

Sila isi dengan menggunakan dakwat HITAM GELAP sahaja dan TANDAKAN (✓) dalam petak yang berkenaan.

Nombor Polisi

1.  2.  3.   
 4.  5.  6.

Tarikh Dokumen Diserahkan (hh/bb/tt)

Kod Ejen/Nombor Wakil Bank/  
Prudential Assurance Malaysia Berhad

Nama Ejen/Wakil Bank/Prudential Assurance  
Malaysia Berhad

Nombor Telefon Ejen/Wakil Bank/  
Prudential Assurance Malaysia Berhad

**Nota:** Surat menyurat akan dihantar kepada ejen / wakil bank / wakil Prudential yang dinyatakan diatas. Jika anda mempunyai pilihan yang lain, sila tanda yang berkenaan.

Kaedah Penyampaian Surat Menyurat:  Dihantar terus kepada pemohon  Pengambilan di Cawangan PAMB / Bank:

**BAHAGIAN 1: JENIS TUNTUTAN**

<b>Perubatan</b> [68]	<b>Penyakit Kritikal</b>
<b>Rawatan Hospital / Pembedahan Harian</b> <input type="checkbox"/> Rawatan Hospital / Pembedahan Harian <input type="checkbox"/> Rawatan Di Luar Negara <input type="checkbox"/> Dibiayai Sebahagiannya Oleh Penanggung Insurans Lain <input type="checkbox"/> Pinjaman Pembedahan & Kejururawatan	<input type="checkbox"/> Crisis Cover [11] <input type="checkbox"/> Crisis Cover Income [69]
<b>Rawatan Pesakit Luar</b> <input type="checkbox"/> Rawatan Sebelum & Selepas Masuk Hospital <input type="checkbox"/> Rawatan Kecemasan untuk Kecederaan Akibat Kemalangan <input type="checkbox"/> Rawatan Kanser & Dialisis Buah Pinggang / Demam Denggi Pesakit Luar <input type="checkbox"/> Manfaat Penjagaan oleh Jururawat di Rumah	<b>Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal</b> [12] <input type="checkbox"/> Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal <input type="checkbox"/> Manfaat Ansuran Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal <input type="checkbox"/> Manfaat Penjagaan Jangka Panjang
<b>Manfaat Elaun</b> <input type="checkbox"/> Manfaat Hospital / Elaun <input type="checkbox"/> Manfaat Kebajikan	<b>Death Kematian</b> [09] <input type="checkbox"/> Kematian
<b>Pengumpulan Deduktibel</b> <input type="checkbox"/> Pengumpulan Deduktibel	<b>Others Lain-lain</b> [11] <input type="checkbox"/> Manfaat Essential Child
<b>Kemalangan Peribadi</b> [67]	<b>[57]</b>
<input type="checkbox"/> Bayaran Balik Perubatan Akibat Kemalangan <input type="checkbox"/> Manfaat Pampasan Mingguan <input type="checkbox"/> Hilang Upaya Akibat Kemalangan	<input type="checkbox"/> Jaundis Neonatal <input type="checkbox"/> Manfaat Peringkat Kehidupan <input type="checkbox"/> Inkubasi / Unit Rawatan Rapi / Unit Pergantungan Tinggi <input type="checkbox"/> Manfaat Ragut <input type="checkbox"/> Penyakit Kongenital <input type="checkbox"/> Karsinoma-in-situ Perempuan / Manfaat Pemulihan <input type="checkbox"/> Komplikasi Kehamilan <input type="checkbox"/> Manfaat Penyakit Berjangkit <input type="checkbox"/> <input type="text"/>

**BAHAGIAN 2: MAKLUMAT UMUM HAYAT YANG DIINSURANSKAN**

Nama			
KP Baru/Lama/Pasport/Sijil Kelahiran/Lain-lain		Nombor Telefon*	
Alamat E-mel*		Nama dan Alamat Majikan	
Pekerjaan			
Perlindungan Insurans Lain	Nama Syarikat / Penanggung Insurans / Skim	Nombor Polisi / No.Keahlian	Jumlah Diinsuranskan

**BAHAGIAN 3: MAKLUMAT PENUNTUT (SEKIRANYA BUKAN HAYAT YANG DIINSURANSKAN)**

MAKLUMAT PENUNTUT	Penuntut A	Penuntut B	Penuntut C	Penuntut D
Nama				
KP baru/Lama/Pasport/Lain-lain				
Alamat Surat-Menyurat*				
Nombor Telefon*				
Alamat E-mel*				
Hubungan dengan Hayat yang Diinsuranskan				

\* Untuk kemas kini butiran peribadi (untuk Pemunya Polisi sahaja), sila log masuk ke <https://pruaccessplus.prudential.com.my>.

