

Please complete in DARK BLACK ink only and TICK (v) the boxes where appropriate.

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

Policy Number /Nombor 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"/>

Date Submitted (dd/mm/yy) / Tarikh Dokumen Diserahkan (hh/bb/tt)

Agent's Code/Bank Staff's ID/Prudential Assurance Malaysia Berhad Representative's Number
 Kod Ejen/ ID Wakil Bank/ Nombor 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 Berhad

Notes:

1. Correspondences in relation to this claim will be delivered to the agent / bank representative / Prudential representative stated above, unless claimant explicitly specifies his / her preferred method.

2. "Life Assured" means the person whom Prudential provides insurance coverage as named in the insurance policy (or insurance certificate, if the policy concerned is a group policy).

Nota-Nota:

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

2. "Hayat Yang Diinsuranskan" merupakan seorang individu yang dinamakan dalam polisi insurans (atau sijil insurans, jika polisi berkenaan merupakan polisi kumpulan - Group Life) yang mana Prudential memberinya perlindungan insurans.

Correspondence Delivery Method:

Kaedah Penyampaian Surat Menyurat:

Send directly to Claimant

Dihantar terus kepada pemohon

Collection at PAMB / Bank Branches:

Pengambilan di Cawangan PAMB / Bank:

PART 1: TYPE OF CLAIM

BAHAGIAN 1: JENIS TUNTUTAN

Medical

Perubatan

Hospitalization / Day Care Surgery

Rawatan Hospital / Pembedahan Harian

Hospitalization / Day Care Surgery

Rawatan Hospital / Pembedahan Harian

Overseas treatment

Rawatan di luar negara

Partially settled by other insurers

Dibiayai sebahagiannya oleh penanggung insurans lain

Outpatient Treatment

Rawatan Pesakit Luar

Pre & Post Hospitalization

Rawatan Sebelum & Selepas Masuk Hospital

Emergency Treatment of Accidental Injury

Rawatan Kecemasan untuk Kecelakaan Akibat Kemalangan

Outpatient Cancer & Kidney Dialysis Treatment

Rawatan Kanser & Dialisis Buah Pinggang Pesakit luar

Home Nursing Care

Manfaat Penjagaan oleh Jururawat di Rumah

Allowance Benefits

Manfaat Elaun

Hospitalization Benefit / Allowance

Manfaat Hospital / Elaun

Personal Accident

Kemalangan Peribadi

Accident Medical Reimbursement

Bayaran Balik Perubatan Akibat Kemalangan

Weekly Indemnity

Manfaat Pampasan Mingguan

Accidental Disablement

Hilang Upaya Akibat Kemalangan

Critical Illness

Penyakit Kritikal

Critical Illness

Penyakit Kritikal

Total and Permanent Disability / Terminal Illness

Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal / Penyakit Maut

Total and Permanent Disability / Terminal Illness

Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal / Penyakit Maut

Temporary Total Disability

Hilang Upaya Menyeluruh Sementara

Temporary Total Disability

Hilang Upaya Menyeluruh Sementara

Partial Permanent Disability

Hilang Upaya Separa Kekal

Partial Permanent Disability due to Illness

Hilang Upaya Separa Kekal akibat Penyakit

Partial Permanent Disability due to Accident

Hilang Upaya Separa Kekal akibat Kemalangan

Death

Kematian

Death

Kematian

Others

Lain-lain

Snatch Theft Benefit

Manfaat Ragut

Accidental Dental Benefit

Manfaat Penyakit Berjangkit

Involuntary Unemployment Benefit

Manfaat Pengangguran Terpaksa

PART 2: LIFE ASSURED'S GENERAL INFORMATION**BAHAGIAN 2: MAKLUMAT UMUM HAYAT YANG DIINSURANSKAN**

Name <i>Nama</i>			
Identification No. (Old NRIC/ Passport No) <i>No. Pengenalan (No. Kad Pengenalan Lama/Pasport)</i>		Contact Number <i>Nombor Telefon</i>	
Correspondence Address / <i>Alamat surat - menyurat</i>		Name and Address of Employer <i>Nama dan Alamat Majikan</i>	
Occupation <i>Pekerjaan</i>		E-Mail Address <i>Alamat E-Mel</i>	
Other Insurance Coverage <i>Perlindungan Insurans Lain</i>	Name of Company / Insurer / Scheme <i>Nama Syarikat / Penanggung Insurans / Skim</i>	Policy / Membership Number <i>Nombor Polisi / No.Keahlian</i>	Sum Insured <i>Jumlah Diinsuranskan</i>

