of death (if applicable) <i>Usia semasa meninggal (jika berkenaan)</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Life A/<i>Hayat A</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Life B/<i>Hayat B</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Life C/<i>Hayat C</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					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>	Life A / <i>Hayat A</i>					Life B / <i>Hayat B</i>					Life C / <i>Hayat 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>																									
Life A / <i>Hayat A</i>																													
Life B / <i>Hayat B</i>																													
Life C / <i>Hayat C</i>																													

Policy Number/Nombor Polisi	
------------------------------------	--

PART 3: PERSONAL HEALTH DETAILS/BAHAGIAN 3: BUTIR KESIHATAN PERIBADI

Life A-Life Assured or Child/**Hayat A**-Hayat Yang Diinsuranskan atau Anak
Life B-Assured (if different from Life A)/Spouse or Parent/Legal Guardian/**Hayat B**-Pemunya Polisi (sekiranya berlainan dari Hayat A)/Pasangan atau Ibu/bapa/Penjaga Sah
Life C-Joint Parent/**Hayat C**-Ibu/bapa Bersama

If Yes to any health question below(Part 3), please provide details as follows:
 ➤ Name, date and duration of condition, illness, injury
 ➤ Name and address of each doctor/hospital
 ➤ Degree and date of recovery; present status of condition, illness, injury and date of last follow-up
 ➤ Treatment or medication-type or name, duration, frequency, dosage
 ➤ Nature of tests done, date, results and reason tests done

If there is insufficient space, please write on an Amendment Form, sign and attach it to this Personal Statement Form.
 Jika Ya kepada mana-mana soalan kesihatan di bawah (Bahagian 3), sila nyatakan butiran secara terperinci seperti berikut:
 ➤ Jenis, tarikh dan jangka masa keadaan, penyakit, kecederaan
 ➤ Nama dan alamat setiap doktor/hospital
 ➤ Tahap dan tarikh pulih, keadaan semasa dan tarikh rawatan susulan terakhir
 ➤ Rawatan atau ubat-ubatan-jenis atau nama, jangka masa, kekerapan, dos
 ➤ Jenis ujian-ujian yang dilakukan, tarikh, keputusan dan sebab-sebab ujian dijalankan

Jika ruang tidak mencukupi, sila tuliskan di dalam Borang Pindaan, tandatangani dan lampirkannya bersama Borang Kenyataan Peribadi ini.

	Life A Hayat A		Life B Hayat B		Life C Hayat C							
	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak						
3.3. Do you currently have, or ever had in the past, any symptoms, or complaints, or investigation, or treatment, or receiving advice for: <i>Adakah anda sedang atau pernah pada masa lalu, mempunyai apa-apa gejala atau aduan, atau disiasat atau menerima rawatan atau nasihat untuk:</i>												
3.3a Impaired sight, hearing or speech or any disease or disorder of the eyes, ears, nose, mouth or throat,oesophagus; persistent hoarseness or cough, shortness of breath or coughing of blood;asthma,bronchitis, tuberculosis, pneumonia, sleep apnoea or other lung or respiratory disorder? <i>Cacat penglihatan, pendengaran atau pertuturan atau sebarang penyakit atau gangguan mata, telinga, hidung, mulut atau tekak,esofagus;keserakan atau batuk berterusan,pendek nafas atau batuk berdarah; lelah (asma), bronkitis, batuk kering, radang paru-paru, apnea tidur atau gangguan paru-paru atau pernafasan lain?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">Life A/Hayat A</td><td></td></tr> <tr><td>Life B/Hayat B</td><td></td></tr> <tr><td>Life C/Hayat C</td><td></td></tr> </table>	Life A/Hayat A		Life B/Hayat B		Life C/Hayat C							
Life A/Hayat A												
Life B/Hayat B												
Life C/Hayat C												
3.3b. Fits, epilepsy, numbness, tinglings of limb and/ or face, involuntary shaking, weakness of limb,recurrent dizziness or headaches/migraines, fainting, multiple sclerosis, paralysis, mental or nervous disorder (including anxiety, depression, panic attacks,chronic fatigue or attempts of suicide),Parkinson’s/Alzheimer’s disease, dementia or any abnormalities of the brain? <i>Sawan, epilepsi, kebas, kesemutan anggota badan dan/ atau muka badan menggeletar di luar kawalan, kelemahan anggota badan,kepeningan dan sakit kepala/migrain berulang, pengsan,skerosis berbilang, kelumpuhan,gangguan mental atau saraf (termasuk keresahan, depresi,serangan panik,letih kronik,atau percubaan bunuh diri),penyakit Parkinson/ Alzheimer,demensia atau sebarang keabnormalan otak?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">Life A/Hayat A</td><td></td></tr> <tr><td>Life B/Hayat B</td><td></td></tr> <tr><td>Life C/Hayat C</td><td></td></tr> </table>	Life A/Hayat A		Life B/Hayat B		Life C/Hayat C							
Life A/Hayat A												
Life B/Hayat B												
Life C/Hayat C												
3.3c. Chest pain, discomfort or tightness; palpitations, heart attack, high blood pressure, stroke, rheumatic fever; heart valve disorder,heart murmur; raised cholesterol; or any disease or disorder of the heart or blood vessels; anaemia, thalassaemia, haemophilia or any disorder of the blood? <i>Sakit dada, rasa tidak selesa atau kesesakan;ketaran jantung,serangan jantung,tekanan darah tinggi, strok, demam reumatik, gangguan injap jantung,bisikan jantung;kolesterol tinggi; atau sebarang jenis penyakit atau gangguan jantung atau saluran darah;anemia,talasemia, haemophilia atau sebarang gangguan darah?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">Life A/Hayat A</td><td></td></tr> <tr><td>Life B/Hayat B</td><td></td></tr> <tr><td>Life C/Hayat C</td><td></td></tr> </table>	Life A/Hayat A		Life B/Hayat B		Life C/Hayat C							
Life A/Hayat A												
Life B/Hayat B												
Life C/Hayat C												
3.3d. Jaundice, being a hepatitis B or C carrier; gastritis, stomach or duodenal ulcer or any disorder of the stomach, intestines, liver, gallbladder, pancreas or digestive system? <i>Penyakit kuning, pembawa hepatitis B atau C; gastritis, ulser perut atau duodenum atau sebarang gangguan pada perut, usus, hati, pundi hempedu, pankreas atau system penghadaman?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">Life A/Hayat A</td><td></td></tr> <tr><td>Life B/Hayat B</td><td></td></tr> <tr><td>Life C/Hayat C</td><td></td></tr> </table>	Life A/Hayat A		Life B/Hayat B		Life C/Hayat C							
Life A/Hayat A												
Life B/Hayat B												
Life C/Hayat C												