**BAHAGIAN 4: MAKLUMAT TUNTUTAN****4.1 Untuk Tuntutan Jenis Perubatan, Penyakit Kritikal, Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal dan Lain-lain jika diakibatkan penyakit**

4.1.1 Jenis penyakit dan tanda-tanda

4.1.2 Berapa lamakah Hayat Yang Diinsuranskan mengetahui keadaan yang dihadapi

4.1.3 Kali pertama bertemu dengan doktor dan mendapatkan rawatan

Hari

Bulan

Tahun

4.1.4 Butiran kali pertama dan semua doktor yang telah berunding berkaitan dengan penyakit diatas.

Tarikh rundingan perubatan	Nama doktor & Alamat

**4.2 Untuk Tuntutan Jenis Perubatan, Kemalangan Peribadi dan Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal jika diakibatkan kemalangan.**

4.2.1 Tarikh dan Masa kemalangan	<input type="text"/>	Hari	<input type="text"/>	Bulan	<input type="text"/>	Tahun	<input type="text"/>	am/pm
4.2.2 Tempat kemalangan	<input type="text"/>							
4.2.3 Butiran kemalangan secara terperinci	<input type="text"/>							
4.2.4 Kali pertama bertemu dengan doktor dan mendapatkan rawatan	<input type="text"/>	Hari	<input type="text"/>	Bulan	<input type="text"/>	Tahun		
4.2.5 Tarikh terakhir anda berkerja sebelum hilang upaya	<input type="text"/>	Hari	<input type="text"/>	Bulan	<input type="text"/>	Tahun		
4.2.6 Tarikh kembali bekerja	<input type="text"/>	Hari	<input type="text"/>	Bulan	<input type="text"/>	Tahun		

**4.3 Maklumat Lanjut Untuk Tuntutan Hilang Keupayaan Tetap dan Kekal Keseluruhan**

	Sebelum hilang keupayaan	Status pekerjaan sekarang
4.3.1 Pekerjaan	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.3.2 Nama dan Alamat Majikan	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.3.3 Sila terangkan secara lengkap ciri-ciri kerja yang dilakukan	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.3.4 Adakah anda diberhentikan kerja atas alasan kesihatan?	<input type="text"/>	
4.3.5 Adakah pergerakan anda kini terhad kepada:	<input type="checkbox"/> Terlantar di katil <input type="checkbox"/> Rumah <input type="checkbox"/> Menggunakan Kerusi Roda <input type="checkbox"/> Bergerak dengan bantuan	

**4.4 Untuk Tuntutan Kematian**

4.4.1 Tarikh dan Masa kematian	<input type="text"/>	Hari	<input type="text"/>	Bulan	<input type="text"/>	Tahun	<input type="text"/>	am/pm
4.4.2 Tempat kematian	<input type="text"/>							
4.4.3 Sebab kematian	<input type="checkbox"/> Penyakit	<input type="checkbox"/> Kemalangan	<input type="checkbox"/> Bunuh Diri	<input type="checkbox"/> Lain-lain, sila nyatakan:	<input type="text"/>			
4.4.4 Jika diakibatkan oleh kemalangan, sila nyatakan Tarikh dan Masa kemalangan	<input type="text"/>	Hari	<input type="text"/>	Bulan	<input type="text"/>	Tahun	<input type="text"/>	am/pm
4.4.5 Adakah Si Mati menghadapi apa-apa penyakit sebelum ini?	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK	Jika YA, sila berikan butiran dibawah					

Tarikh rundingan perubatan	Nama doktor	Alamat	Nombor Telefon
<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"/>	<input type="text"/>

4.4.6 Status perkahwinan semasa kematian	<input type="checkbox"/> Bujang	<input type="checkbox"/> Berkahwin	<input type="checkbox"/> Bercerai	<input type="checkbox"/> Duda/Janda
4.4.7 Ahli keluarga Si Mati	<input type="checkbox"/> Suami/Isteri	<input type="checkbox"/> Bapa	<input type="checkbox"/> Ibu	<input type="checkbox"/> Anak-anak ____ orang
4.4.8 Adakah Si Mati meninggalkan wasiat?	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK		

**BAHAGIAN 5: SENARAI SEMAKAN TUNTUTAN**

NOTA: Senarai berikut hanya sebagai garis panduan umum. PAMB berhak untuk meminta dokumen dan maklumat sokongan lain yang berkaitan, atau mempamerkan dokumen asal apabila diperlukan pada bila-bila masa sahaja.

JENIS TUNTUTAN	No.Senarai Semakan (Rujuk kepada mukasurat 5)							
<b>Rawatan Hospital / Pembedahan Harian</b>								
<input type="checkbox"/> Rawatan Hospital / Pembedahan Harian	1a	3	4	6	12	13		
<input type="checkbox"/> Rawatan Di Luar Negara	1a	3	4	6	10	11		
<input type="checkbox"/> Dibiayai Sebahagiannya Oleh Penanggung Insurans Lain	1a	3	4	6	9			
<input type="checkbox"/> Pinjaman Pembedahan & Kejururawatan	1a	3	4	6				
<b>Perubatan Pesakit Luar</b>								
<input type="checkbox"/> Rawatan Sebelum & Selepas Masuk Hospital	3	4	10	11				
<input type="checkbox"/> Rawatan Kanser & Dialisis Buah Pinggang / Demam Denggi Pesakit Luar	2	3	4	10	11			
<input type="checkbox"/> Rawatan Kecemasan untuk Kecelakaan Akibat Kemalangan	2	3	4	10	11	12	13	
<input type="checkbox"/> Manfaat Penjagaan oleh Jururawat di Rumah	3	4	10	11	24	25	26	
<b>Allowance Benefit / Manfaat Elaun</b>								
<input type="checkbox"/> Manfaat Hospital / Elaun	1a	5						
<input type="checkbox"/> Manfaat Kebajikan	1a	5	6					
<b>Pengumpulan Deduktibel</b>								
<input type="checkbox"/> Pengumpulan Deduktibel	1a	5						
<b>Kemalangan Peribadi</b>								
<input type="checkbox"/> Bayaran Balik Perubatan Akibat Kemalangan	2	3	4	6	10	12	13	
<input type="checkbox"/> Manfaat Pampasan Mingguan	1b	6	7	10	12	13		
<input type="checkbox"/> Hilang Upaya Akibat Kemalangan	1b	6	8	10	12	13	17	
<b>Penyakit Kritikal</b>								
<input type="checkbox"/> Crisis Cover	1c	6	17					
<input type="checkbox"/> Payor / Waiver	1c	6	17	20				
<input type="checkbox"/> Crisis Cover Income	Tidak Berkaitan							
<b>Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal</b>								
<input type="checkbox"/> Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal / Manfaat Penjagaan Jangka Panjang	1d	6	13	17	22	23		
<input type="checkbox"/> Manfaat Ansuran Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal	1d							
<input type="checkbox"/> Payor / Waiver	1d	6	13	17	20	22	23	
<b>Kematian</b>								
<input type="checkbox"/> Kematian	<input type="checkbox"/> (a) Untuk Kematian Semulajadi	1e	17	19	20	27		
<input type="checkbox"/> Spouse / Parent Payor / Waiver	<input type="checkbox"/> (b) Untuk Kemalangan atau Bunuh Diri	1e	14	15	16	17	19	20
<b>Lain-lain</b>								
<input type="checkbox"/> Jaundis Neonatal	1f	5	6					
<input type="checkbox"/> Inkubasi / Unit Rawatan Rapi / Unit Pergantungan Tinggi	1f	5						
<input type="checkbox"/> Penyakit Kongenital	<input type="checkbox"/> (a) Untuk Infant Care	1g	3	4	6			
	<input type="checkbox"/> (b) Untuk PRU lady	1g	6					
<input type="checkbox"/> Komplikasi Kehamilan	<input type="checkbox"/> (a) Untuk Infant Care	1h	6	18	21			
	<input type="checkbox"/> (b) Untuk PRU lady	1h	6	18	21			
	<input type="checkbox"/> (c) Untuk Rider Perubatan	1h	3	4	6	18	21	
<input type="checkbox"/> Manfaat Peringkat Kehidupan	21							
<input type="checkbox"/> Manfaat Ragut	13							
<input type="checkbox"/> Karsinoma-in-situ Perempuan / Manfaat Pemulihan	1c	6						
<input type="checkbox"/> Manfaat Penyakit Berjangkit	1i	5	6					
<input type="checkbox"/> Manfaat Essential Child	1j	6	17					

**Senarai Semakan**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. Kenyataan Doktor yang merawat:             <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) Tuntutan Perubatan [Doc ID: 11601007]</li> <li>(b) Tuntutan Kemalangan Peribadi [Doc ID 11601004]</li> <li>(c) Tuntutan Penyakit Kritikal (Sila rujuk Senarai Rujukan Penyakit Kritikal -Kenyataan Doktor Yang Merawat untuk penyakit yang dilindungi)</li> <li>(d) Tuntutan Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal [Doc ID11601013]</li> <li>(e) Manfaat Ansuran Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal [Doc ID 11601070]</li> <li>(f) Tuntutan Kematian [Doc ID 11601010]</li> <li>(g) Paediatrik [Doc ID 11601087]</li> <li>(h) Tuntutan Penyakit Kongenital [Doc ID 11601059]</li> <li>(i) Tuntutan Komplikasi-Komplikasi Kehamilan [Doc ID 11601060]</li> <li>(j) Tuntutan Manfaat Penyakit Berjangkit [Doc ID 11601111]</li> <li>(k) Tuntutan Essential Child [Doc ID 11601120]</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 2. Tarikh dan punca kemalangan, kecederaan dan rawatan yang disahkan oleh doktor yang merawat</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Bil-bil / invoice terperinci dengan penyata asal</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Resit-resit asal termasuk deposit <b>[Sila lengkapkan Senarai Resit Asal]</b></li> <li><input type="checkbox"/> 5. Salinan bil-bil / invoice terperinci dengan penyata</li> <li><input type="checkbox"/> 6. Salinan laporan ujian: Histopatologi, sinar-X, MRI, CT, ultrasound, ujian darah, visual acuity, audiogram, dan lain-lain ujian makmal</li> <li><input type="checkbox"/> 7. Sijil perubatan</li> <li><input type="checkbox"/> 8. Gambar asal menunjukkan kecederaan seluruh badan dan satu gambar menunjukkan anggota yang cedera (jika berkenaan)</li> <li><input type="checkbox"/> 9. Salinan surat pernyataan dari penanggung insurans lain</li> <li><input type="checkbox"/> 10. Laporan perubatan dan bil-bil diterjemahkan dalam Bahasa Inggeris (untuk rawatan di luar negara)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 11. Salinan pasport yang menunjukkan bukti perjalanan (untuk rawatan di luar negara)</li> <li><input type="checkbox"/> 12. Salinan lesen memandu (untuk kemalangan jalan raya)</li> <li><input type="checkbox"/> 13. Salinan laporan polis (jika berkenaan)</li> <li><input type="checkbox"/> 14. Laporan siasatan polis</li> <li><input type="checkbox"/> 15. Laporan bedah siasat awal / autopsi</li> <li><input type="checkbox"/> 16. Laporan toksikologi</li> <li><input type="checkbox"/> 17. Salinan kad pengenalan atau pasport hayat yang diinsuranskan atau penuntut</li> <li><input type="checkbox"/> 18. Salinan Sijil Kelahiran</li> <li><input type="checkbox"/> 19. Salinan Sijil Kematian yang disahkan benar oleh eksekutif PAMB/ BDE/RDM/ Pengurus Cawangan Bank</li> <li><input type="checkbox"/> 20. Bukti hubungan</li> <li><input type="checkbox"/> 21. Sokongan dokumen seperti salinan Sijil Kelahiran, Sijil Perkahwinan, Surat Perjanjian Jual Beli, Sijil Kematian Pasangan</li> <li><input type="checkbox"/> 22. Salinan surat persaraan atas alasan kesihatan daripada majikan (jika berkenaan)</li> <li><input type="checkbox"/> 23. Salinan surat pernyataan dari PERKESO (jika berkenaan)</li> <li><input type="checkbox"/> 24. Surat cadangan daripada doktor menyatakan keperluan untuk bantuan penjagaan oleh jururawat di rumah</li> <li><input type="checkbox"/> 25. Salinan sijil kejururawatan bagi mengesahkan kelayakan jururawat</li> <li><input type="checkbox"/> 26. Caj terperinci menunjukkan masa dan tempoh penjagaan oleh jururawat pada setiap hari</li> <li><input type="checkbox"/> 27. Untuk kematian di luar negara: Laporan kematian luar negara dari Jabatan Pendaftaran Negara &amp; Kedutaan Malaysia di Negara kematian berlaku, Bukti Penghantaran Mayat kembali ke Malaysia diterjemahkan ke Bahasa Inggeris oleh penterjemah sah</li> </ul> |
|---|--|

**Senarai RESIT ASAL yang dilampirkan (termasuk Deposit/Pulangan/Resit Akhir). Sila tampal di atas kertas A4 mengikut susunan tarikh resit.**

Tarikh Resit	No. Resit	Amaun Resit	Tarikh Resit	No. Resit	Amaun Resit

Nota: Jika kekurangan ruang, sila sambung di kertas berasingan dan lampirkan bersama borang ini dengan rapi. **Jumlah**

**Arahan Khas: Sila nyatakan Nombor Polisi / manfaat perlindungan yang dituntut dahulu mengikut keutamaan.**

- 1.
  - 2.
  - 3.
- Kenyataan (jika ada):

## BAHAGIAN 6: KENYATAAN PENGAKUAN

- 1.Saya/Kami mengisytiharkan bahawa saya/kami adalah dibenarkan untuk membuat tuntutan ini dan maklumat yang diberikan di dalam borang ini adalah benar dan hayat yang diinsuranskan yang berkenaan dengan tuntutan dalam borang ini ("Hayat yang Diinsuranskan") tidak mengidap sebarang keadaan/penyakit sedia ada pada waktu polisi ini dikeluarkan.
- 2.Saya/Kami bersetuju bahawa pihak PAMB berhak untuk menafikan liabiliti tuntutan atau meminta kembali amaun yang sudah dibayar, sekiranya terdapat apa-apa maklumat yang tidak lengkap/tidak benar/tidak betul.
- 3.Saya/Kami memahami dan bersetuju kepada Pengakuan Data Peribadi berikut:
  - (a) 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, pemadanan data, mengesan dan mencegah frod, melaksanakan tugas-tugas PAMB sebagai syarikat insurans, dan berkomunikasi dengan saya/kami untuk mana-mana tujuan disebut di atas ("Tujuan-Tujuan").
  - (b) 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 penanggung insurans, syarikat siasatan tuntutan, syarikat insurans lain, persatuan berkaitan dengan industri insurans, hospital, klinik, doctor, 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) 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;
  - (d) Pengakuan Data Peribadi ini boleh diubah dari semasa ke semasa, yang mana notis untuk sebarang perubahan boleh diberi melalui laman sesawang korporat PAMB atau mana-mana cara komunikasi yang PAMB anggap sesuai.
- 4.PAMB telah diberi kuasa oleh Saya/Kami dan hayat yang diinsuranskan untuk mendapatkan maklumat perubatan daripada mana-mana doktor, pakar perubatan, hospital atau klinik yang mempunyai rekod atau pengetahuan tentang kesihatan dan mengumpulkan maklumat daripada sesiapa (termasuk individu, syarikat, masyarakat, penanggung insurans, organisasi, institusi) atau mengenai apa-apa maklumat berkaitan dengan hayat yang diinsuranskan. Salinan kebenaran ini akan sah seperti yang asal dan di sisi undang-undang kepada sesiapa yang mengambil alih mana-mana hak Saya/Kami, serta hak-hak hayat yang diinsuranskan.
- 5.Berhubung dengan data peribadi berkaitan dengan individu yang lain ("Subjek Data"), Saya/Kami membuat representasi dan menjamin bahawa:
  - (a) Saya/Kami telah mendapatkan persetujuan daripada Subjek Data tersebut untuk memberi data peribadi kepada PAMB; dan
  - (b) Saya/Kami telah memaklumkan Subjek Data mengenai Pengakuan Data Peribadi dan Subjek Data faham dan bersetuju serta memberi kebenaran kepada PAMB untuk memproses, menggunakan, mendedahkan, dan memindahkan data peribadi mengikut Pengakuan Data Peribadi.