PART 3: CLAIMANT'S DETAILS (IF OTHER THAN LIFE ASSURED)**BAHAGIAN 3: MAKLUMAT PENUNTUT (SEKIRANYA BUKAN HAYAT YANG DIINSURANSKAN)**

CLAIMANT'S DETAILS <i>MAKLUMAT PENUNTUT</i>	Claimant A <i>Penuntut A</i>	Claimant B <i>Penuntut B</i>	Claimant C <i>Penuntut C</i>	Claimant D <i>Penuntut D</i>
Name <i>Nama</i>				
Identification No. (Old NRIC/ Passport No) <i>No. Pengenalan (No. Kad Pengenalan Lama/Pasport)</i>				
Correspondence Address / <i>Alamat surat - menyurat</i>				
Contact Number <i>Nombor Telefon</i>				
Relationship to Life Assured <i>Hubungan dengan Hayat yang Diinsuranskan</i>				

PART 4: CLAIM INFORMATION**BAHAGIAN 4: MAKLUMAT TUNTUTAN****4.1 For Medical, Critical Illness, Total Permanent Disability, Temporary Total Disability and Others Claim if due to illness**

Untuk Tuntutan Jenis Perubatan, Penyakit Kritikal, Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal, Hilang Upaya Menyeluruh Sementara dan Lain-lain jika diakibatkan penyakit

4.1.1 Presented sign and symptom
Jenis penyakit dan tanda-tanda

4.1.2 How long has Life Assured been aware of the condition
Berapa lamakah Hayat Yang Diinsuranskan mengetahui keadaan yang dihadapi

4.1.3 First consultation with doctor to seek treatment
Kali pertama bertemu dengan doktor dan mendapatkan rawatan

<input type="text"/>	Day <i>Hari</i>	<input type="text"/>	Month <i>Bulan</i>	<input type="text"/>	Year <i>Tahun</i>
----------------------	--------------------	----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------

4.1.4 Name of doctor whom you first consulted for the above condition
Nama doktor pertama yang dijumpa untuk jenis penyakit diatas

4.1.5 Name and Address of Clinic / Hospital
Nama dan Alamat Klinik / Hospital

4.2 For Medical, Personal Accident and Total Permanent Disability and Temporary Total Disability Claim if due to accident*Untuk Tuntutan Jenis Perubatan, Kemalangan Peribadi, Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal dan Hilang Upaya Menyeluruh Sementara jika diakibatkan kemalangan.***4.2.1 Date & Time of accident***Tarikh dan Masa kemalangan*

<input type="text"/>	Day <i>Hari</i>	<input type="text"/>	Month <i>Bulan</i>	<input type="text"/>	Year <i>Tahun</i>	<input type="text"/>	am/pm <i>am/pm</i>
----------------------	--------------------	----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-----------------------

4.2.2 Place of accident*Tempat kemalangan***4.2.3 Detailed description of accident***Butiran kemalangan secara terperinci***4.2.4 First consultation with doctor to seek treatment***Kali pertama bertemu dengan doktor dan mendapatkan rawatan*

<input type="text"/>	Day <i>Hari</i>	<input type="text"/>	Month <i>Bulan</i>	<input type="text"/>	Year <i>Tahun</i>
----------------------	--------------------	----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------

4.2.5 Last working date prior to Disability*Tarikh terakhir anda berkerja sebelum hilang upaya*

<input type="text"/>	Day <i>Hari</i>	<input type="text"/>	Month <i>Bulan</i>	<input type="text"/>	Year <i>Tahun</i>
----------------------	--------------------	----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------

4.2.6 Date returned to work*Tarikh kembali bekerja*

<input type="text"/>	Day <i>Hari</i>	<input type="text"/>	Month <i>Bulan</i>	<input type="text"/>	Year <i>Tahun</i>
----------------------	--------------------	----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------

4.3 Further information for Total Permanent Disability Claim*Maklumat Lanjut Untuk Tuntutan Hilang Keupayaan Tetap dan Kekal Keseluruhan*

	Prior to suffering from disability <i>Sebelum hilang keupayaan</i>	Current employment status <i>Status pekerjaan sekarang</i>
4.3.1 Occupation <i>Pekerjaan</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.3.2 Name and Address of Employer <i>Nama dan Alamat Majikan</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.3.3 Please describe in detail the exact duties performed <i>Sila terangkan secara lengkap ciri-ciri kerja yang dilakukan</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.3.4 Are you medically boarded out? <i>Adakah anda diberhentikan kerja atas alasan kesihatan?</i>	<input type="text"/>	
4.3.5 Are you currently confined to: <i>Adakah pergerakan anda kini terhad kepada:</i>	<input type="checkbox"/> Bed-Ridden <i>Terlantar di katil</i> <input type="checkbox"/> Home <i>Rumah</i> <input type="checkbox"/> Wheel Chair Bound <i>Menggunakan Kerusi Roda</i> <input type="checkbox"/> Able to walk with Aid <i>Bergerak dengan bantuan</i>	

4.4 For Death Claim*Untuk Tuntutan Kematian***4.4.1 Date & Time of death***Tarikh dan Masa kematian*

<input type="text"/>	Day <i>Hari</i>	<input type="text"/>	Month <i>Bulan</i>	<input type="text"/>	Year <i>Tahun</i>	<input type="text"/>	am/pm <i>am/pm</i>
----------------------	--------------------	----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-----------------------

4.4.2 Place of death*Tempat kematian***4.4.3 Cause of death***Sebab kematian*

<input type="checkbox"/> Illness <i>Penyakit</i>	<input type="checkbox"/> Accident <i>Kemalangan</i>	<input type="checkbox"/> Suicide <i>Bunuh Diri</i>	<input type="checkbox"/> Others, please specify: <i>Lain-lain, sila nyatakan:</i>
---	--	---	--

4.4.4 If due to accident, please provide date and time of accident*Jika diakibatkan oleh kemalangan, sila nyatakan Tarikh dan Masa kemalangan*

<input type="text"/>	Day <i>Hari</i>	<input type="text"/>	Month <i>Bulan</i>	<input type="text"/>	Year <i>Tahun</i>	<input type="text"/>	am/pm <i>am/pm</i>
----------------------	--------------------	----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-----------------------

4.4.5 Had the deceased suffered any illness previously?*Adakah Si Mati menghidapi apa-apa penyakit sebelum ini?*

<input type="checkbox"/> YES <i>YA</i>	<input type="checkbox"/> NO <i>TIDAK</i>
---	---

If YES, please provide details in below*Jika YA, sila berikan butiran dibawah*

Date of consultation <i>Tarikh rundingan perubatan</i>	Name of doctor <i>Nama doktor</i>	Address <i>Alamat</i>	Telephone Number <i>Nombor Telefon</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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.4.6 Marital Status at point of death*Status perkahwinan semasa kematian*

<input type="checkbox"/> Single <i>Bujang</i>	<input type="checkbox"/> Married <i>Berkahwin</i>	<input type="checkbox"/> Divorced <i>Berceraai</i>	<input type="checkbox"/> Widow/Widower <i>Duda/Janda</i>
--	--	---	---

4.4.7 Deceased's surviving family member(s)*Ahli keluarga Si Mati*

<input type="checkbox"/> Spouse <i>Suami/Isteri</i>	<input type="checkbox"/> Father <i>Bapa</i>	<input type="checkbox"/> Mother <i>Ibu</i>	<input type="checkbox"/> Child(ren) _____ person(s) <i>Anak-anak _____ orang</i>
--	--	---	---

PART 5: CLAIM REQUIREMENT CHECKLIST

BAHAGIAN 5: SENARAI SEMAKAN TUNTUTAN

NOTE: The following list serves as a guide for basic requirements. PAMB reserves the right to request or to view other relevant supporting document and information or the original of copied document whenever necessary.

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.

CLAIM TYPE JENIS TUNTUTAN	Requirement List No. (Refer to Page 5) No.Senarai Semakan (Rujuk kepada mukasurat 5)									
Hospitalization / Day Care Surgery/ Rawatan Hospital / Pembedahan Harian										
<input type="checkbox"/> Hospitalization / Day Care Surgery/ Rawatan Hospital / Pembedahan Harian	1a	3	4	6	12	13	17			
<input type="checkbox"/> Overseas treatment/ Rawatan di luar negara	1a	3	4	6	10	11	17			
<input type="checkbox"/> Partially settled by other insurers/ Dibiayai sebahagiannya oleh penanggung insurans lain	1a	4	5	6	9	17				
Outpatient Treatment Benefit/ Perubatan Pesakit Luar										
<input type="checkbox"/> Pre & Post Hospitalization/ Rawatan Sebelum & Selepas Masuk Hospital	3	4	10	11	17					
<input type="checkbox"/> Outpatient Cancer & Kidney Dialysis Treatment/ Rawatan Kanser & Dialisis Buah Pinggang Pesakit luar	3	4	6	10	11	17				
<input type="checkbox"/> Emergency Treatment of Accidental Injury/ Rawatan Kecemasan untuk Kecederaan Akibat Kemalangan	2	3	4	10	11	12	13	17		
<input type="checkbox"/> Home Nursing Care/ Manfaat Penjagaan oleh Jururawat di Rumah	3	4	10	17	23	24	25			
Allowance Benefit/ Manfaat Elaun										
<input type="checkbox"/> Hospitalization Benefit / Allowance/ Manfaat Hospital / Elaun	1a	5	17							
Personal Accident/ Kemalangan Peribadi										
<input type="checkbox"/> Accident Medical Reimbursement (AMR)/ Bayaran Balik Perubatan Akibat Kemalangan	1b	3	4	6	10	12	13	17		
<input type="checkbox"/> Weekly Indemnity (WI)/ Manfaat Pampasan Mingguan	1b	6	7	10	11	12	13	17		
<input type="checkbox"/> Accidental Disablement/ Hilang Upaya Akibat Kemalangan	1b	6	8	10	12	13	17			
Critical Illness/ Penyakit Kritikal										
<input type="checkbox"/> Critical Illness / Critical Illness	1c	6	17	29	30					
Total and Permanent Disability/ Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal										
<input type="checkbox"/> Total and Permanent Disability/ Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal	1d	6	13	17	21	22	29	30		
Temporary Total Disability / Hilang Upaya Menyeluruh Sementara										
<input type="checkbox"/> Temporary Total Disability / Hilang Upaya Menyeluruh Sementara	1d	6	13	17	21	22	29	30		
Partial Permanent Disability/ Hilang Upaya Separa Kekal										
<input type="checkbox"/> Partial Permanent Disability due to Illness/ Hilang Upaya Separa Kekal akibat Penyakit	1d	8	17	21	22	29	30			
<input type="checkbox"/> Partial Permanent Disability due to Accident/ Hilang Upaya Separa Kekal akibat Kemalangan	1d	8	14	16	17	21	22	29	30	
Death/ Kematian										
<input type="checkbox"/> Death/ Kematian	<input type="checkbox"/> (a) For Natural Death/ Untuk Kematian Semulajadi	1e	17	19	20	28	29	30		
	<input type="checkbox"/> (b) For Accident or Suicide/ Untuk Kemalangan atau Bunuh Diri	1e	14	15	16	17	19	20	28	29
Others / Lain-lain										
<input type="checkbox"/> Snatch Theft Benefit / Manfaat Ragut	13	17								
<input type="checkbox"/> Accidental Dental Benefit / Manfaat Kemalangan Pergigian	1b	4	6	13	17					
<input type="checkbox"/> Involuntary Unemployment Benefit / Manfaat Pengangguran Terpaksa	17	26	27							

Requirement List <i>Senarai Semakan</i>					
<input type="checkbox"/> 1. Doctor's Statement:/ <i>Kenyataan Doktor yang merawat:</i> (a) Medical Claim/ <i>Tuntutan Perubatan</i> [Doc ID 11601007] (b) Personal Accident Claim/ <i>Tuntutan Kemalangan Peribadi</i> [Doc ID 11601004] (c) Critical Illness (Please refer to Confidential Medical Certificate Reference List for covered condition)/ <i>Penyakit Kritikal (Sila rujuk Senarai Rujukan Sijil Pemeriksa Perubatan untuk penyakit yang dilindungi)</i> (d) Total & Permanent Disability Claim/ <i>Tuntutan Hilang Keupayaan Penuh dan Kekal</i> [Doc ID 11601013] (e) Death Claim/ <i>Tuntutan Kematian</i> [Doc ID 11601010] <input type="checkbox"/> 2. Accident date, circumstances of accident, extent of injuries and treatment details certified by the treating doctor on the receipt(s)/ <i>Tarikh dan punca kemalangan, kecederaan dan rawatan yang disahkan oleh doktor yang merawat</i> <input type="checkbox"/> 3. Original final bills / tax invoices with itemized breakdown details/ <i>Bil-bil / inois terperinci dengan penyata asal</i> <input type="checkbox"/> 4. Original receipts including deposit receipt [Please complete List of Original Receipt] / <i>Resit-resit asal termasuk deposit [Sila lengkapkan Senarai Resit Asal]</i> <input type="checkbox"/> 5. Copy of admission final bills / tax invoices with itemized breakdown details/ <i>Salinan bil-bil / inois terperinci dengan penyata</i> <input type="checkbox"/> 6. Copy of tests results: Histopathology, X-ray, MRI, CT scan, ultrasound, blood test, visual acuity, audiogram report and all other lab test report/ <i>Salinan laporan ujian: Histopatologi, sinar-X, MRI, CT, ultrasound, ujian darah, visual acuity, audiogram, dan lain-lain ujian makmal</i> <input type="checkbox"/> 7. Medical certificate/ <i>Sijil perubatan</i> <input type="checkbox"/> 8. Photograph showing injury / amputation for one full body and one showing the affected body part (where applicable)/ <i>Gambar asal menunjukkan kecederaan seluruh badan dan satu gambar menunjukkan anggota yang cedera (jika berkenaan)</i> <input type="checkbox"/> 9. Copy of settlement letter from other insurers/ <i>Salinan surat pernyataan dari penanggung insurans lain</i> <input type="checkbox"/> 10. Medical report and medical bills translated in English (for overseas treatment)/ <i>Laporan perubatan dan bil-bil diterjemahkan dalam Bahasa Inggeris (untuk rawatan di luar negara)</i> <input type="checkbox"/> 11. Copy of passport indicating evidence of travel (for overseas treatment)/ <i>Salinan pasport yang menunjukkan bukti perjalanan (untuk rawatan di luar negara)</i>	<input type="checkbox"/> 12. Copy of driving license (for road traffic accident)/ <i>Salinan lesen memandu (untuk kemalangan jalan raya)</i> <input type="checkbox"/> 13. Copy of police report (where applicable)/ <i>Salinan laporan polis (jika berkenaan)</i> <input type="checkbox"/> 14. Police detailed investigation report/ <i>Laporan siasatan polis</i> <input type="checkbox"/> 15. Post mortem report / autopsy/ <i>Laporan bedah siasat awal / autopsi</i> <input type="checkbox"/> 16. Toxicology report/ <i>Laporan toksikologi</i> <input type="checkbox"/> 17. Copy of Life Assured or Claimant's NRIC or passport/ <i>Salinan kad pengenalan atau pasport hayat yang diinsuranskan atau penuntut</i> <input type="checkbox"/> 18. Copy of Birth Certificate/ <i>Salinan Sijil Kelahiran</i> <input type="checkbox"/> 19. Certified True Copy of Death Certificate by PAMB Branch Executive/ BDE/ RDM/ Bank Branch Manager/ <i>Salinan Sijil Kematian yang disahkan benar oleh eksekutif PAMB/BDE/RDM/ Pengurus Cawangan Bank</i> <input type="checkbox"/> 20. Proof of relationship/ <i>Bukti hubungan</i> <input type="checkbox"/> 21. Copy of letter medically boarded out from employer (where applicable)/ <i>Salinan surat persaraan atas alasan kesihatan daripada majikan (jika berkenaan)</i> <input type="checkbox"/> 22. Copy of confirmation letter from SOCSO (where applicable)/ <i>Salinan surat pernyataan dari PERKESO (jika berkenaan)</i> <input type="checkbox"/> 23. Recommendation letter from treating doctor for home nursing care/ <i>Surat cadangan daripada doktor menyatakan keperluan untuk bantuan penjagaan oleh jururawat di rumah</i> <input type="checkbox"/> 24. Copy of nursing qualifications certificate of the nurses/ <i>Salinan sijil kejururawatan bagi mengesahkan kelayakan jururawat</i> <input type="checkbox"/> 25. Breakdown charges detailing the time and period of the home nursing care services rendered per day/ <i>Caj terperinci menunjukkan masa dan tempoh penjagaan oleh jururawat pada setiap hari</i> <input type="checkbox"/> 26. Termination Letter from employer due to downsizing/ medical reason / <i>Surat Pemberhentian Kerja dari majikan disebabkan oleh pengurangan pekerja / alasan perubatan</i> <input type="checkbox"/> 27. Offer Letter from the employer when joining the company / <i>Surat Tawaran Kerja dari majikan ketika mula bekerja</i> <input type="checkbox"/> 28. For death abroad: Report of death abroad from National Registration Department & Malaysian Embassy in country where death occurred, proof of transportation corpse to Malaysia translated to English by a certified translator/ <i>Untuk kematian di luar negara: Laporan kematian luar negara dari Jabatan Pendaftaran Negara & Kedutaan Malaysia di negara kematian berlaku, bukti penghantaran mayat kembali ke Malaysia diterjemahkan ke Bahasa Inggeris oleh penterjemah sah.</i> <input type="checkbox"/> 29. Letter from employer of current employment status/ <i>Surat pengesahan status pekerjaan daripada majikan*</i> <input type="checkbox"/> 30. Copy of payslip of last withdrawn salary/ <i>Salinan penyata gaji terkini*</i>				
List of ORIGINAL RECEIPT(s) submitted (including Deposit/Refund/Final Receipt(s)). Please paste on A4 paper according to receipt date. <i>Senarai RESIT ASAL yang dilampirkan (termasuk Deposit/Pulangan/Resit Akhir). Sila tampal di atas kertas A4 mengikut susunan tarikh resit.</i>					
Receipt Date <i>Tarikh Resit</i>	Receipt No. <i>No. Resit</i>	Receipt Amount <i>Amaun Resit</i>	Receipt Date <i>Tarikh Resit</i>	Receipt No. <i>No. Resit</i>	Receipt Amount <i>Amaun Resit</i>
Note: If space provided is insufficient, please continue on separate sheet of paper and firmly attach it to this form. <i>Nota:</i> Jika kekurangan ruang, sila sambung di kertas berasingan dan lampirkan bersama borang ini dengan rapi.					Total <i>Jumlah</i>
Special Instruction: Please indicate the Policy Number / Benefit to utilize in order of priority. <i>Arahan Khas: Sila nyatakan Nombor Polisi / manfaat perlindungan yang dituntut dahulu mengikut keutamaan.</i>					
1. 2. 3. Remarks (if any): <i>Kenyataan (jika ada):</i>					

PART 6: STATEMENT OF DECLARATION**BAHAGIAN 6: KENYATAAN PENGAKUAN**

1. I/We hereby declare that I/We am/are authorised to make this claim and the information provided in this form is true and that the insured life of the claims concerned in this form ("Insured Life") has not suffered from any pre-existing condition at the time this policy was taken up./ *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. I/We hereby agree that PAMB shall be at the liberty to deny liability or recover any amounts paid, if any part of the information is incomplete, untrue or incorrect./ *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 atau tidak betul.*
3. I/We understand and agree to the following Data Privacy Declaration:/ *Saya/Kami memahami 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, data matching, fraud detection and prevention, discharging PAMB's duties as an insurer, and 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, pemedanan 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) To achieve these Purposes, PAMB (and any third party appointed by PAMB) can transfer and disclose to third parties such as reinsurers, claims investigator companies, other insurers, industry associations, hospitals, clinics, doctors, PAMB's intermediaries, individuals or entities within PAMB and Prudential plcs's group of companies, and 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 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) 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;/ *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) 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 sesawang korporat PAMB atau mana-mana cara komunikasi yang PAMB anggap sesuai.*
4. PAMB is authorised by me/us and the Insured Life to ask for medical information from any doctor, medical specialised, hospital or clinic that has any records or knowledge of the Insured Life's health and to gather information from any person (includes an individual, any company, society, insurer, organisation, institution) on any relevant information to do with the Insured Life. A copy of this authorisation will be as valid as the original and be legally binding to anyone who takes over any of my/our rights, as well as the rights of the Insured Life./ *PAMB telah diberi kuasa oleh Saya/Kami dan hayat yang diinsuranskan untuk mendapatkan maklumat perubatan daripada mana-mana doktor, 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. In relation to the personal data relating to another individual ("Data Subject"), I/We represent and warrant that:/ *Berhubung dengan data peribadi berkaitan dengan individu yang lain ("Subjek Data"), Saya/Kami membuat representasi dan menjamin bahawa:*
 (a) I/We have obtained the Data Subject's consent to provide the personal data to PAMB; and/ *Saya/Kami telah mendapatkan persetujuan daripada Subjek Data tersebut untuk memberi data peribadi kepada PAMB; dan*
 (b) I/We have informed the Data Subject about the Data Privacy Declaration and the Data Subject understood and has agreed and authorised PAMB to process, use, disclose and transfer the personal data in accordance with the Data Privacy Declaration./ *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.*
6. 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.*

Authorization for Medical Report Collection**Pemberian Kuasa Untuk Mengambil Laporan Perubatan**

I/We hereby authorized _____ (IC No: _____) to collect my/our medical report on my/our behalf/behaves and then to submit the medical report to PAMB. I/We shall not hold PAMB accountable or liable in any way for any unauthorized access to or disclosure of, the information in the medical report, or for any unauthorized act relating to such information, conducted by the earlier-named person./ *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.*

	Name: Nama: NRIC / Passport No. : No. KP / Pasport:
--	--

Signature of Assured or Assignee / *Tandatangan Pemunya Polisi atau Penerima Hak*

*If assured/assignee is entity, kindly include entity stamp with name and designation of the authorised person signatory.
 *Jikalau syarikat, sila turunkan cop syarikat disertakan nama dan jawatan pegawai syarikat.

(If other than Assured or Assignee) / (Sekiranya bukan Pemunya Polisi atau Penerima Hak)

	Name: Nama: NRIC / Passport No. : No. KP / Pasport:
--	--

Signature of Claimant A
Tandatangan Pihak Penuntut A

	Name: Nama: NRIC / Passport No. : No. KP / Pasport:
--	--

Signature of Claimant B
Tandatangan Pihak Penuntut B

	Name: Nama: NRIC / Passport No. : No. KP / Pasport:
--	--

Signature of Claimant C
Tandatangan Pihak Penuntut C

	Name: Nama: NRIC / Passport No. : No. KP / Pasport:
--	--

Signature of Claimant D
Tandatangan Pihak Penuntut D

PART 7: STATEMENT OF WITNESS
BAHAGIAN 7: KENYATAAN SAKSI

I hereby certify all the above signatures were made in my presence./*Saya dengan ini mengesahkan bahawa semua tandatangan diatas dibuat di hadapan saya.*

Note: The Witness must be at least 18 years of age and cannot be one of the signees of this form. / *Nota: Saksi mestilah berumur 18 tahun ke atas dan bukan seorang*

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

Witness's Name:

Nama Saksi:

NRIC/ Passport No. :

No. KP / Pasport:

Address:

Alamat:

APPLICATION FOR DIRECT CREDIT
PERMOHONAN UNTUK KREDIT TERUS



Instruction: To be completed in DARK BLACK ink only and tick the boxes as appropriate.

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

Proposal/Policy Number/ 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"/>

Application Date/ Tarikh Permohonan

Proposer/Assured's Name/ Nama Pencadang/Pemunya Polisi

Life Assured's Name/ Nama Hayat Yang Diinsuranskan

Agent/Bank/Prudential Assurance Malaysia
Berhad Representative's Code/
Kod Ejen/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 Berhad

Important Notes/ Nota Penting:

- This application for Direct Credit Facility ("application") is only allowed for a valid bank account with a licensed financial institution in Malaysia that participates in the Interbank GIRO (IBG) payment system ("Account")./ 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") may approve this application to grant the Direct Credit Facility ("Facility") in its absolute discretion. The Payee will be informed in writing if PAMB approves this application./ 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.
- In this form, "Payee" is referring to the proposer/assured/policy owner of the Proposals and Policies, or the person entitled to receive monies pursuant to the Proposal and Policy./ 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.
- Please complete the Direct Credit section for arrangement for all the payouts from the policies listed in this form to be credited to the payee's selected bank account. PAMB will pay all these payouts into the payee's bank account that is registered with us. Otherwise, PAMB may consider relying on digital service or product, such as DuitNow to pay these payouts to the payee, only if such service or product is made available. If PAMB is not able to pay the monies to the payee within a year from the date the monies first become payable, the monies will be regarded as unclaimed monies. If so, PAMB is required to lodge the unclaimed monies with Jabatan Akauntan Negara Malaysia./ 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.

PART 1: BANK ACCOUNT DETAILS (as appeared in the bank passbook or statement)

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

Bank Name/ Nama Bank		Applicant's Name/ Nama Pemohon	
Account No./ No. Akaun Bank		Account Type/ Jenis Akaun *Tick [v] where appropriate/ Tandakan [v] pada kotak yang berkenaan	[] Conventional/ Konvensional [] Islamic/ Islam
NRIC No. (New)/NRIC No. (Old)/ No. K/P (Baru)/No. K/P (Lama)		Passport/Police/Army/Company Registration No./ No. Pasport/Polis/ Tentera/Pendaftaran Syarikat	

PART 2: STATEMENT OF DECLARATION / BAHAGIAN 2: KENYATAAN PENGAKUAN

In consideration of PAMB approving this application, I/we, who am/are also the Payee, hereby agree and declare that:/ Sebagai balasan kepada PAMB membenarkan permohonan ini, saya/kami, yang mana saya/kami adalah seorang Penerima, dengan ini bersetuju dan mengisytiharkan bahawa:

- PAMB shall pay and credit the relevant monies payable pursuant to the Proposal and Policy ("Monies") into the Account;/ PAMB akan membayar dan mengkreditkan wang yang relevan yang boleh dibayar menurut Cadangan dan Polisi ("Wang") ke Akaun;
- PAMB shall continue to pay/credit the Monies into the Account until and unless PAMB receives a written instruction from the Payee to revoke the authority given to PAMB pursuant to this application or PAMB approves a new application to change the Account details provided in this application, at least one (1) month before the next payment date;/ 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;

FORM ID 10801027

3. PAMB shall not be held liable for any losses that I/we may suffer or have suffered, whether directly or indirectly, if for any reason PAMB is unable or delayed to pay and credit the Monies into the Account through no fault of PAMB, including but not limited to, the payment being rejected by the financial institution due to incorrect Account details;/ 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;
4. I/We agree to immediately refund to PAMB in full the Monies which is paid by mistake or which I/we am/are not entitled to receive;/ 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 is kept harmless and fully indemnified against any and all actions, claims, proceedings, costs (including legal costs on solicitor and client basis) and damages, including any compensation paid by PAMB to settle such claim, that may howsoever arise from or be incidental to my/our instruction pursuant to this application. This authorization and indemnity contained in this application shall be binding upon my/our respective successors-in-title, executors, administrators, personal representatives and/or heirs; and/ 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. 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, for data matching, fraud detection and prevention, discharging PAMB's duties as an insurer, updating PAMB's records, marketing and promotion of other 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, 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) 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 plcs, 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 pengubahan boleh diberi melalui laman korporat PAMB atau mana-mana cara komunikasi yang PAMB anggap sesuai.
7. 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.

Note: In the event of any ambiguity between the English and Bahasa Melayu version, the English version shall prevail and be given effect to.

Nota: Sekiranya terdapat ketidak-selarian antara versi Bahasa Inggeris dengan Bahasa Melayu, versi Bahasa Inggeris akan diutamakan dan dikuatkuasakan.



Signature of **Applicant/ Tandatangan Pemohon**

Name/ Nama:

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

PART 3: STATEMENT OF WITNESS / BAHAGIAN 3: KENYATAAN SAKSI

I hereby certify the above signature(s) was/were made in my presence./ Saya dengan ini mengesahkan bahawa tandatangan di atas dibuat di hadapan saya.

Note: The Witness must be at least 18 years of age and cannot be a named contingent assured/named nominee/trustee.

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



Signature of **Witness/ Tandatangan Saksi**

Witness's Name/ Nama Saksi:

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