Policy Number/Nombor Polisi			
PART 3: PERSONAL HEALTH DETAILS/BAHAGIAN 3: BUTIR KESIHATAN PERIBADI			
Life A-Life Assured or Child/Hayat A-Hayat Yang Diinsuranskan atau Anak	Life A	Life B	Life C
Life B-Assured (if different from Life A)/Spouse or Parent/Legal Guardian/Hayat B-Pemunya Polisi (sekiranya berlainan dari Hayat A)/Pasangan atau Ibu/bapa/Penjaga Sah	Hayat A	Hayat B	Hayat C
Life C-Joint Parent/Hayat C-Ibu/bapa Bersama	Yes	Yes	Yes
	No	No	No
	Ya	Ya	Ya
	Tidak	Tidak	Tidak
3.3e. Sugar, blood or protein in urine, urinary stone or infection, urinary reflux, urinary incontinence; or any disease or disorder of the urinary system including kidney, bladder; prostate or reproductive organ; or sexually transmitted disease (e.g. syphilis, gonorrhoea) including genital sores or discharges? <i>Gula, darah atau protein di dalam air kencing, batu atau jangkitan dalam sistem kencing, refluks kencing, masalah lemah kawalan kencing; atau sebarang penyakit atau gangguan sistem kencing termasuk buah pinggang, pundi kencing, prostat atau organ pembiakan; atau penyakit kelamin (contohnya sifilis, gonorea) termasuk sakit atau lelehan pada alat kelamin?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Life A/Hayat A			
Life B/Hayat B			
Life C/Hayat C			
3.3f. Diabetes, abnormal blood sugar, goitre, thyroid or other endocrine disorder? <i>Kencing manis, abnormal gula darah, goiter, tiroid atau sebarang gangguan atau penyakit system endokrin?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Life A/Hayat A			
Life B/Hayat B			
Life C/Hayat C			
3.3g. Cancer (including leukaemia, lymphoma, melanoma), tumour, growth, cyst, enlarged glands or skin infections; Systemic Lupus Erythematosus (SLE), Kawasaki disease or any other disorder of the immune system? <i>Kanser (termasuk leukaemia, limfoma, melanoma), tumor, pertumbuhan, sista, kelenjar terbuka atau penyakit kulit, Sistemik Lupus Erythematosus (SLE), Penyakit Kawasaki atau sebarang gangguan kepada sistem imun?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Life A/Hayat A			
Life B/Hayat B			
Life C/Hayat C			
3.3h. Rheumatism, arthritis, osteoporosis, fracture, gout or disorder of the muscles, skin or other soft tissues, bones, neck, spine, back or joints; sciatica, deformity, lameness or amputation? <i>Reumatisme, artritis, osteoporosis, retak tulang, gout atau gangguan otot, kulit atau tisu-tisu lembut, tulang, leher, spina, belakang atau sendi; sciatica, kecacatan, ketempangan atau amputasi?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Life A/Hayat A			
Life B/Hayat B			
Life C/Hayat C			
3.4a. 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? <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?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Life A/Hayat A			
Life B/Hayat B			
Life C/Hayat C			
3.4b. 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? <i>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, imbas CT/MRI/PET, darah atau ujian air kencing, biopsi?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Life A/Hayat A			
Life B/Hayat B			
Life C/Hayat C			
3.4c. Are you currently experiencing any symptoms or complaints which you have not consulted a doctor? <i>Adakah anda sedang mengalami apa-apa gejala atau aduan yang anda tidak pernah berunding dengan doktor?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Life A/Hayat A			
Life B/Hayat B			
Life C/Hayat C			

Policy Number/Nombor Polisi							
PART 3: PERSONAL HEALTH DETAILS/BAHAGIAN 3: BUTIR KESIHATAN PERIBADI							
Life A-Life Assured or Child/Hayat A-Hayat Yang Diinsuranskan atau Anak Life B-Assured (if different from Life A)/Spouse or Parent/Legal Guardian/Hayat B-Pemunya Polisi (sekiranya berlainan dari Hayat A)/Pasangan atau Ibu/bapa/Penjaga Sah Life C-Joint Parent/Hayat C-Ibu/bapa Bersama	Life A		Life B		Life C		
	Hayat A		Hayat B		Hayat C		
	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	
3.5 Have you or your spouse/ partner ever been tested for, told to have, received or expect to receive medical advice, counselling or treatment in connection with HIV, AIDS, AIDS related complex or any other AIDS related condition, or at any time in the past 3 months, had any of the following symptoms for more than one week continuously: unexplained recurrent or persistent fever of fatigue, unexplained weight loss, enlarged lymph nodes, chronic or recurrent diarrhea, unusual skin lesions? <i>Pernakah anda atau suami/isteri/pasangan anda pernah diuji untuk, diberitahu menghidap, menerima atau akan menerima sebarang nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan berhubung dengan HIV, AIDS, kerumitan yang berhubung dengan AIDS atau lain-lain keadaan berkaitan AIDS atau pada bila-bila masa dalam 3 bulan yang lepas mengalami sebarang gejala berikut selama lebih satu minggu secara berterusan: demam atau keletihan yang berulang-ulang tanpa sebab, berat badan turun tanpa sebab, pembesaran nodus limfa, cirit-birit yang berulang-ulang atau kronik, perlepuhan kulit yang luar biasa?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Life A/Hayat A Life B/Hayat B Life C/Hayat C							
3.6. FEMALE ONLY/UNTUK WANITA SAHAJA							
3.6a. Have you ever given birth? <i>Pernakah anda melahirkan anak?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.6b. Are you currently pregnant? If Yes, please state the gestational period and expected date of delivery. <i>Adakah anda kini mengandung? Jika Ya, sila nyatakan tempoh gestasi dan tarikh dijangka bersalin.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestational Period: <input type="text"/> <input type="text"/> weeks <i>Usia Kandungan:</i> <input type="text"/> <input type="text"/> minggu Expected Delivery Date: <i>Tarikh Jangka Lahir</i> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day/Hari Month/Bulan Year/Tahun							
3.6c. Have you had any disease or disorder of the breast, cervix uteri, uterus or ovaries including breast lump, breast or ovarian cyst, carcinoma-in-situ, fibroid, polyp, post-coital bleeding, cancer or growth? <i>Pernakah anda mengalami penyakit atau gangguan payudara, serviks uteri, rahim atau ovari termasuk ketulan payudara, sista payudara atau ovari, karsinoma in situ, fibroid, polip, pendarahan berikutan perhubungan kelamin, kanser atau ketumbuhan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Life A/Hayat A Life B/Hayat B Life C/Hayat C							
3.6d. Have you ever had a Pap Smear, mammogram, biopsy, ultrasound of the breast or pelvis, cone biopsy or colposcopy or any other gynaecological investigations which was found to be abnormal, or you were advised to repeat within 6 months? <i>Pernakah anda menjalani Pap Smear, mammogram, biopsi, ultrabunyi payudara atau pelvis, kon biopsi atau kolposkopi atau sebarang pemeriksaan berhubung dengan ginekologi dan didapati abnormal, atau dinasihatkan supaya mengulanginya dalam tempoh 6 bulan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Life A/Hayat A Life B/Hayat B Life C/Hayat C							
3.6e. Have you had any complications during pregnancy or childbirth (e.g. gestational diabetes, gestational hypertension, pre-eclampsia/eclampsia, ectopic pregnancy, stillbirth, miscarriage, disseminated intravascular coagulation, abruptio placentae, or amniotic fluid embolism); or any of your children ever suffered from spina bifida, Down's syndrome, cleft palate, congenital heart disease, anal atresia, atrial septal defect, congenital cataract, congenital deafness, congenital diaphragmatic hernia, infantile hydrocephalus, tetralogy of fallot, transposition of great vessels, truncus arteriosus, ventricular septal defect, or any other congenital defects/ abnormality? <i>Pernakah anda mengalami komplikasi ketika mengandung atau melahirkan anak (seperti kencing manis ketika kehamilan, tekanan darah tinggi ketika kehamilan, pre-eclampsia/eclampsia, kehamilan di luar rahim, kematian janin bayi, keguguran, kegumpalan disseminated intravaskular, solusio plasenta, atau emboli air ketuban) atau salah seorang anak anda mengalami spina bifida, Sindrom Down, langit rekah, penyakit jantung kongenital, penyakit imperforate anus, kecacatan atrial septal, katarak kongenital, kehilangan pendengaran kongenital, hernia diafragmatik kongenital, infantile hydrocephalus, tetralogi fallot, transposisi pembuluh darah, truncus arteriosus, kecacatan ventricular septal, atau sebarang kecacatan/keadaan abnormal kongenital?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Life A/Hayat A Life B/Hayat B Life C/Hayat C							

Policy Number/Nombor Polisi <input style="width:200px;" type="text"/>																														
PART 3: PERSONAL HEALTH DETAILS/BAHAGIAN 3: BUTIR KESIHATAN PERIBADI																														
Life A -Life Assured or Child/ <i>Hayat A</i> -Hayat Yang Diinsuranskan atau Anak Life B -Assured (if different from Life A)/Spouse or Parent/Legal Guardian/ <i>Hayat B</i> -Pemunya Polisi (sekiranya berlainan dari Hayat A)/Pasangan atau Ibu/bapa/Penjaga Sah Life C -Joint Parent/ <i>Hayat C</i> -Ibu/bapa Bersama				Life A <i>Hayat A</i>	Life B <i>Hayat B</i>	Life C <i>Hayat C</i>																								
				Yes No Ya Tidak	Yes No Ya Tidak	Yes No Ya Tidak																								
3.7. CHILD ONLY (Applicable for juvenile policy) <i>UNTUK ANAK SAHAJA</i> (Untuk polisi juvana)																														
3.7a. Was the child's birth abnormal or premature? If Yes, please provide details. <i>Adakah anak ini dilahirkan abnormal atau tidak cukup bulan? Jika Ya, sila berikan maklumat terperinci.</i>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
Birth weight (kgs)/Berat ketika lahir (kg): <input style="width:50px;" type="text"/>																														
Number of weeks premature/Bilangan minggu yang tidak cukup : <input style="width:50px;" type="text"/>																														
Nature of abnormality/Keadaan abnormal : <input style="width:300px;" type="text"/>																														
PART 4: DETAILS OF EXISTING INSURANCE AND REPLACEMENT OF POLICIES <i>BAHAGIAN 4: BUTIR-BUTIR PERLINDUNGAN INSURANS SEDIA ADA DAN PENGGANTIAN POLISI</i>																														
CAUTION: It may not be advantageous to replace an existing life insurance policy with a new one. If you intend to do so, PAMB recommends that you consult your present insurer before making a final decision. <i>PERINGATAN: Menggantikan polisi insurans hayat yang sedia ada dengan yang baru mungkin tidak menguntungkan. Jika anda ingin berbuat demikian, PAMB cadangkan supaya anda mendapatkan nasihat daripada penanggung insurans anda sekarang sebelum membuat keputusan muktamad.</i>																														
4.1a. Has any proposal for life or health assurance on your own life or for insurance against accident or critical illness ever been made to this or any other company (including proposals about to be submitted)? If Yes, please provide details. <i>Pernakah anda membuat sebarang cadangan insurans hayat, insurans kesihatan, insurans kemalangan atau insurans penyakit kritikal bagi pihak diri anda sendiri daripada syarikat ini atau syarikat lain (termasuk cadangan yang akan dikemukakan ini)? Jika Ya, sila berikan maklumat terperinci.</i>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;"></th> <th style="width:15%;">Insurance Company Syarikat Insurans</th> <th style="width:15%;">Proposal/policy number Nombor cadangan/polisi</th> <th style="width:15%;">Year of Issue Tahun Dikeluarkan</th> <th style="width:15%;">Type of Coverage Jenis Perlindungan</th> <th style="width:15%;">Sum Insured (RM) Jumlah Diinsuranskan (RM)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Life A/<i>Hayat A</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Life B/<i>Hayat B</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Life C/<i>Hayat C</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Insurance Company Syarikat Insurans	Proposal/policy number Nombor cadangan/polisi	Year of Issue Tahun Dikeluarkan	Type of Coverage Jenis Perlindungan	Sum Insured (RM) Jumlah Diinsuranskan (RM)	Life A/ <i>Hayat A</i>						Life B/ <i>Hayat B</i>						Life C/ <i>Hayat C</i>								
	Insurance Company Syarikat Insurans	Proposal/policy number Nombor cadangan/polisi	Year of Issue Tahun Dikeluarkan	Type of Coverage Jenis Perlindungan	Sum Insured (RM) Jumlah Diinsuranskan (RM)																									
Life A/ <i>Hayat A</i>																														
Life B/ <i>Hayat B</i>																														
Life C/ <i>Hayat C</i>																														
4.1b. 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. <i>Pernakah 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.</i>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;"></th> <th style="width:15%;">Insurance Company Syarikat Insurans</th> <th style="width:15%;">Reason Sebab</th> <th style="width:15%;">Proposal/policy number Nombor cadangan/polisi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Life A/<i>Hayat A</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Life B/<i>Hayat B</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Life C/<i>Hayat C</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Insurance Company Syarikat Insurans	Reason Sebab	Proposal/policy number Nombor cadangan/polisi	Life A/ <i>Hayat A</i>				Life B/ <i>Hayat B</i>				Life C/ <i>Hayat C</i>														
	Insurance Company Syarikat Insurans	Reason Sebab	Proposal/policy number Nombor cadangan/polisi																											
Life A/ <i>Hayat A</i>																														
Life B/ <i>Hayat B</i>																														
Life C/ <i>Hayat C</i>																														
4.2a. Do you intend to surrender or terminate any of your existing life insurance policies with the application of this new proposal, although you may not receive any returns under these policies or the returns may be less than the total amount of premiums paid? If Yes, please provide details. <i>Adakah anda berhajat untuk menyerahkan atau menamatkan mana-mana polisi insurans hayat anda yang sedia ada dengan cadangan baru yang dipohon ini, walaupun anda mungkin tiada langsung menerima pulangan ke atas polisi ini atau pulangan yang diterima mungkin kurang berbanding dengan premium yang telah dibayar? Jika Ya, sila berikan maklumat terperinci.</i>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;"></th> <th style="width:15%;">Insurance Company Syarikat Insurans</th> <th style="width:15%;">Proposal/policy number Nombor cadangan/polisi</th> <th style="width:15%;">Year of Issue Tahun Dikeluarkan</th> <th style="width:15%;">Type of Coverage Jenis Perlindungan</th> <th style="width:15%;">Sum Insured (RM) Jumlah Diinsuranskan (RM)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Life A/<i>Hayat A</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Life B/<i>Hayat B</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Life C/<i>Hayat C</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Insurance Company Syarikat Insurans	Proposal/policy number Nombor cadangan/polisi	Year of Issue Tahun Dikeluarkan	Type of Coverage Jenis Perlindungan	Sum Insured (RM) Jumlah Diinsuranskan (RM)	Life A/ <i>Hayat A</i>						Life B/ <i>Hayat B</i>						Life C/ <i>Hayat C</i>								
	Insurance Company Syarikat Insurans	Proposal/policy number Nombor cadangan/polisi	Year of Issue Tahun Dikeluarkan	Type of Coverage Jenis Perlindungan	Sum Insured (RM) Jumlah Diinsuranskan (RM)																									
Life A/ <i>Hayat A</i>																														
Life B/ <i>Hayat B</i>																														
Life C/ <i>Hayat C</i>																														
4.2b Has the agent or Bank/PAMB representative in any way influenced you to surrender or terminate any of your existing policies? If Yes, please comment on your satisfaction of explanation given by the agent or Bank/PAMB representative. <i>Pernakah ejen atau wakil Bank/PAMB mempengaruhi anda untuk menyerahkan atau menamatkan mana-mana polisi anda yang sedia ada dengan apa cara sekalipun? Jika Ya, berikan komen berkenaan kepuasan hati anda tentang penerangan yang diberikan oleh ejen atau wakil Bank/PAMB.</i>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Life A/ <i>Hayat A</i>																														
Life B/ <i>Hayat B</i>																														
Life C/ <i>Hayat C</i>																														

PART 5: STATEMENT OF DECLARATION/BAHAGIAN 5: KENYATAAN PENGAKUAN

Please read carefully before signing this personal statement form.

Sila baca dengan teliti sebelum borang kenyataan peribadi ini ditandatangani.

Compliance with the Applicable Requirements by PAMB.**Pematuhan kepada Keperluan Yang Diguna Pakai oleh PAMB.**

I/We acknowledge that PAMB may be obliged to comply with or, at its sole and absolute discretion, choose to have regard to, observe or fulfill the requirements or expectations of the laws, regulations, orders, guidelines, codes, market standard, good practices and requests of or agreements with public, judicial, taxation, governmental and other regulatory authorities or self-regulatory bodies (the "Authorities" and each an "Authority") in various jurisdictions as promulgated and amended from time to time (the "Applicable Requirements"). In this connection, I/we agree that PAMB may take any and all steps to ensure its compliance or adherence (whether voluntary or otherwise) with the Applicable Requirements.

Saya/Kami mengakui bahawa PAMB mungkin diwajibkan untuk mematuhi atau mengikut budi bicaranya yang tunggal dan mutlak, memilih untuk menghormati, mematuhi atau memenuhi keperluan atau kehendak undang-undang, peraturan, perintah, garis panduan, kod, piawai pasaran, amalan baik dan permintaan atau persetujuan dengan orang awam, kehakiman, percukaian, kerajaan dan pihak berkuasa kawal selia atau badan swaatur ("Pihak Berkuasa", dan setiap "Pihak-pihak berkuasa") dalam pelbagai bidang kuasa sepertimana yang diisytiharkan dan dipinda dari masa ke semasa ("Keperluan Yang Diguna Pakai"). Sehubungan ini, saya/kami bersetuju bahawa PAMB boleh mengambil sebarang dan segala langkah untuk memastikan pematuhan atau kepatuhannya (sama ada sukarela atau sebaliknya) dengan Keperluan Yang Diguna Pakai.

Consent by customer for disclosure of information to third parties.**Kebenaran oleh pelanggan untuk pendedahan maklumat kepada pihak ketiga.**

I/We agree that PAMB may disclose my/our particulars or any information to any Authority in connection with the Applicable Requirements whether effected directly or sent through any of PAMB's Head Office(s) or other related corporations or in such manner as PAMB deems fit. I/We shall provide PAMB with further information as may be required for disclosure to any Authority within such time as may be reasonably required.

Saya/Kami bersetuju bahawa PAMB boleh mendedahkan butir-butir saya/kami atau sebarang maklumat kepada mana-mana Pihak Berkuasa berhubung dengan Keperluan Yang Diguna Pakai sama ada dilaksanakan secara langsung atau dihantar melalui mana-mana ibu pejabat PAMB atau syarikat-syarikat berkaitan yang lain atau dengan apa-apa cara yang PAMB anggap wajar. Saya/Kami akan memberikan maklumat lanjut kepada PAMB sebagaimana yang dikehendaki bagi pendedahan kepada mana-mana Pihak Berkuasa dalam masa yang mungkin dikehendaki sewajarnya.

Agreement by customer to update changes to personal particulars or any other information provided to PAMB.**Persestujuan oleh pelanggan untuk mengemaskini perubahan pada butir-butir peribadi atau sebarang maklumat lain yang diberikan kepada PAMB.**

I/We further agree to co-operate with PAMB to enable PAMB to comply with its obligations under all Applicable Requirements concerning me/us or my/our policies with PAMB.

Saya/Kami juga bersetuju untuk bekerjasama dengan PAMB bagi membolehkan PAMB mematuhi kewajibannya di bawah semua Keperluan Yang Diguna Pakai berkenaan dengan saya/kami atau polisi saya/kami dengan PAMB.

I/We agree to update PAMB in a timely manner of any change of any of the details already provided to PAMB:

Saya/Kami bersetuju untuk memaklumkan secara berterusan kepada PAMB tepat pada masanya mengenai sebarang perubahan kepada mana-mana butiran yang telah diberikan kepada PAMB:

- a) **If I am an individual**, I shall notify PAMB immediately if my personal identification number, address, telephone number, nationality, tax status or tax residency changes or if I become tax resident in more than one country.

Jika saya seorang individu, saya akan segera memberitahu PAMB jika nombor pengenalan peribadi, alamat, nombor telefon, kewarganegaraan, taraf cukai atau cukai mastautin saya bertukar atau jika saya menjadi pemastautin cukai lebih daripada sebuah negara.

- b) **If we are a corporation or any other type of entity**, we shall notify PAMB immediately of changes to our registered address, address of our place of business, substantial shareholders, legal and beneficial owners or controllers (who own or control more than 10% of our shares or ownership interest control), tax status, tax residency or if we become tax resident in more than one country.

Jika kami sebuah syarikat atau sebarang jenis entiti lain, kami akan segera memberitahu PAMB mengenai perubahan pada alamat berdaftar, alamat tempat perniagaan kami, pemegang saham utama, pemilik atau pengawal sah dan benefisial (yang memiliki atau mengawal lebih daripada 10% saham kami atau kepentingan kawalan pemilikan), taraf cukai, cukai mastautin atau jika kami menjadi pemastautin cukai lebih daripada sebuah negara.

If any of these changes occur, PAMB reserves the right to request certain documents or information from me/us, which I/we must provide at my/our own cost, including but not limited to, duly completed and/or executed (and, if necessary, notarized) tax declarations or forms.

Jika mana-mana perubahan ini berlaku, PAMB berhak meminta dokumen atau maklumat tertentu daripada saya/kami, yang mana saya/kami mesti berikan atas perbelanjaan saya/kami sendiri, termasuk tetapi tidak terhad kepada pengisytiharaan cukai atau borang yang telah dilengkapkan dan/atau disempurnakan (dan, jika perlu, disahkan oleh notari).

If I/we do not provide PAMB with the information or documents requested in a timely manner or if any information or documents provided are not up-to-date, accurate or complete, I/we agree that in order to ensure PAMB's ongoing compliance or adherence with the Applicable Requirements:

Jika saya/kami tidak memberikan maklumat atau dokumen yang diminta kepada PAMB tepat pada masanya atau jika sebarang maklumat atau dokumen yang diberikan itu adalah tidak terkini, tepat atau lengkap, saya/kami bersetuju bahawa bagi memastikan pematuhan atau kepatuhan PAMB yang berterusan kepada Keperluan Yang Diguna Pakai:

- a) To the extent permitted under applicable law, PAMB may withhold payment of any amount due to me/us (or our personal representatives) under my/our policy in compliance with the Applicable Requirements (and/or pay the same to any relevant Authority); and/or

Setakat yang dibenarkan di bawah undang-undang yang diguna pakai, PAMB boleh menahan bayaran amaun yang perlu dibayar kepada saya/kami (atau wakil diri kami) di bawah polisi saya/kami dalam mematuhi Keperluan Yang Diguna Pakai (dan/atau membayar amaun tersebut kepada mana-mana Pihak Berkuasa yang berkenaan); dan/atau

- b) PAMB may take any and all steps as it deems fit to ensure its compliance or adherence with the Applicable Requirements, or otherwise to protect its legal and/or commercial interests.

PAMB boleh mengambil sebarang dan segala langkah yang ia anggap wajar untuk memastikan pematuhan atau kepatuhannya kepada Keperluan Yang Diguna Pakai ataupun sebaliknya melindungi kepentingannya di sisi undang-undang dan/atau perdagangannya.

A) DATA PRIVACY DECLARATION/PENGAUKAN 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 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.

B) GENERAL DECLARATION/PENGAUKAN UMUM

I/We declare that the information given in this form 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 maklumat yang diberi dalam borang ini dan sebarang maklumat lain yang saya/kami telah memberi kepada PAMB atau kepada pemeriksa perubatan PAMB adalah benar, penuh dan lengkap dan saya/kami tidak menyembunyikan sebarang maklumat penting.

I/We understand that my/our application in this form will not take effect until it has been officially agreed to and accepted by PAMB.

Saya/Kami memahami bahawa permohonan saya/ kami di dalam borang ini tidak akan berkuatkuasa sehingga ia diterima secara rasmi oleh PAMB.

My/Our application is not linked to any statement made by PAMB's agent or Bank's/PAMB's representative (named below). I/We have given no other information (except as written in this application) and as far as I/we know, PAMB's agent or Bank's/PAMB's representative has given no other information, relating to any circumstances which may affect PAMB's decision to provide cover. PAMB's agent or Bank's/PAMB's representative has fully explained all the terms to me/us and the answers I/we have given are true and accurate.

Permohonan saya/kami tidak berkaitan dengan sebarang kenyataan yang dibuat oleh ejen PAMB atau wakil Bank/PAMB (yang dinamakan di bawah). Saya/Kami tidak memberi sebarang maklumat lain (kecuali seperti yang tertulis dalam permohonan ini) dan sejauh pengetahuan saya/kami, ejen PAMB atau wakil Bank/PAMB tidak memberi sebarang maklumat lain berkaitan dengan sebarang keadaan yang mungkin mempengaruhi keputusan PAMB untuk memberikan perlindungan. Ejen PAMB atau wakil Bank/PAMB telah menjelaskan sepenuhnya semua terma-terma kepada saya/kami dan jawapan telah saya/kami berikan adalah benar dan tepat.

I/We have a duty to tell PAMB about any change in my/our health or the health of my/our husband or wife or parent or child which happens after I/we sign this form or which may occur before the alterations to the policy/policies is/are approved. In these circumstances, PAMB may assess my/our policy again.

Saya/Kami mempunyai tanggungjawab untuk memberitahu PAMB sekiranya terdapat perubahan dalam kesihatan saya/kami atau kesihatan suami atau isteri atau ibu/bapa atau anak yang diinsuranskan saya/kami selepas borang ini ditandatangani oleh saya/kami atau mungkin berlaku sebelum pindaan diluluskan. Dalam keadaan ini, PAMB boleh menilai semula polisi saya/kami.

I/We understand that in the event that the benefit I/we select is no longer available, PAMB may at its discretion replace the benefit I/we select with a similar current selling benefit.

Saya/Kami memahami bahawa jika sebarang manfaat yang saya/kami pilih tidak lagi dijual, PAMB boleh menggantikan manfaat tersebut dengan manfaat yang setara yang masih dalam jualan.

I/We have been given the brochures (if any), sales illustrations (if any) and other marketing materials (if any).

Saya/Kami telah diberikan risalah-risalah (jika ada), ilustrasi jualan (jika ada) dan keterangan pemasaran (jika ada).

Policy Number/Nombor Polisi

C) CONSENT/KEBENARAN

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 mengikat di sisi undang-undang ke atas sesiapa sahaja yang mengambil alih mana-mana hak saya/kami di sisi undang-undang.

I/We understand and agree that in the event that there shall be any conflict or inconsistencies between the English and Bahasa Malaysia versions of the personal statement form and for the purpose of interpretation and construction, the English language version of the personal statement form shall prevail and be given effect to.

Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa sekiranya terdapat sebarang percanggahan atau ketakconsistenan antara versi Bahasa Inggeris dan Bahasa Malaysia borang kenyataan peribadi ini dan bagi tujuan tafsiran dan pentafsiran, versi Bahasa Inggeris borang kenyataan peribadi ini akan diutamakan dan dikuatkuasakan.

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 or Parent/Legal Guardian

Tandatangan **Hayat B** (sekiranya
berlainan dari Hayat A)/Pasangan atau 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:

Signature of **Trustee/Assignee**
Tandatangan **Pemegang Amanah/
Penerima Hak**

Name>Nama :

NRIC/Passport No. :

No. Kad Pengenalan/Pasport:

PART 6: AGENT OR BANK/ PAMB REPRESENTATIVE'S DECLARATION/BAHAGIAN 6: PENGAKUAN EJEN ATAU WAKIL BANK/PAMB

- ✓ I declare that the information in the personal statement form is the only information given to me relating to the person(s) applying for this application and I have not withheld any other information which might influence PAMB's acceptance of this personal statement form.
- ✓ I declare that I have sighted the original NRIC/birth certificate/passport/corporate's documents such as Certified true copy of incorporation, Forms 24 & 49 (or the equivalent documents) for Payor/Beneficial Owner/Corporate Proposer, and verified the identity of the above person/corporate entity.
- ✓ I declare that I have given the brochures (if any), sales illustrations (if any) and other marketing materials (if any) to the person applying for this application.
- ✓ *Saya mengaku bahawa maklumat dalam borang kenyataan peribadi ini adalah satu-satunya maklumat yang diberikan kepada saya mengenai pihak(-pihak) yang memohon permohonan ini dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat lain yang mungkin dapat mempengaruhi PAMB dalam penerimaan borang kenyataan peribadi ini.*
- ✓ *Saya mengaku bahawa saya telah melihat salinan asal kad pengenalan/sijil kelahiran/pasport/dokumen korporat seperti Salinan Sijil Penubuhan, Borang 24 & 49 (atau dokumen lain yang setara) yang disahkan benar untuk Pembayar/Pemilik Benefisial/Pencadang Korporat, serta mengesahkan identiti orang/entiti korporat di atas.*
- ✓ *Saya mengaku bahawa saya telah memberi risalah-risalah (jika ada), ilustrasi jualan (jika ada) dan keterangan pemasaran (jika ada) kepada individu yang ingin memohon permohonan ini.*

Signature of **Agent or Bank/PAMB Representative**/Tandatangan **Ejen atau Wakil Bank/PAMB**

PART 7: STATEMENT OF WITNESS/BAHAGIAN 7: 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/Assignee/Trustee(s) 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/Pemunya Polisi/Pasangan/Ibu/bapa/Penjaga Sah/Ibu/bapa Bersama/Penerima Hak/Pemegang Amanah 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.

Signature of **Witness**/Tandatangan **Saksi**

Name>Nama:

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

Address/Alamat: