

Date
Tarikh

Certificate Number
Nombor Sijil

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

Participant's Telephone Number
Nombor Telefon Peserta

Agent's/Representative's Code
Kod Ejen/Wakil

Agent's/Representative's Name
Nama Ejen/Wakil

Agent's/Representative's Telephone Number
Nombor Telefon Ejen/Wakil

REVIVAL APPLICATION FORM / BORANG PERMOHONAN PENGUATKUASAAN SEMULA

Please complete with CAPITAL LETTERS in appropriate boxes. / Sila isi dengan menggunakan HURUF BESAR di dalam petak yang berkenaan.

Name of Participant Nama Peserta	Name of Person Covered Nama Orang yang Dilindungi	Name of Spouse or Joint Parent (if any) Nama Pasangan atau Ibu Bapa Bersama (jika ada)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IMPORTANT NOTE / NOTA PENTING

You must take reasonable care to disclose in this Revival Application Form and in any personal statement made to Prudential BSN Takaful Berhad (PruBSN) or to our Medical Examiner fully and faithfully, all facts which you know or ought to know which are to the best of your knowledge and in good faith. Otherwise, the revival under this application may be cancelled. Any future attachment shall be deemed part of this form. It is important that this form is completed accurately. The general duty of disclosure shall apply continually and will require you to inform us upon any change of such information disclosed or any new information relevant to this revival.

Anda dikehendaki mengambil perhatian sewajarnya untuk mengisytiharkan di dalam Borang Penguatkuasaan Semula ini dan dalam sebarang kenyataan peribadi yang dibuat kepada Prudential BSN Takaful Berhad (PruBSN) atau kepada Pemeriksa Perubatan kami secara lengkap dan jujur, segala fakta yang anda ketahui atau yang patut anda ketahui sepanjang pengetahuan anda dan secara jujur. Jika tidak, penguatkuasaan semula yang dikeluarkan di bawah permohonan ini berkemungkinan dibatalkan. Sebarang lampiran yang diberikan kemudian akan dianggap sebagai sebahagian daripada borang ini. Adalah penting untuk anda melengkapkan borang ini dengan tepat. Tanggungjawab pengisytiharan anda akan diguna pakai secara berterusan dan anda dikehendaki untuk memaklumkan kami sebarang perubahan maklumat yang diisytiharkan atau sebarang maklumat baru berkaitan dengan penguatkuasaan semula ini.

**PART A: APPLICABLE FOR ALL LAPSED CERTIFICATE
BAHAGIAN A: TERPAKAI UNTUK SEMUA SIJIL LUPUT**

Person A - Person Covered Individu A - Orang yang Dilindungi	Person B - Participant / Spouse / Parent / Legal Guardian Individu B - Peserta / Pasangan / Ibu Bapa / Penjaga yang Sah	Person C - Joint Parent Individu C - Ibu Bapa Bersama
---	--	--

PLEASE TICK IF APPLICABLE / SILA TANDAKAN JIKA BERKENAAN:
(If the answer is YES, please provide detail. / Jika jawapannya YA, sila beri butiran selanjutnya.)

**PART 1: EXTRA PERSONAL DETAILS
BAHAGIAN 1: BUTIRAN PERIBADI TAMBAHAN**

	Person A Individu A		Person B Individu B		Person C Individu C					
	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak				
1 Have you been adjudged a bankrupt, or having suspended payments, or been taken to court or have a suit filed against you, whether in or outside Malaysia? If yes, please forward relevant documents to PruBSN. / Pernahkah anda disyitiharkan sebagai bankrap atau telah menggantung pembayaran atau telah dibawa ke mahkamah atau ada tuntutan yang difailkan terhadap anda sama ada di dalam atau di luar Malaysia? Jika ada sila kemukakan dokumen-dokumen yang berkaitan kepada PruBSN.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<table border="1"> <tr> <th>Person / Individu</th> <th>Details / Butiran</th> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Person / Individu	Details / Butiran	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Person / Individu	Details / Butiran									
<input type="text"/>	<input type="text"/>									

**PART 2: HEALTH DETAILS
BAHAGIAN 2: BUTIRAN KESIHATAN**

1 Have you had any illness, accident or injury in the past three (3) years? If yes, please state the type, date and duration. / Pernahkah anda mengalami penyakit, kemalangan atau kecederaan dalam tempoh tiga (3) tahun lepas? Jika ya, sila nyatakan jenis, tarikh dan tempoh kejadian.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
2 Have you ever been hospitalised? If yes, please state the date and duration of your stay. / Pernahkah anda dimasukkan ke hospital? Jika ya, sila nyatakan tarikh dan tempoh rawatan anda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
3 Have you had any medical test(s) done? If yes, please provide type of tests, dates and results. / Pernahkah anda menjalani ujian perubatan? Jika ya, sila nyatakan jenis ujian, tarikh dan keputusan ujian.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
4 Have you made any accident or hospital benefit claims? If yes, have you fully recovered? Kindly submit a copy of claim report. / Pernahkah anda membuat tuntutan kemalangan atau manfaat hospital? Jika ya, sudahkah anda pulih sepenuhnya? Sila berikan salinan laporan tuntutan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
5 Has anyone in your immediate family (living or deceased) ever suffered from diabetes, heart disease, high blood pressure, stroke, kidney disease (including polycystic, kidney disease), mental disorder, hepatitis B, hepatitis C, cancer, Alzheimer's / Parkinson's disease or any hereditary diseases? If yes, please provide full details. / Adakah sesiapa dalam keluarga terdekat 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. (Note: An individual's immediate family shall includes father, mother, brother and sisters) / (Nota: Keluarga terdekat individu adalah termasuk bapa, ibu, adik-beradik lelaki dan adik-beradik perempuan.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<table border="1"> <tr> <th>Person / Individu</th> <th>Relationship Hubungan</th> <th>Type of illness Jenis penyakit</th> <th>Age onset Umur penyakit bermula</th> <th>Age of death (if applicable) / Umur semasa meninggal (jika berkenaan)</th> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Person / Individu	Relationship Hubungan	Type of illness Jenis penyakit	Age onset Umur penyakit bermula	Age of death (if applicable) / Umur semasa meninggal (jika berkenaan)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Person / Individu	Relationship Hubungan	Type of illness Jenis penyakit	Age onset Umur penyakit bermula	Age of death (if applicable) / Umur semasa meninggal (jika berkenaan)												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
6 (a) Have you given birth to any children? (for females only) / Pernahkah anda melahirkan anak? (untuk wanita sahaja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
(b) Are you currently pregnant? If yes, please state the details. / Adakah anda sedang mengandung? Jika ya, sila nyatakan maklumat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Gestational period / Usia Kandungan <input type="text"/>			Expected delivery date / Tarikh dijangka bersalin <input type="text"/>													

Certificate number / Nombor sijil

PART B: ONLY APPLICABLE FOR CERTIFICATE LAPSED MORE THAN 6 MONTH
BAHAGIAN B: HANYA TERPAKAI UNTUK SIJIL LUPUT MELEBIHI 6 BULAN

PART 1: PERSONAL DETAILS BAHAGIAN 1: BUTIRAN PERIBADI		Person A: Person Covered Individu A: Orang yang Dilindungi	Person B Individu B <input type="checkbox"/> Participant / Company Peserta / Syarikat <input type="checkbox"/> Spouse / Pasangan Ibu bapa / Penjaga sah <input type="checkbox"/> Parent / Legal guardian Ibu bapa / Penjaga sah	Person C: Joint parent Individu C: Ibu bapa bersama
1.1	Relationship to Person A Hubungan dengan Individu A	Self / Sendiri	<input type="checkbox"/> Father / Bapa <input type="checkbox"/> Mother / Ibu <input type="checkbox"/> Husband / Suami <input type="checkbox"/> Wife / Isteri <input type="checkbox"/> Others Lain-lain <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Father / Bapa <input type="checkbox"/> Mother / Ibu
1.2	Title Gelaran	<input type="checkbox"/> Mr / Encik <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain <input type="checkbox"/> Mdm / Puan <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Miss / Cik <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mr / Encik <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain <input type="checkbox"/> Mdm / Puan <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Miss / Cik <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mr / Encik <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain <input type="checkbox"/> Mdm / Puan <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Miss / Cik <input type="text"/>
1.3	Gender Jantina	<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan	<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan	<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan
1.4	Correspondence address Address MUST be in Malaysia ONLY. Alamat surat-menyurat Alamat MESTILAH di Malaysia SAHAJA.	<input type="checkbox"/> Same as correspondence address Sama dengan alamat surat-menyurat	<input type="checkbox"/> Same as correspondence address Sama dengan alamat surat-menyurat	<input type="checkbox"/> Same as correspondence address Sama dengan alamat surat-menyurat
		City / Bandar:	City / Bandar:	City / Bandar:
		Postcode / Poskod	Postcode / Poskod	Postcode / Poskod
		State / Negeri:	State / Negeri:	State / Negeri:
		Country / Negara	Country / Negara	Country / Negara
1.5	Residential Address Alamat Kediaman	<input type="checkbox"/> Same as correspondence address Sama dengan alamat surat-menyurat	<input type="checkbox"/> Same as correspondence address Sama dengan alamat surat-menyurat	<input type="checkbox"/> Same as correspondence address Sama dengan alamat surat-menyurat
		City / Bandar:	City / Bandar:	City / Bandar:
		Postcode / Poskod	Postcode / Poskod	Postcode / Poskod
		State / Negeri:	State / Negeri:	State / Negeri:
		Country / Negara	Country / Negara	Country / Negara
1.6	New NRIC number Nombor KP baru	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Other identity number Nombor pengenalan yang lain	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.7	Date of birth DD/MM/YYYY Tarikh lahir HH/BB/TTTT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.8	Mobile Contact Number Nombor Telefon Bimbit	+ <input type="text"/> - <input type="text"/> Country Code / Kod Negara	+ <input type="text"/> - <input type="text"/> Country Code / Kod Negara	+ <input type="text"/> - <input type="text"/> Country Code / Kod Negara
1.9	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
1.10	Race / Bangsa	<input type="checkbox"/> Malay / 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"/> Malay / 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"/> Malay / Melayu <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain <input type="checkbox"/> Chinese / Cina <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Indian / India <input type="text"/>
1.11	Religion / Agama	<input type="checkbox"/> Islam / Islam <input type="checkbox"/> Buddhist / Buddha <input type="checkbox"/> Hindu / Hindu <input type="checkbox"/> Christian / Kristian <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Islam / Islam <input type="checkbox"/> Buddhist / Buddha <input type="checkbox"/> Hindu / Hindu <input type="checkbox"/> Christian / Kristian <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Islam / Islam <input type="checkbox"/> Buddhist / Buddha <input type="checkbox"/> Hindu / Hindu <input type="checkbox"/> Christian / Kristian <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain <input type="text"/>
1.12	Nationality Warganegara	<input type="checkbox"/> Malaysian / Malaysia <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Malaysian / Malaysia <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Malaysian / Malaysia <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain <input type="text"/>
1.13	Height and weight Tinggi dan berat	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg

Certificate number / Nombor sijil				
PART 2: EXISTING OR CONCURRENT FAMILY TAKAFUL OR LIFE INSURANCE COVERAGE				
BAHAGIAN 2: PERLINDUNGAN TAKAFUL KELUARGA ATAU INSURANS HAYAT SEDIA ADA ATAU SERENTAK				
If you answer 'YES' to any of the question, please give details in the column provided. Jika anda menjawab 'YA' kepada mana-mana soalan, sila nyatakan butiran dalam ruangan yang diberi.				
		Person / Individu		
		A	B	C
		Yes Ya	No Tidak	Yes Ya
		No Tidak	Yes Ya	No Tidak
2.1 Other than this application, are you covered by, or are you applying for any insurance or takaful coverage with other companies? / Selain daripada permohonan ini, adakah anda dilindungi oleh, atau adakah anda sedang memohon mana-mana perlindungan insurans atau takaful dengan syarikat lain?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person / Individu	Company name Nama syarikat	Certificate no/ Policy no No. Sijil / No polisi	Year of issue Tahun dikeluarkan	Type of coverage Jenis perlindungan
				Coverage amount Jumlah perlindungan (RM)
2.2 Has any of your proposal, reinstatement or application for renewal ever been declined, deferred, accepted at special rate or terms? / Pernahkah sebarang cadangan, penguatkuasaan semula atau permohonan anda ditolak, ditangguhkan atau diterima dengan kadar atau syarat yang tertentu?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person / Individu	Company name Nama syarikat	Certificate no/ Policy no No. Sijil / No polisi	Reason / Sebab	
2.3 Do you intend to surrender or terminate any of your existing family takaful certificate or life insurance policy with the application of this new proposal? / Adakah anda berhasrat untuk menyerahkan atau menamatkan mana-mana sijil takaful keluarga atau polisi insurans hayat anda sekarang dengan permohonan cadangan baru ini?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person / Individu	Company name Nama syarikat	Certificate no/ Policy no No. Sijil / No polisi	Reason / Sebab	
Please submit a <u>written consent</u> to us / Sila hantar <u>kebenaran bertulis</u> kepada kami				
PART 3: LIFESTYLE AND OTHER INFORMATION / BAHAGIAN 3: GAYA HIDUP DAN MAKLUMAT LAIN				
3.1 Do you consume beer, wine or other alcohol or been treated or received counselling for alcohol addiction? If yes, please provide details / Adakah anda meminum bir, wain atau minuman alkohol yang lain atau pernah dirawat atau menerima kaunseling untuk ketagihan alkohol? Jika ya, sila berikan butiran terperinci.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person / Individu	Type / Jenis	Average weekly consumptio Purata pengambilan seminggu	Treatment / Rawatan	
3.2 Have you ever taken drugs or narcotics or been treated or received counselling for drug addiction? If yes, please provide details. / Pernahkah anda mengambil dadah atau narkotik atau pernah dirawat atau menerima kaunseling untuk ketagihan dadah? Jika ya, sila berikan butiran terperinci.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person / Individu	Drug name Nama dadah	Date Ceased Tarikh berhenti	Treatment / Rawatan	
3.3 Do you intend to or currently engage in any hazardous activities such as working at heights, offshore (e.g. oil and gas), underwater or underground, use of explosives, aviation, merchant marine or taking part in dangerous sports not limited to motor racing, diving and / or parachuting? / Adakah anda bercadang atau terlibat dalam aktiviti yang berbahaya seperti bekerja di tempat tinggi, luar pesisir (contoh: minyak dan gas), di dasar laut atau bawah tanah, menggunakan bahan letupan, penerbangan, perkapalan perdagangan atau mengambil bahagian dalam sukan berbahaya tidak terhad kepada perlumbaan kereta, menyelam dan / atau payung terjun?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person / Individu	Activity / Aktiviti	Details / Butiran		
PART 4: HEALTH DETAILS / BAHAGIAN 4: BUTIRAN KESIHATAN				
4.1 Do you have a usual doctor? If yes, please provide name and address of the doctor. / Adakah anda mempunyai doktor yang tetap? Jika ya, sila nyatakan nama dan alamat doktor tersebut.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person / Individu	Name and address of Doctor / Nama dan alamat Doktor			
4.2 Has anyone in your immediate family (living or deceased) ever suffered from diabetes, heart disease, high blood pressure, stroke, kidney disease (including polycystic kidney disease), mental disorder, hepatitis B, hepatitis C, cancer, Alzheimer's / Parkinson's disease or any other hereditary disease? If yes, please provide details. / Adakah sesiapa dalam keluarga terdekat anda (hidup atau telah meninggal dunia) pernah menghidapi kencing manis, penyakit jantung, tekanan darah tinggi, strok, penyakit ginjal (termasuk ginjal polisista), kecelaruan mental, hepatitis B, hepatitis C, kanser, penyakit Alzheimer / Parkinson atau sebarang penyakit keturunan? Jika ya, sila berikan butiran terperinci.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Note: An individual's immediate family shall include father, mother, brother and sisters) / (Nota: Keluarga terdekat individu adalah termasuk bapa, ibu, adik-beradik lelaki dan adik-beradik perempuan.)				
Person / Individu	Relationship Hubungan	Type of illness Jenis penyakit	Age onset Umur penyakit bermula	Age of death (if applicable) Umur semasa meninggal (jika berkenaan)

Certificate number / Nombor sijil

PART 4: HEALTH DETAILS / BAHAGIAN 4: BUTIRAN KESIHATAN

Person / Individu

If you answer 'YES' to any of the question, please give details in the column provided.

Jika anda menjawab 'YA' kepada mana-mana soalan, sila nyatakan butiran dalam ruangan yang diberi.

A		B		C	
Yes	No	Yes	No	Yes	No
Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak

4.3 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>					
a. 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"/>
b. Fits, epilepsy, numbness, tinglings of limb and / or face, involuntary shaking, weakness of limb, recurrent dizziness or headaches / migraines, fainting, multiple sclerosis, paralysis, 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, kepening dan sakit kepala / migraine berulang, pengsan, sklerosis berbilang, kelumpuhan, penyakit Parkinson / Alzheimer, demensia atau sebarang keabnormalan otak?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 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"/>
d. Jaundice, being a hepatitis B or C carrier; gastritis, stomach or duodenal ulcer, inflammatory bowel disease 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, penyakit radang usus atau sebarang gangguan pada perut, usus, hati, pundi hempedu, pankreas atau sistem penghadaman?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 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"/>
f. Diabetes, abnormal blood sugar, goitre, thyroid or other endocrine disorder? / <i>Kencing manis, abnormal gula darah, goiter, tiroid atau sebarang gangguan atau penyakit sistem endokrin?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 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 Eritematosus (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"/>
h. 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"/>
i. Any infectious disease? / <i>Sebarang penyakit berjangkit?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Mental or nervous disorder; including and not limited to anxiety, depression, major depression, panic attacks, chronic fatigue, attempts of suicide, mood or emotional disturbances, bipolar disorder or recurring obsessions, including obsessive compulsive disorder, schizophrenia or schizoaffective disorder? / <i>Gangguan mental atau saraf; termasuk dan tidak terhad kepada keresahan, depresi, gangguan depresi utama, serangan panik, letih kronik, percubaan bunuh diri, gangguan perasaan atau emosi, gangguan bipolar atau obsesi berulang, termasuk gangguan obsesif kompulsif, skizofrenia atau gangguan skizoafektif?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Are you currently considering or receiving medical treatment, psychiatrist consultation, therapy or under medical care of any kind; or ever had any illness, disorder, 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 rawatan perubatan, konsultasi psikiatri, terapi atau sebarang bentuk rawatan perubatan; atau pernah mengalami penyakit, gangguan, 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"/>
4.5 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, ujian darah atau air kencing, biopsi?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 Are you currently experiencing any symptoms or complaints for 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"/>
4.7 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 or fatigue, unexplained weight loss, enlarged lymph nodes, chronic or recurrent diarrhoea, unusual skin lesions? / <i>Pernahkah 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"/>

Details for Question 4.3 to 4.7 if you answered 'Yes' / Butiran untuk Soalan 4.3 hingga 4.7 jika anda menjawab 'Ya'

Question No./ No. Soalan	Person / Individu	Name, date and duration of conditions, name and address of attending doctor, hospital, treatment, degree of recovery, present status, date of last follow up, nature of tests done, results and reasons. / Nama, tarikh dan tempoh keadaan, nama dan alamat doktor yang merawat, hospital, rawatan, tahap pemulihan, keadaan semasa, tarikh akhir rawatan susulan, jenis ujian, keputusan dan sebab.

Certificate number / Nombor sijil

PART 4: HEALTH DETAILS / BAHAGIAN 4: BUTIRAN KESIHATAN

If you answer 'YES' to any of the question, please give details in the column provided.
 Jika anda menjawab 'YA' kepada mana-mana soalan, sila nyatakan butiran dalam ruangan yang diberi.

CHILD ONLY / KANAK-KANAK SAHAJA

4.8 a. Was the child born premature or less than 37 weeks of age? If yes, provide weight at birth and weeks premature. / Adakah anak dilahirkan pramatang atau kurang dari 37 minggu? Jika ya, nyatakan berat semasa lahir dan minggu pramatang.

i) **Weight at birth (BW)** kg i) **Weeks premature**
 Berat sewaktu dilahirkan Minggu pramatang

b. Has the child suffered from or currently suffering from spina bifida, Down's syndrome, cleft palate, anal atresia, atrial or ventricular septal defect, congenital heart disease, congenital cataract, congenital deafness, congenital diaphragmatic hernia, infantile hydrocephalus, Fallot's tetralogy, transposition of great vessels, truncus arteriosus, or any congenital disorder, birth defects, abnormalities, residual complications, impairment or physical defects including but not limited to G6PD deficiency, abnormal TSH, epilepsy, fits, prolonged jaundice or respiratory distress syndrome? / Adakah anak ini pernah menghidap atau sedang menghidap spina bifida, sindrom Down, lelangit rekah, atresia anus, kecacatan atrium atau septum ventrikel, penyakit jantung sejak lahir, katarak sejak lahir, kehilangan pendengaran sejak lahir, hernia diaframatik sejak lahir, hidrosefalus infantil, tetralogi Fallot, transposisi pembuluh darah, trunkus arteriosus, atau sebarang gangguan kongenital, kecacatan semasa lahir, keabnormalan, komplikasi residual, kekurangan atau kecacatan fizikal termasuk tetapi tidak terhad kepada defisiensi G6PD, TSH yang tidak normal, epilepsi, sawan, jaundis berpanjangan atau sindrom masalah pernafasan?

c. Does the child currently have, or ever had in the past, any symptoms, or complaints, or investigation, or treatment, or receiving advice for Tourette syndrome, autism, autism spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder or any mental defect? / Adakah anak ini sedang atau pernah pada masa lalu, mempunyai apa-apa gejala atau aduan, atau disiasat, atau menerima rawatan, atau nasihat untuk sindrom Tourette, autisme, gangguan spektrum autisme, sindrom kurang daya tumpuan dan hiperaktif atau sebarang kecacatan mental?

Details for Question 4.8 if you answered 'Yes' / Butiran untuk Soalan 4.8 jika anda menjawab 'Ya'

Question No./ No. Soalan	Name, date and duration of conditions, name and address of attending doctor, hospital, treatment, degree of recovery, present status, date of last follow up, nature of tests done, results and reasons. / Nama, tarikh dan tempoh keadaan, nama dan alamat doktor yang merawat, hospital, rawatan, tahap pemulihan, keadaan semasa, tarikh akhir rawatan susulan, jenis ujian, keputusan dan sebab.

FEMALE ONLY / UNTUK WANITA SAHAJA

4.9 a. Have you given birth to any child? / Pernahkah anda melahirkan anak?

b. Are you currently pregnant? / Adakah anda sedang mengandung?
 Gestational period / Weeks / minggu Expected delivery date /
 Usia kandungan Tarikh dijangka bersalin

c. 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, menstrual disorder, post-coital bleeding, cancer or growth? / Pernahkah anda mengalami penyakit atau gangguan payudara, serviks uteri, uterus atau ovari termasuk benjolan pada payudara, sista payudara atau ovari, karsinoma-in-situ, fibroid, polip, gangguan haid, pendarahan berikutan hubungan kelamin, barah atau ketumbuhan?

d. Have you ever had a pap smear, mammogram, biopsy, ultrasound of the breast or pelvis, cone biopsy or colposcopy or any other gynaecological investigations that was found to be abnormal, or advised to repeat within six (6) months? / Pernahkah anda menjalani ujian pap smear, mammogram, biopsi, ultrabunyi payudara atau pelvis, biopsi kon atau kolposkopi atau sebarang penyiasatan berhubung dengan ginekologi yang didapati abnormal, atau dinasihatkan membuat ulangan dalam tempoh enam (6) bulan?

e. In your previous or current pregnancy or childbirth, have you had or have gestational diabetes, gestational hypertension, pre-eclampsia or eclampsia, ectopic pregnancy, stillbirth, miscarriage, disseminated intravascular coagulation, abruptio placentae, amniotic fluid embolism, molar pregnancy, or any other pregnancy complications? / Dalam kehamilan sebelumnya atau semasa melahirkan anak pernahkah anda mengalami kencing manis ketika mengandung, tekanan darah tinggi ketika mengandung, pre-eklampsia atau eklampsia, kehamilan di luar rahim, kematian janin, keguguran, koagulasi intravaskular tersebar, abrups plasenta, embolisme cecair amnion, kehamilan molar, atau sebarang komplikasi semasa mengandung?

Details for Question 4.9 if you answered 'Yes' / Butiran untuk Soalan 4.9 jika anda menjawab 'Ya'

Question No./ No. Soalan	Person / Individu	Name, date and duration of conditions, name and address of attending doctor, hospital, treatment, degree of recovery, present status, date of last follow up, nature of tests done, results and reasons. / Nama, tarikh dan tempoh keadaan, nama dan alamat doktor yang merawat, hospital, rawatan, tahap pemulihan, keadaan semasa, tarikh akhir rawatan susulan, jenis ujian, keputusan dan sebab.

Certificate number / Nombor sijil

PART C: REVIVAL / BAHAGIAN C: PENGUATKUASAAN SEMULA**Revival Requirement(s) / Keperluan Penguatkuasaan Semula:**

- a) Applicable for all products **EXCEPT** for PruBSN Aspirasi / Premier Vantage / Smart Aspire Takaful / PruBSN Lestari / BSN Takaful Makmur / Premier Signature
 Berkenaan untuk semua produk **KECUALI** PruBSN Aspirasi / Premier Vantage / Smart Aspire Takaful / PruBSN Lestari / BSN Takaful Makmur / Premier Signature **SAHAJA**

Revival Requirement(s) Keperluan Penguatkuasaan Semula	Payment Frequency Kekerapan Pembayaran	Payment Method Kedah Pembayaran	Lapsed Duration / Tempoh Luput		
			1 to 5 months 1 sehingga 5 bulan	6 to 12 months 6 sehingga 12 bulan	13 to 36 months 13 sehingga 36 bulan
Contribution / Sumbangan	Monthly / Bulanan	Recurring / Berulang	One (1) month contribution instalment / Satu (1) bulan sumbangan	Three (3) month contribution instalment Tiga (3) bulan sumbangan	
		Non-Recurring Bukan Berulang	Two (2) month contribution instalment / Dua (2) bulan sumbangan	Four (4) month contribution instalment Empat (4) bulan sumbangan	
	Non-Monthly Bukan Bulanan	Recurring / Berulang	One (1) contribution instalment / Satu (1) Sumbangan		
		Non-Recurring Bukan Berulang			
Revival Application Form / Borang Penguatkuasaan Semula			1 to 6 months 1 sehingga 6 bulan	7 to 12 months 7 sehingga 12 bulan	13 to 36 months 13 sehingga 36 bulan
			√ (Complete Part A) (Lengkapkan bahagian A)	√ (Complete Part A & Part B) (Lengkapkan bahagian A dan B)	
Medical Examination / Pemeriksaan Kesihatan			NA		√

Note / Nota:

- Revival is not allowed for PruBSN Platinum, Premier One-i, Smart Secure Takaful and InvestLink-i. / Penguatkuasaan Semula tidak dibenarkan untuk PruBSN Platinum, Premier One-i, Smart Secure Takaful and InvestLink-i.
- The acceptance of Revival is subject to PruBSN approval. / Penerimaan Penguatkuasaan Semula adalah tertakluk pada kelulusan PruBSN.
- For Certificate is incepted before 05 September 2011 / Jika Sijil anda telah dikuatkuasakan sebelum 05 September 2011.

Your certificate provides Takaful coverage from the Tabarru' Fund, where monthly Tabarru' deduction for basic plan, optional benefit(s) and supplementary benefit(s), ServiceCharge and Risk Management Charge shall be deducted from the Participant's Unit Account (PUA) and Individual Special Account (ISA) of your certificate accordingly, for the Takaful benefits participated. In line with Islamic Financial Services Act 2013 (IFSA) and to ensure continuous coverage for the Takaful benefits under your certificate, once your certificate is revived, cross-subsidy between PUA and ISA will take effect whenever there is insufficient units in PUA or ISA to pay for the monthly Tabarru' deductions and other relevant charges. Cross subsidy will prevent partial lapsation of your certificate (e.g. discontinued coverage for medical rider) and early total certificate lapsation in the event of insufficiency of values in either account, even though there are sufficient values in the other account. You will be able to enjoy the overall Takaful protection that you have participated (basic benefits, optional benefit(s) and supplementary benefit(s), if any) by utilising the total certificate account values from PUA and ISA to cover the Tabarru' deductions and other relevant charges. / Sijil anda menyediakan perlindungan Takaful dari Dana Tabarru', di mana penolakan Tabarru' secara bulanan bagi pelan asas, manfaat-manfaat pilihan dan manfaat-manfaat tambahan, Caj Perkhidmatan dan Caj Pengurusan Risiko akan ditolak daripada Akaun Unit Peserta (PUA) dan Akaun Khas Individu (ISA) sijil anda sewajarnya, untuk manfaat-manfaat Takaful yang telah disertai. Sejalan dengan Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013 (IFSA) dan bagi memastikan perlindungan manfaat-manfaat Takaful di bawah sijil anda berterusan, setelah penguatkuasaan sijil, subsidi silang antara PUA dan ISA akan berkuat kuasa apabila kedua-dua akaun tidak mencukupi untuk membayar penolakan Tabarru' secara bulanan dan caj-caj lain yang berkaitan. Subsidi silang akan menghalang sijil anda separa luput (contohnya, perlindungan dihentikan untuk rider perubatan) dan peluputan keseluruhan sijil lebih awal sekiranya nilai dalam salah satu akaun tidak mencukupi, walaupun terdapat nilai yang mencukupi dalam akaun yang lain. Anda akan memperoleh keseluruhan perlindungan Takaful yang telah anda sertai (manfaat-manfaat asas, manfaat-manfaat pilihan dan manfaat-manfaat tambahan, jika ada) dengan menggunakan jumlah nilai sijil dari akaun PUA dan ISA untuk menampung penolakan Tabarru' dan caj-caj lain yang berkaitan.

**PART E: PRIVACY NOTICE / BAHAGIAN E: NOTIS PRIVASI****1. Purpose of collection / Tujuan pengumpulan**

- Prudential BSN Takaful Berhad may use any Personal Data provided in this proposal and collected by us subsequently for the following purposes: (a) to process your application; (b) to administer and process takaful certificates, takaful claims and medical, security and underwriting checks; (c) to process payment instructions; (d) to verify your eligibility for takaful, financial or wealth management products and services; (e) to design and provide you with future insurance / takaful, financial, related products and services; (f) to communicate with you; (g) to comply with any regulatory or other legal requirements; (h) to investigate and settle claims and detect and prevent fraud (whether or not relating to the certificate issued in respect of this application); (i) to carry out checks using agencies including but not limited to credit reference agencies and tracing companies; (j) to provide customer services; (k) to perform automated decision-making or profiling; (l) to perform a certificate review or needs analysis; (m) use of new technologies to conduct research and statistical analysis; (n) conferring an interest, benefit or privilege on you as our customer or potential customer where such interest, benefit or privilege may be provided by us or third parties; (o) carrying out any activity in relation to or in connection with our duties as a takaful operator; (p) data matching; (q) exercising any right of subrogation; (r) provide you with information on third party's services and / or products which may be of interest to you; and (s) any other purposes as mentioned in our Privacy Policy.

Prudential BSN Takaful Berhad boleh menggunakan mana-mana Data Peribadi yang diberikan di dalam borang cadangan ini dan kemudiannya dikumpulkan oleh kami bagi tujuan-tujuan berikut: (a) untuk memproses permohonan anda; (b) untuk mentadbir dan memproses sijil-sijil takaful, tuntutan takaful dan perubatan, keselamatan dan semakan pengunderaitan; (c) untuk memproses arahan pembayaran; (d) untuk mengesahkan kelayakan anda untuk produk dan perkhidmatan takaful, pengurusan kewangan atau kekayaan; (e) untuk mereka bentuk dan menyediakan anda dengan produk takaful dan perkhidmatan kewangan serta lain-lain produk dan perkhidmatan berkaitan pada masa depan; (f) untuk berkomunikasi dengan anda; (g) untuk mematuhi sebarang peraturan atau keperluan undang-undang yang lain; (h) untuk menyasiat dan menyelesaikan tuntutan dan mengesan serta mencegah penipuan (sama ada berkaitan atau tidak berkaitan dengan sijil takaful yang dikeluarkan berkenaan dengan permohonan ini); (i) untuk menjalankan pemeriksaan menggunakan agensi-agensi termasuk tetapi tidak terhad kepada agensi-agensi rujukan kredit dan syarikat pemantauan; (j) untuk memberi perkhidmatan pelanggan; (k) untuk melaksanakan keputusan automatik atau menentukan profil; (l) untuk melaksanakan semakan sijil atau analisis keperluan; (m) penggunaan teknologi baru untuk menjalankan penyelidikan dan analisis statistik; (n) memberikan faedah, manfaat atau keistimewaan kepada anda sebagai pelanggan atau bakal pelanggan kami di mana faedah, manfaat atau keistimewaan ini mungkin diberi oleh kami atau pihak ketiga; (o) menjalankan apa-apa aktiviti yang berhubungan dengan atau berkaitan dengan tugas-tugas kami sebagai syarikat takaful; (p) pepadanan data; (q) menjalankan sebarang hak subrogasi; (r) memberi anda maklumat mengenai perkhidmatan dan / atau produk-produk pihak ketiga yang mungkin menarik minat anda; dan (s) apa-apa tujuan-tujuan lain sebagaimana yang dinyatakan dalam Polisi Privasi kami.

- The Personal Data will be stored either for as long as you (or your joint certificate holder) are our customer, or longer if required by law or as is otherwise necessary.

Data Peribadi tersebut akan disimpan sama ada untuk seberapa lama anda (atau pemegang sijil bersama anda) adalah pelanggan kami, atau lebih lama jika diperlukan oleh undang-undang atau sebagai selainnya perlu.

2. Classes of third parties / Kelas-kelas pihak ketiga

- We may disclose the Personal Data to third parties (within or outside Malaysia) for the purposes outlined in Section 1 including: (a) our financial or health business partners; (b) doctors, medical specialists, hospitals or clinics; (c) our representatives or intermediaries; (d) re-insurance companies and re-takaful companies; (e) claims investigation companies; (f) organisations that consolidate claims and underwriting information for the insurance / takaful industry, fraud prevention organisations, other insurance companies or takaful operators (whether directly or through fraud prevention organisations or other persons named in this section) and databases or registers (and their operators) used by the insurance / takaful industry to analyse and check information provided against existing information; (g) third party service providers who provide administrative, telecommunications, computer, payment, printing, redemption or other services to us to enable us to operate our business (including without limitation insurers / takaful operators, lawyers, bankers, accountants, professional advisors, financial institutions, trustees and processors of these third party service providers); (h) industry associations and federations; (i) medical bill review companies; (j) your joint policy or investment holder; (k) credit reference agencies; (l) debt collection agencies; (m) partnering financial institutions and partnerships; (n) regulators and government agencies, law enforcement agencies and the courts; (o) Prudential Group; and (p) any other third parties as mentioned in our Privacy Policy.

Kami boleh mendedahkan Data Peribadi tersebut kepada pihak-pihak ketiga (dalam atau di luar Malaysia) untuk tujuan-tujuan yang dinyatakan di Bahagian 1 di atas termasuk: (a) rakan kongsi kewangan atau rakan perniagaan kesihatan kami; (b) doktor-doktor, pakar-pakar perubatan, hospital-hospital atau klinik-klinik; (c) wakil atau pihak pengantara kami; (d) syarikat insurans semula dan syarikat takaful semula; (e) syarikat siasatan tuntutan; (f) organisasi yang menyatukan tuntutan dan maklumat penilaian kesihatan bagi industri insurans / takaful, organisasi pencegahan penipuan, syarikat insurans atau pengendali takaful lain (sama ada secara langsung atau melalui organisasi penipuan pencegahan atau orang lain yang dinamakan dalam perenggan ini) dan pangkalan data atau pendaftaran (dan pengendali mereka) yang digunakan oleh industri insurans / takaful untuk menganalisis dan memeriksa maklumat yang diberikan terhadap maklumat sedia ada; (g) pengendali perkhidmatan pihak ketiga yang memberi perkhidmatan-perkhidmatan pentadbiran, telekomunikasi, komputer, pembayaran, percetakan, penebusan atau perkhidmatan lain kepada kami untuk membolehkan kami menjalankan perniagaan kami (termasuk tetapi tidak terhad kepada syarikat insurans / takaful, peguam, pegawai bank, akauntan, penasihat profesional, institusi kewangan, pemegang amanah dan pemproses pengendali perkhidmatan pihak ketiga); (h) persatuan industri dan persekutuan; (i) syarikat-syarikat pengajian bil perubatan; (j) pemegang sijil bersama anda atau pemegang pelaburan; (k) agensi-agensi rujukan kredit; (l) agensi-agensi kutipan hutang; (m) rakan kongsi institusi kewangan dan perkongsian; (n) pengawal selia dan agensi-agensi kerajaan, agensi-agensi penguatkuasaan undang-undang dan mahkamah; (o) Kumpulan Prudential; dan (p) pihak-pihak ketiga lain sebagaimana yang dinyatakan dalam Polisi Privasi kami.

3. Consequence of failing to provide Personal Data / Akibat kegagalan memberikan Data Peribadi

- Unless otherwise specified by us, it is obligatory for you to provide the Personal Data requested by us. If you do not provide your Personal Data, we may not be able to provide you the product or service that you have requested.

Data Peribadi yang diminta oleh kami adalah wajib. Jika anda tidak memberikan Data Peribadi anda, kami mungkin tidak dapat menyediakan produk atau perkhidmatan yang telah diminta oleh anda.

4. Access and Correction Rights / Akses dan Hak Pembetulan

- In addition to rights stated within Prudential BSN Takaful Berhad Privacy Policy available on our Company website, you have the right to request access to and correction of any Personal Data that you provide to us. If you want to exercise your rights, or if you require any other information, you can contact our Customer Service Officer by telephone at 03-20537188 or by e-mail at customer@prubsn.com.my. Unless it prevents us from performing its obligations to you or goes against the very purpose that you have given the Personal Data to Prudential BSN Takaful Berhad, you may withdraw any part of this permission, which includes permission on Section 1(e), (r), by letting us know in writing.

Berhad yang didapati di laman web Syarikat kami, anda mempunyai hak untuk meminta akses kepada dan membuat pembetulan terhadap sebarang Data Peribadi yang anda berikan kepada kami. Jika anda ingin melaksanakan hak anda, atau jika anda memerlukan apa-apa maklumat lain, anda boleh menghubungi Pegawai Khidmat Pelanggan kami melalui telefon di talian 03-20537188 atau melalui e-mel ke customer@prubsn.com.my. Kecuali ia menghalang Prudential BSN Takaful Berhad untuk melaksanakan kewajipannya kepada anda atau bertentangan dengan tujuan yang anda memberikan Data Peribadi kepada Prudential BSN Takaful Berhad, anda boleh menarik balik mana-mana bahagian kebenaran ini, termasuk kebenaran berkenaan dengan Seksyen 1(e), (r), dengan memaklumkan kepada kami secara bertulis.

5. Acting on someone else's behalf / Bertindak bagi pihak individu lain

- When you give us Personal Data about another person(s), you have: (a) been authorised by such person(s) to act on his / her behalf; (b) informed such person(s) that you are providing his / her Personal Data to us, and have obtained his / her consent to do so; and (c) explained the contents of our Privacy Policy to such person(s) and he / she understands, agrees and authorises Prudential BSN Takaful Berhad to process such Personal Data according to our Privacy Policy.

Apabila anda memberikan kami Data Peribadi individu lain, anda telah: (a) diberikan kuasa oleh individu tersebut untuk bertindak bagi pihaknya; (b) memaklumkan individu tersebut bahawa anda memberikan Data Peribadinya kepada kami, dan anda telah mendapat persetujuannya untuk berbuat sedemikian; dan (c) menjelaskan kandungan Polisi Privasi kami kepada individu tersebut dan individu tersebut memahami, bersetuju dan memberi kuasa kepada Prudential BSN Takaful Berhad untuk memproses Data Peribadinya berdasarkan Polisi Privasi kami.

If you move / moved to a European Union ("EU") jurisdiction, we may be required to provide you with further information, and you may have additional rights, under the EU General Data Protection Regulation. This information and these rights are set out in the Privacy Policy on our Company website.

Jika anda berpindah / telah berpindah ke bidang kuasa Kesatuan Eropah ("EU"), kami mungkin dikehendaki memberikan anda maklumat lanjut, dan anda mungkin mempunyai hak tambahan, di bawah Peraturan Perlindungan Data Umum EU. Maklumat ini dan hak-hak ini dinyatakan dalam Polisi Privasi di laman web Syarikat kami.

PART F: DECLARATION / BAHAGIAN F: PENGISYTIHARAN

1. I / We agree that the information given in this Revival Application Form and any information supplied to Prudential BSN Takaful Berhad (PruBSN), PruBSN representative or PruBSN Medical Examiner are true, and all facts disclosed are to the best of my / our knowledge and in good faith and that no material information has been withheld. I / We understand that this duty of disclosure shall continue until the time the certificate is issued, varied or renewed, whereby any failure in my / our part to do so may result in a variation of the takaful certificate in part or in whole. *Saya / Kami bersetuju bahawa maklumat yang diberikan dalam Borang Permohonan Penguatkuasaan Semula ini dan sebarang maklumat yang diberikan kepada Prudential BSN Takaful Berhad (PruBSN), wakil PruBSN atau Pemeriksa Kesihatan PruBSN adalah benar, dan semua fakta yang diisytiharkan adalah benar sepanjang pengetahuan saya / kami dan secara jujur dan sebarang maklumat penting tidak disembunyikan. Saya / Kami faham bahawa tanggungjawab pengisytiharan akan terus digunakan sehingga sijil tersebut dikeluarkan, diubah atau diperbaharui, dan sebarang kegagalan dari pihak saya / kami untuk berbuat demikian akan menyebabkan perubahan pada sebahagian atau keseluruhan sijil takaful.*
2. I / We have a duty to tell PruBSN about any change in my / our health condition or the health condition of my / our children, spouse, parent or legal guardian, which happens after I / we sign this proposal or which may happen before PruBSN issue the relevant certificate. In these circumstances, PruBSN may assess my / our proposal again. *I Saya / Kami bertanggungjawab untuk memberitahu PruBSN sekiranya terdapat sebarang perubahan pada keadaan kesihatan saya / kami atau anak(-anak), pasangan, ibu bapa atau penjaga sah saya / kami selepas saya / kami menandatangani cadangan ini atau mungkin berlaku sebelum PruBSN mengeluarkan sijil berkaitan. Dalam keadaan ini, PruBSN boleh menilai semula cadangan saya / kami.*
3. I / We hereby authorise and give consent to PruBSN to request for medical information from any doctor, specialist, hospital or clinic that has any records or knowledge of my / our health or the child's health and to gather information from any takaful operator or insurance company, organisation or person on any relevant information to do with me / us or the child. A photocopy of this authorisation shall be valid and legally binding on anyone who takes over any of my / our legal rights. *I Saya / Kami dengan ini mengesahkan dan membenarkan PruBSN untuk mendapatkan maklumat perubatan daripada mana-mana doktor, doktor pakar, hospital atau klinik yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan mengenai kesihatan saya / kami atau kanak-kanak tersebut. PruBSN juga boleh mengumpul maklumat daripada mana-mana pengendali takaful atau syarikat insurans, organisasi atau individu untuk mendapat sebarang maklumat yang berkaitan dengan saya / kami atau kanak-kanak tersebut. Salinan pengesahan ini adalah sah dan sah dari segi undang-undang bagi sesiapa yang mengambil alih mana-mana hak perundangan saya / kami.*
4. I / We understand that the takaful coverage will not begin unless and until PruBSN have given me / us a written approval and issued the relevant certificate whilst I / we am / are alive and in good health. *I Saya / Kami faham bahawa perlindungan takaful tidak akan bermula melainkan dan sehingga PruBSN telah memberikan kelulusan secara bertulis kepada saya / kami dan mengeluarkan sijil yang berkaitan semasa saya / kami masih hidup dan dalam keadaan sihat. mengeluarkan sijil yang berkaitan semasa saya / kami masih hidup dan dalam keadaan sihat.*
5. I / We have completed this application at my / our own free will and PruBSN representative has fully explained all the terms to me / us and the answers I / we have given are true and accurate. *I Saya / Kami telah melengkapkan permohonan ini tanpa dipaksa dan wakil PruBSN telah menerangkan semua terma sepenuhnya kepada saya / kami dan jawapan yang saya / kami berikan adalah benar dan tepat.*
6. In the event that PruBSN become aware that I / we and / or any of the Nominee and / or Beneficial Owner named in or connected with the certificate, is or has become a prohibited person who is subject to sanction pursuant to any laws and / or regulations, administered by any governmental, regulatory or competent authority, or any law enforcement in any country; I / We agree that PruBSN may terminate and / or void the certificate issued hereunder with immediate effect or from inception, as applicable at the sole discretion of PruBSN without prior notice to me / us. Similarly, if PruBSN has reasonable suspicion that this certificate is exploited for money laundering activities or to finance terrorism or for any unlawful activities; I / We agree that PruBSN may terminate and / or void the certificate issued hereunder with immediate effect or from inception, as applicable at the sole discretion of PruBSN without prior notice to me / us. Subject always to all applicable laws and / or regulatory requirements, PruBSN shall not thereafter be required to transact any business with me / us in connection with the certificate, including but not limited to, making or receiving any payments under the certificate or proposal submitted. *I Sekiranya PruBSN menyedari bahawa saya / kami dan / atau mana-mana Penama dan / atau Pemilik Berfaedah yang dinamakan dalam atau berkaitan dengan sijil, adalah atau telah menjadi individu yang dilarang tertakluk kepada sekatan menurut mana-mana undang-undang dan / atau peraturan yang ditadbir oleh mana-mana pihak berkuasa kerajaan, peraturan atau yang berwibawa, atau mana-mana penguatkuasaan undang-undang di mana-mana negara; Saya / Kami bersetuju bahawa PruBSN boleh menamatkan dan / atau membatalkan sijil yang dikeluarkan dengan serta-merta atau dari permulaan sijil, seperti yang berkenaan mengikut budi bicara PruBSN tanpa notis terdahulu kepada saya / kami. Begitu juga, jika PruBSN mempunyai syak wasangka munasabah bahawa sijil ini dieksploitasi untuk kegiatan perubahan wang haram atau untuk membiayai keganasan atau untuk sebarang aktiviti yang menyalahi undang-undang; Saya / Kami bersetuju bahawa PruBSN boleh menamatkan dan / atau membatalkan sijil yang dikeluarkan dengan serta-merta atau dari permulaan sijil, seperti yang berkenaan mengikut budi bicara PruBSN tanpa memberi notis terdahulu kepada saya / kami. Tertakluk kepada semua undang-undang dan / atau keperluan peraturan yang berkenaan, selepas itu, PruBSN tidak perlu menjalankan sebarang urusan dengan saya / kami berkaitan dengan sijil tersebut, termasuklah tetapi tidak terhad kepada, membuat atau menerima apa-apa pembayaran di bawah sijil atau cadangan yang dikemukakan.*
7. I / We agree that I / we will update PruBSN promptly of any change or addition to the information provided herein about me / us, and / or any other relevant persons as PruBSN may reasonably require. I / We further agree, when information about me / us is provided to PruBSN, that PruBSN may disclose such information for the purpose of its compliance with any applicable rules, laws and regulations, codes of practice or guidelines or to assist in law enforcement and investigations by relevant authorities. I / We understand that PruBSN will not be liable for any costs or losses that may be incurred to me / us or any of the relevant persons due to actions of PruBSN permitted herein. In this connection, I / we agree to indemnify PruBSN against all claims of the relevant persons for the aforesaid costs or losses. I / We further understand that my / our failure to fulfill any of the obligations herein, or any of untrue or inaccurate representations given herein, will entitle PruBSN to deduct or withhold such amount from any payment payable under the relevant certificate, and / or to terminate the certificate without being held liable, to the extent permitted by law, and I / we will indemnify PruBSN against all costs and losses that may be incurred to it therefrom. I / We agree to complete and sign such documents and do such things for purposes reasonably required by PruBSN to evaluate my / our proposal and to provide the products or services which I am / we are applying for. *I Saya / Kami bersetuju bahawa saya / kami akan memaklumkan PruBSN dengan segera mengenai apa-apa perubahan atau penambahan kepada maklumat yang diberikan di sini mengenai saya / kami dan / atau mana-mana individu lain yang berkaitan sebagaimana PruBSN memerlukannya. Saya / Kami selanjutnya bersetuju, apabila maklumat mengenai saya / kami diberikan kepada PruBSN, PruBSN boleh mendedahkan maklumat tersebut untuk tujuan pematuhan terhadap mana-mana peraturan, undang-undang, kod amalan atau garis panduan yang berkenaan, atau untuk membantu penguatkuasaan undang-undang dan penyiasatan oleh pihak berkuasa yang berkaitan. Saya / Kami faham bahawa PruBSN tidak akan bertanggungjawab untuk sebarang kos atau kerugian yang mungkin ditanggung oleh saya / kami atau mana-mana individu yang berkaitan kerana tindakan PruBSN dibenarkan di sini. Sehubungan itu, saya / kami bersetuju untuk membayar ganti rugi kepada PruBSN terhadap semua tuntutan individu yang berkaitan untuk kos atau kerugian yang dinyatakan. Saya / Kami selanjutnya memahami bahawa kegagalan saya / kami untuk memenuhi mana-mana kewajipan yang terkandung di sini, atau mana-mana kenyataan tidak benar atau tidak tepat yang diberikan di sini, akan memberi hak kepada PruBSN untuk memotong atau menahan jumlah tersebut daripada sebarang pembayaran yang perlu dibayar di bawah sijil yang berkaitan, dan / atau menamatkan sijil tanpa sebarang tanggungjawab, setakat yang dibenarkan oleh undang-undang, dan saya / kami akan membayar ganti rugi kepada PruBSN terhadap semua kos dan kerugian yang mungkin ditanggung akibat daripadanya. Saya / Kami bersetuju untuk melengkapkan dan menandatangani dokumen-dokumen tersebut dan melakukan perkara-perkara sedemikian untuk tujuan*
8. I / We further agree to co-operate with PruBSN to enable PruBSN to comply with PruBSN's obligations under all applicable requirements concerning my / our certificate(s) with PruBSN. *I Saya / Kami juga bersetuju untuk bekerjasama dengan PruBSN untuk membolehkan PruBSN mematuhi tanggungjawab PruBSN di bawah semua syarat-syarat yang berkenaan yang berkaitan dengan sijil saya / kami dengan PruBSN.*
9. I / We acknowledge that the information contained in this form, including information regarding the Participant and any reportable account(s) may be reported to Inland Revenue Board of Malaysia (IRBM) and exchanged with the tax authorities of another country or countries in which the Participant may be a tax resident, pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information. *I Saya / Kami mengakui bahawa maklumat yang terkandung di dalam borang ini, termasuk maklumat mengenai Peserta dan mana-mana akaun yang boleh dilaporkan mungkin akan dilaporkan kepada Lembaga Hasil Dalam Negeri Malaysia (LHDNM) dan ditukar dengan pihak berkuasa cukai negara atau negara lain di mana Peserta boleh menjadi pemastautin cukai, selaras dengan perjanjian antara kerajaan untuk menukar maklumat akaun kewangan.*

Certificate number / Nombor sijil

PART F: DECLARATION / BAHAGIAN F: PENGISYTIHARAN

10. I / We declare that all statements made in this form are, to the best of my / our knowledge and belief, correct and complete. I / We undertake to inform PruBSN within 30 days if there is any change in circumstances that affects the tax residency status of the Participant or causes the information contained herein to become incorrect or incomplete. I / We shall provide PruBSN with an updated self-certification form within 90 days of such change in circumstances. / Saya / Kami mengaku bahawa semua kenyataan yang dibuat di dalam borang ini adalah, dengan pengetahuan dan kepercayaan saya yang terbaik / tepat dan lengkap. Saya / Kami berjanji untuk memaklumkan PruBSN dalam tempoh 30 hari sekiranya ada perubahan dalam keadaan yang menjejaskan status residensi cukai Peserta atau menyebabkan maklumat yang terkandung di sini menjadi salah atau tidak lengkap. Saya / Kami akan menyediakan borang pengesahan diri yang dikemas kini dalam tempoh 90 hari dari perubahan keadaan kepada PruBSN.

11. If I / we do not provide PruBSN 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 such that PruBSN are unable to ensure your ongoing compliance or adherence with the Applicable Requirements, I / we agree that:
a) to the extent permitted under applicable law, PruBSN may withhold payment of any amount due to my / our (or my / our personal representatives) under my / our certificate in compliance with the applicable requirements (and / or pay the same to any relevant Authority on my / our behalf); and / or
b) PruBSN may take any and all steps as PruBSN deem fit to ensure PruBSN's compliance or adherence with the applicable requirements, or otherwise to protect PruBSN's legal and / or commercial interests.

Jika saya / kami tidak memberikan PruBSN maklumat atau dokumen yang diminta tepat pada masanya atau jika sebarang maklumat atau dokumen yang diberikan tidak terkini, tepat atau lengkap, yang menyebabkan PruBSN gagal untuk memastikan kepatuhan yang berterusan atau mematuhi Syarat-syarat Berkenaan, saya / kami bersetuju bahawa:

a) setakat dibenarkan di bawah undang-undang, PruBSN boleh menyekat pembayaran sebarang jumlah pembayaran yang diberikan kepada saya / kami (atau wakil peribadi saya / kami) di bawah sijil takaful saya / kami dalam mematuhi Syarat-syarat yang Berkenaan (dan / atau membayar kepada mana-mana pihak Berkuasa yang berkenaan bagi pihak saya / kami) dan / atau;
b) PruBSN boleh mengambil sebarang dan semua langkah seperti yang anda anggap sesuai untuk memastikan pematuhan atau kepatuhan PruBSN dengan Syarat-syarat yang Berkenaan, atau untuk melindungi kepentingan undang-undang dan / atau komersil PruBSN.

Signature of Person Covered / Tandatangani Orang yang Dilindungi :

Note: Not applicable for juvenile plan
Nota: Ruang ini tidak diguna pakai untuk pelan juvenil

Name / Nama :

Identification No.* / No. Pengenalan Diri* :

Date / Tarikh :

Signature of Participant, Spouse, Parent or Legal Guardian /
Tandatangan Peserta, Pasangan, Ibu Bapa atau Penjaga yang Sah :

Name / Nama :

Identification No.* / No. Pengenalan Diri* :

Date / Tarikh :

Signature of Joint Parent / Tandatangani Ibu Bapa Bersama :

Name / Nama :

Identification No.* / No. Pengenalan Diri* :

Date / Tarikh :

PART G: REPRESENTATIVE'S DECLARATION / BAHAGIAN G: PENGAKUAN WAKIL

1. I hereby declare that the information contained in the Personal Statement Form is the only information given to me by the Participant of this family takaful, the Person Covered and his / her Spouse / Parent / Legal Guardian (if applicable), and I have not withheld any other information which might influence the acceptance of this proposal.

Saya dengan ini mengaku bahawa hanya keterangan yang terkandung di dalam Borang Pernyataan Peribadi ini sahaja yang diberikan kepada saya oleh Peserta takaful keluarga, Orang yang Dilindungi / Pasangan Hidup / Ibu bapa / Penjaga Sah (sekiranya terlibat) dan saya tidak menyembunyikan sebarang keterangan lain yang boleh mempengaruhi penerimaan cadangan ini.

2. I have seen the original NRIC / birth certificate / passport and verified that the copy belongs to Person A / Person B / Person C as named above. / Saya telah melihat salinan asal kad pengenalan / sijil kelahiran / pasport dan mengesahkan bahawa salinan tersebut adalah kepunyaan Individu A / Individu B / Individu C seperti nama di atas.

Signature of Representative / Tandatangani Wakil

Name / Nama :

Identification No.* / No. Pengenalan Diri* :

Date / Tarikh :

Certificate number / Nombor sijil

PART H: CREDIT CARD/DEBIT CARD SPECIAL DEDUCTION REQUEST / BAHAGIAN H: ARAHAN POTONGAN KHAS KAD KREDIT / DEBIT
(Only for certificate that has registered credit card / debit card service payment. / Hanya untuk sijil yang telah mendaftar untuk pembayaran melalui kad kredit / debit.)

Card Details (as shown on Enrolment Form) / Maklumat Kad (seperti yang tertera pada borang pendaftaran)

Card Member's Name / Nama Pemegang Kad																	
Credit / Debit Card Number / Nombor Kredit / Debit Kad																	
Card Issuing Bank / Bank Pengeluar Kad													Card Expiry Date / Tarikh Luput Kad				
Amount to be deducted / Jumlah yang perlu ditolak	RM																

I understand that the above transaction is subject to the approval of my servicing bank. In the event the deduction attempt by Prudential BSN Takaful Berhad is not successful, I agree to remit the above said amount by cash or cheque.

Saya memahami bahawa transaksi ini tertakluk pada kelulusan dari pihak bank. Jika sekiranya arahan daripada pihak Prudential BSN Takaful Berhad tidak berjaya, saya setuju untuk membayar jumlah tersebut secara tunai atau cek.

Signature of Cardholder / Tandatangan Pemegang Kad

NRIC / No. Kad Pengenalan :

Date / Tarikh :

Note: We will deduct the minimum contribution that is required for Revival if the amount to be deducted is blank.

Nota: Kami akan membuat potongan caruman minima yang diperlukan untuk Penguatkuasaan Semula sekiranya jumlah yang perlu dipotong tidak dinyatakan.