### Pemberian Kuasa Untuk Mengambil Laporan Perubatan

Saya/Kami dengan ini mengizinkan \_\_\_\_\_ (IC No. \_\_\_\_\_) untuk mengambil laporan perubatan bagi pihak saya/kami dan kemudiannya menghantarkan laporan perubatan tersebut kepada PAMB. Saya/Kami tidak akan memegang PAMB bertanggung jawab atau menanggung apa liabiliti pun dalam apa jua bentuk terhadap akses kepada atau pendedahan secara tidak sah atau tanpa apa-apa kebenaran, bagi maklumat dalam laporan perubatan saya, atau untuk setiap tindakan tidak sah atau tanpa kebenaran yang berkaitan dengan maklumat tersebut, oleh orang yang dinamakan di atas.

Nama:  
No. KP / Pasport:

### Tandatangan Pemunya Polisi atau Penerima Hak

\*Jikalau syarikat, sila turunkan cop syarikat disertakan nama dan jawatan perwakilan syarikat.

(Sekiranya bukan Pemunya Polisi atau Penerima Hak)

Nama:  
No. KP / Pasport:  
Tandatangan Pihak Penuntut A

Nama:  
No. KP / Pasport:  
Tandatangan Pihak Penuntut B

Nama:  
No. KP / Pasport:  
Tandatangan Pihak Penuntut C

Nama:  
No. KP / Pasport:  
Tandatangan Pihak Penuntut D

## BAHAGIAN 7: KENYATAAN SAKSI

Saya dengan ini mengesahkan bahawa semua tandatangan di atas dibuat di hadapan saya.

Nota: Saksi mestilah berumur 18 tahun ke atas dan bukan seorang yang menandatangani borang ini.

Nama Saksi:  
No. KP / Pasport:  
Alamat:  
Tandatangan Saksi

**PERMOHONAN UNTUK KREDIT TERUS**



**Arahan: Sila isi dengan menggunakan dakwat HITAM GELAP sahaja dan tandakan dalam petak yang berkenaan.**

Nombor Cadangan/Polisi

1. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>	3. <input type="text"/>
4. <input type="text"/>	5. <input type="text"/>	6. <input type="text"/>

Tarikh Permohonan

Nama Pencadang/Pemunya Polisi

Nama Hayat Yang Diinsurankan

Kod Ejen/Wakil Bank/Prudential Assurance Malaysia Berhad

Nama Ejen/Wakil Bank/Prudential Assurance Malaysia Berhad

Nombor Telefon Ejen/Wakil Bank/Prudential Assurance Malaysia Berhad

**Nota Penting:**

- Permohonan untuk Kemudahan Kredit Terus (“permohonan”) ini hanya dibenarkan untuk akaun bank yang sah dengan sebuah institusi kewangan berlesen di Malaysia yang mengambil bahagian dalam sistem pembayaran GIRO Antara Bank (IBG)(“Akaun”).
- Prudential Assurance Malaysia Berhad (PAMB) boleh meluluskan permohonan ini untuk membenarkan Kemudahan Kredit Terus (“Kemudahan”) mengikut budi bicaranya sepenuhnya. Penerima akan dimaklumkan secara bertulis sekiranya PAMB meluluskan permohonan ini.
- Dalam borang ini, “Penerima” adalah merujuk kepada pencadang/pemegang polisi/pemilik polisi bagi Cadangan dan Polisi, atau seorang individu yang berhak untuk menerima wang menurut Cadangan dan Polisi.
- Sila lengkapkan bahagian Kredit Terus untuk semua urusan pembayaran daripada polisi-polisi yang disenaraikan dalam borang ini ke dalam bank akaun pilihan penerima. PAMB akan membayar semua pembayaran ke dalam bank akaun penerima yang telah didaftarkan dengan PAMB. Kalau tidak ada, PAMB mungkin mempertimbangkan untuk bergantung kepada perkhidmatan atau produk digital, seperti DuitNow untuk membayar pembayaran kepada penerima, hanya jika perkhidmatan atau produk tersebut boleh digunakan. Jika PAMB tidak dapat membuat pembayaran dalam tempoh setahun dari tarikh pertama pembayaran kena dibayar, wang akan dianggap sebagai wang tidak dituntut. Maka, PAMB akan menyerahkan wang tidak dituntut kepada Jabatan Akauntan Negara Malaysia.

**BAHAGIAN 1: BUTIRAN AKAUN BANK (seperti yang tertera di dalam buku akaun bank atau penyata bank)**

Nama Bank	<input type="text"/>	Nama Pemohon	<input type="text"/>
No.Akaun Bank	<input type="text"/>	Jenis Akaun *Tandakan [v] pada kotak yang berkenaan	[ ] Konvensional [ ] Islam
No.K/P (Baru)/No.K/P (Lama)	<input type="text"/>	No.Pasport/Polis/Tentera/ Pendaftaran Syarikat	<input type="text"/>

**BAHAGIAN 2: KENYATAAN PENGAKUAN**

Sebagai balasan kepada PAMB membenarkan permohonan ini, saya/kami, yang mana saya/kami adalah seorang Penerima, dengan ini bersetuju dan mengisytiharkan bahawa:

- PAMB akan membayar dan mengkreditkan wang yang relevan yang boleh dibayar menurut Cadangan dan Polisi (“Wang”) ke Akaun;
- PAMB akan terus membayar/mengkreditkan Wang tersebut ke dalam Akaun sehingga dan melainkan PAMB menerima arahan bertulis daripada Penerima untuk menarik balik kuasa diberikan kepada PAMB menurut permohonan ini atau PAMB meluluskan permohonan yang baru untuk mengubah butiran Akaun diberikan dalam permohonan ini, sekurang-kurangnya satu(1) bulan sebelum tarikh bayaran seterusnya;
- PAMB tidak bertanggungjawab terhadap sebarang kerugian yang mungkin saya/kami tanggung atau telah tanggung, sama ada secara langsung atau tidak langsung, jika untuk sebarang sebab PAMB tidak dapat atau lewat membayar dan mengkreditkan Wang tersebut ke dalam Akaun atas sebab bukan salah PAMB, termasuk tetapi tidak terhad kepada bayaran ditolak oleh institusi kewangan kerana butiran Akaun yang tidak betul;
- Saya/Kami bersetuju untuk membayar balik dengan serta-merta dan secara penuh Wang tersebut yang telah tersalah bayar atau wang yang saya/kami tidak ada hak untuk menerimanya;

5. PAMB dilindungi dan dilepaskan secara sepenuhnya daripada sebarang dan semua tindakan, tuntutan, prosiding, kos (termasuk kos perundangan atas dasar peguamcara dan pelanggan) serta kerugian, termasuk sebarang pampasan dibayar oleh PAMB untuk menyelesaikan tuntutan sedemikian, yang mungkin timbul dalam apa cara sekalipun daripada atau berkaitan dengan arahan saya/kami menurut permohonan ini. Pemberian kuasa dan tanggung rugi ini adalah mengikat ke atas pengganti hak milik, wasi, pentadbir dan wakil peribadi serta/atau waris saya/kami; dan

6. Saya/Kami faham dan bersetuju kepada Pengakuan Data Peribadi berikut:

- a) 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, pemadanan data, mengesan dan mencegah frod, melaksanakan tugas-tugas PAMB sebagai syarikat insurans, mengemaskini rekod PAMB, pemasaran dan promosi produk dan perkhidmatan kewangan lain oleh PAMB, kumpulan syarikat bagi PAMB dan Prudential plc, serta berkomunikasi dengan saya/kami untuk mana-mana tujuan disebut di atas ("Tujuan-Tujuan");
- b) 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) 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) 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.

Tandatangan **Pemohon**

Nama:

No. Kad Pengenalan/Pasport:

### BAHAGIAN 3: KENYATAAN SAKSI

Saya dengan ini mengesahkan bahawa tandatangan di atas dibuat di hadapan saya.

Nota: Saksi mestilah berumur 18 tahun ke atas dan bukan Pemilik Kontingen/Penama/Pemegang Amanah yang telah dilantik.

Tandatangan **Saksi**

Nama Saksi:

No. Kad Pengenalan/Pasport: