

SUPPLEMENTARY PROPOSAL FORM FOR REGULAR CONTRIBUTION TAKAFUL PLAN
BORANG CADANGAN TAMBAHAN UNTUK PELAN TAKAFUL SUMBANGAN TETAP

PRUDENTIAL BSN

TAKAFUL

Certificate number / Nombor sijil

--

Date / Tarikh

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

For branch use:
Untuk kegunaan cawangan:

For DMC use:
Untuk kegunaan DMC:

Representative's code / Kod wakil

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

Representative's name / Nama wakil

--

Representative's contact information / Maklumat perhubungan wakil

Office / mobile phone / Telefon pejabat / bimbit

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

E-mail / E-mel

--

Bank's details / Butiran bank

Staff ID

ID Kakitangan

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

Bank's branch name

Nama cawangan bank

--

Bank's code

Kod bank

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

Representative's special instruction:
Arahan khas wakil:

IMPORTANT NOTE: You must take reasonable care to disclose in this Supplementary Proposal 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 takaful certificate issued hereunder may be varied or void. Proof of age is required before any payment of benefit is made. Any future attachment shall be deemed as a 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 proposal, the takaful certificate and any changes or renewal of the takaful certificate.

NOTA PENTING: Anda dikehendaki mengambil perhatian sewajarnya untuk membuat pengisytiharan di dalam borang cadangan 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, sijil takaful yang dikeluarkan di bawah cadangan ini berkemungkinan diubah atau terbatal. Bukti umur diperlukan sebelum sebarang pembayaran manfaat dibuat. Sebarang lampiran yang diberikan kemudian akan dianggap sebagai sebahagian daripada borang ini. Adalah penting bagi borang ini dilengkapkan 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 cadangan, sijil takaful dan sebarang perubahan atau pembaharuan sijil takaful.

I / We hereby request that the above certificate be altered as specified below.
 Saya / Kami memohon sijil di atas diubah seperti di bawah.

INSTRUCTIONS: Please fill in information that is relevant to the amendments you wish to make. Please complete in full and in CAPITAL LETTERS and tick (✓) boxes as appropriate. If you tick "Others", please specify in the following box. Use BLACK ink only. If there is insufficient space, please write on the Amendment to Proposal for Family Takaful form, sign and attach it to this Supplementary Proposal Form.

ARAHAN: Sila isi hanya maklumat yang berkaitan dengan pindaan yang anda mohon. Sila isi dengan menggunakan HURUF BESAR dan tandakan (✓) di dalam petak yang berkenaan. Jika anda tandakan "Lain-lain" sila nyatakan di dalam kotak berikutnya. Gunakan dakwat HITAM sahaja. Jika ruang tidak mencukupi, sila tuliskan di atas borang Pindaan ke atas Cadangan Takaful Keluarga, tandatangani dan lampirkannya bersama Borang Cadangan Tambahan ini.

Note / Nota:
 This Supplementary Proposal Form is to be used when applying for amendment of benefits in Regular Contribution Takaful plan.
 Borang Cadangan Tambahan ini hendaklah digunakan apabila memohon penambahan dan / atau pembatalan manfaat-manfaat dalam pelan Takaful Sumbangan Tetap.

Full name (as shown on NRIC) / Nama penuh (seperti yang tertera di dalam Kad Pengenalan Baharu)

Person A <i>Individu A</i>	
Person B <i>Individu B</i>	
Person C <i>Individu C</i>	

	PART 1: PERSONAL DETAILS <i>BAHAGIAN 1: BUTIRAN PERIBADI</i>	Person A: Person covered <i>Individu A: Orang yang dilindungi</i>	Person B <i>Individu B</i>	Person C: Joint parent <i>Individu C: Ibu bapa bersama</i>
1.1	Relationship to Person A <i>Hubungan dengan Individu A</i>	Self / Sendiri	<input type="checkbox"/> Proposer / Company <i>Pencadang / Syarikat</i> <input type="checkbox"/> Spouse / Pasangan <i>Pasangan</i> <input type="checkbox"/> Parent / Legal guardian <i>Ibu bapa / Penjaga sah</i>	<input type="checkbox"/> Father / Bapa <input type="checkbox"/> Mother / Ibu <input type="checkbox"/> Husband / Suami <input type="checkbox"/> Wife / Isteri <input type="checkbox"/> Others <i>Lain-lain</i>
1.2	Title <i>Gelaran</i>	<input type="checkbox"/> Mr / Encik <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain <input type="checkbox"/> Mdm / Puan <input type="checkbox"/> Miss / Cik	<input type="checkbox"/> Mr / Encik <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain <input type="checkbox"/> Mdm / Puan <input type="checkbox"/> Miss / Cik	<input type="checkbox"/> Mr / Encik <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain <input type="checkbox"/> Mdm / Puan <input type="checkbox"/> Miss / Cik
1.3	Gender <i>Jantina</i>	<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 Malaysian address ONLY . <i>Alamat surat menyurat Alamat HARUSLAH alamat di Malaysia SAHAJA.</i>			
	City / Bandar:	City / Bandar:	City / Bandar:	City / Bandar:
	State / Negeri:	State / Negeri:	State / Negeri:	State / Negeri:

Form ID

61201021

Certificate number / Nombor sijil

PART 1 : DETAILS OF PARTICIPANT / BAHAGIAN 1 : BUTIRAN PESERTA

1.22 E-Invoicing / E-Invois

Malaysia Tax Identification Number (TIN)
Nombor Pengenalan Cukai Malaysia (TIN)

Sales and Services Tax (SST) Registration Number
Nombor Pendaftaran Cukai Jualan dan Perkhidmatan (SST)

Note / Nota:
Any individual or entity registered as a taxpayer with the Inland Revenue Board of Malaysia (IRBM) will be assigned a Tax Identification Number (TIN). The TIN is mandatory for business purposes. / Mana-mana individu atau entiti yang berdaftar sebagai pembayar cukai dengan Lembaga Hasil Dalam Negeri Malaysia (LHDNM) akan diberikan Nombor Pengenalan Cukai (TIN). TIN adalah wajib untuk tujuan perniagaan.

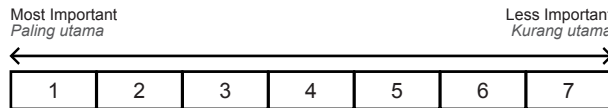
Note / Nota:
For further details on Sales and Services Tax (SST), please refer to <https://mysst.customs.gov.my/>. Please provide either / both Sales Tax or Service Tax registration number(s) if you are registered with the Royal Malaysian Customs Department (RMCD). For example, "W10-1000-10000000;W11-1111-11111111". If not applicable, please fill in as "NA". / Untuk maklumat lanjut mengenai Cukai Jualan dan Perkhidmatan (SST), sila rujuk <https://mysst.customs.gov.my/>. Sila berikan nombor pendaftaran Cukai Jualan atau Perkhidmatan atau kedua-duanya jika anda berdaftar dengan Jabatan Kastam Diraja Malaysia (JKDM). Contohnya, "W10-1000-10000000;W11-1111-11111111". Jika tidak berkenaan, sila isi sebagai "NA".

PART 2 : FAMILY NEEDS, PRIORITIES AND AFFORDABILITY / BAHAGIAN 2 : KEPERLUAN KELUARGA, KEUTAMAAN DAN KEMAMPUAN

Possible Takaful Needs
Keperluan Takaful yang mungkin

Priority / Keutamaan

Please rank the following needs based on their importance to you and your family. Use each score only once (1 = Most Important, 7 = Less Important)
Sila pilih susun keutamaan berikut berdasarkan tahap kepentingannya kepada anda dan keluarga. Setiap nombor hanya boleh digunakan sekali (1 = Paling Penting, 7 = Kurang Penting).



Income protection upon death/disability
Perlindungan pendapatan setelah kematian/ hilang upaya

1 2 3 4 5 6 7

Income protection upon critical illness
Perlindungan pendapatan setelah menghadapi penyakit kritikal

1 2 3 4 5 6 7

Hospital Cost Protection
Perlindungan untuk kos rawatan hospital

1 2 3 4 5 6 7

Retirement
Persaraan

1 2 3 4 5 6 7

Savings / Accumulated Wealth
Simpanan / Kekayaan Terkumpul

1 2 3 4 5 6 7

Children's Education
Pendidikan untuk anak-anak

1 2 3 4 5 6 7

Legacy
Pengurusan Wasiat

1 2 3 4 5 6 7

Certificate number / Nombor sijil

PART 2 : FAMILY NEEDS, PRIORITIES AND AFFORDABILITY / BAHAGIAN 2 : KEPERLUAN KELUARGA, KEUTAMAAN DAN KEMAMPUAN

<p>Do you have any existing medical and health insurance / takaful coverage? Adakah anda mempunyai sebarang perlindungan insurans / takaful perubatan dan kesihatan sedia ada?</p>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
<p>Does your employer provide medical and health insurance / takaful coverage? Adakah majikan anda menyediakan perlindungan insurans / takaful perubatan dan kesihatan?</p>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak <input type="checkbox"/> Not Applicable / Tidak Berkaitan
<p>How long do you plan to enjoy the insurance / takaful coverage? Berapa lama anda ingin menikmati perlindungan insurans / takaful?</p>	<input type="text"/> Years / Tahun
<p>How many years are you able to contribute to the insurance / takaful plan? Berapa tahun anda mampu menyumbang kepada pelan insurans / takaful?</p>	<input type="text"/> Years / Tahun
<p>What are the participant's source of fund to finance the contribution? Apakah sumber dana anda bagi membiayai sumbangan?</p>	<input type="checkbox"/> Salary / Business income / Gaji / Pendapatan perniagaan <input type="checkbox"/> Maturity of proceeds Kematangan hasil <input type="checkbox"/> Personal savings Simpanan peribadi <input type="checkbox"/> Allowance from parents / spouse / family members Elaun dari ibu bapa / pasangan / ahli keluarga <input type="checkbox"/> Others Lain-lain Please specify / Sila nyatakan _____

PART 3 : AMENDMENT TO DETAILS OF FAMILY TAKAFUL PROPOSED / BAHAGIAN 3 : PINDAAN KEPADA BUTIRAN CADANGAN TAKAFUL KELUARGA**Note / Nota:**

- i) All contributions will be subjected to relevant charges / taxes as deemed necessary by Malaysian tax authorities. It is important to keep all receipt that you receive as proof of payment of contributions. / Semua sumbangan akan dikenakan caj / cukai yang berkaitan yang dianggap perlu oleh pihak berkuasa cukai Malaysia. Adalah penting untuk menyimpan sebarang resit yang diterima sebagai bukti pembayaran sumbangan.
- ii) Participation in additional benefits is not compulsory and you may choose to participate or not to participate in any of these benefits. You may cancel any of the additional benefits at any time by giving a written notice to us. / Penyertaan di dalam manfaat tambahan tidak diwajibkan dan anda boleh memilih untuk menyertai atau tidak menyertai mana-mana manfaat ini. Anda boleh membatalkan mana-mana manfaat-manfaat tambahan pada bila-bila masa dengan memberikan notis bertulis kepada kami.
- iii) It may not be advantageous to replace an existing family / medical and health takaful certificate / policy with a new one. You may need to pay additional charges, will be imposed of new waiting periods, exclusion of additional pre-existing conditions and / or changes in benefit coverage if you replace / switch your existing family / medical and health takaful certificate / policy. If you intend to do so, PruBSN recommends that you consult your takaful operator / insurer before making a final decision. / Menggantikan sijil takaful keluarga / perubatan dan kesihatan yang sedia ada dengan sijil / polisi yang baru mungkin tidak memberi sebarang kelebihan. Anda mungkin perlu menanggung caj tambahan, dikenakan tempoh menunggu baharu, pengecualian bagi atau tambahan keadaan / rekod kesihatan yang sedia ada dan / atau perubahan dalam manfaat perlindungan jika anda menggantikan / menukar sijil takaful / polisi keluarga / perubatan dan kesihatan yang sedia ada. Jika anda ingin berbuat demikian, PruBSN mencadangkan agar anda mendapatkan nasihat daripada pengendali takaful / insurans anda sebelum membuat keputusan muktamad.

Takaful plan / Pelan takaful

Total contribution (according to frequency of contribution)
Jumlah sumbangan (mengikut kekerapan pembayaran sumbangan)

Revised total contribution
Jumlah sumbangan disemak RM

Certificate number / Nombor sijil

PART 3 : AMENDMENT TO DETAILS OF FAMILY TAKAFUL PROPOSED / BAHAGIAN 3 : PINDAAN KEPADA BUTIRAN CADANGAN TAKAFUL KELUARGA

Quotation slip / Slip sebut harga

Please tick (✓) box below if quotation slip submitted and state the quotation slip reference number.

Sila tandakan (✓) kotak di bawah jika slip sebut harga dihantar dan nyatakan nombor rujukan slip sebut harga.

Quotation slip submitted / Slip Sebut harga dihantar

Please indicate the quotation slip reference number
Sila nyatakan nombor rujukan slip sebut harga

3.1 BENEFIT DETAILS / 3.1 BUTIRAN MANFAAT

A. Basic benefit
Manfaat asas

Amount of benefit
Jumlah manfaat
From / Daripada

To / Kepada

Term
Tempoh

Basic coverage
Perlindungan asas

RM

RM

B. Additional benefit
Manfaat-manfaat tambahan

Amount of benefit
Jumlah manfaat

From / Daripada

To / Kepada

Please fill in either per annum, per month or unit
Sila isi sama ada setahun, sebulan atau unit

RM

RM

RM

RM

RM

RM

RM

RM

RM

RM

RM

RM

RM

RM

RM

RM

Certificate number / Nombor sijil

PART 3 : AMENDMENT TO DETAILS OF FAMILY TAKAFUL PROPOSED / BAHAGIAN 3 : PINDAAN KEPADA BUTIRAN CADANGAN TAKAFUL KELUARGA

C. Investment

Pelaburan

Amount of investment

Jumlah pelaburan

From / Daripada

To / Kepada

Takaful Saver

RM

RM

CashBuilder

RM

RM

Amount of Cash Payout / Amaun Bayaran Tunai

TYPE OF TAKAFUL SAVER / JENIS AKAUN TAKAFUL SAVER

Please tick (✓) on type of Takaful Saver

Tandakan (✓) pada jenis Takaful Saver

Takaful Saver

Takaful Saver Kid

MATURITY AGE OPTION / PILIHAN UMUR MATANG

Please state the maturity age for Takaful Saver Kid/ Takaful Saver Impian. Only applicable for new inclusion of Takaful Saver Kid / Takaful Saver Impian.

Sila nyatakan umur matang untuk Takaful Saver Kid / Takaful Saver Impian. Hanya diguna pakai untuk kemasukan Takaful Saver Kid / Takaful Saver Impian yang baharu.

Note / Nota :

1. Maturity age option is between 19 to 25 years.

Pilihan umur Matang di antara 19 ke 25 tahun.

2. Only applicable for PruBSN AsasLink, PruBSN WarisanPlus, and PruBSN WarisanGold (Juvenile Plan).

Hanya diguna pakai untuk pelan PruBSN AsasLink, PruBSN WarisanPlus dan PruBSN WarisanGold (Pelan Juvenil).

D. Target coverage term

Sasaran tempoh perlindungan

Age 60
Umur 60

Age 70
Umur 70

Age 80
Umur 80

Age 90
Umur 90

Age 100
Umur 100

20 Years
20 Tahun

*Applicable to selected product only.

*Untuk produk terpilih sahaja.

E. Extension of Certificate Term ('Extension Feature') Option

Pilihan pelanjutan Tempoh Sijil ('Ciri Pelanjutan')

Yes
Ya

No
Tidak

*Applicable to product with extension feature only.

*Untuk produk dengan ciri pelanjutan sahaja.

F. Date of deductible

Tarikh deduktibel

Date / Tarikh

Nota / Nota :

1. Deductible accumulation will reset to zero at Date of Deductible.

Pengumpulan deduktibel akan ditetapkan semula kepada kosong pada Tarikh Deduktibel.

2. Date of Deductible must be a current or future date within one year from participant's signature date.

Tarikh Deduktibel harus tarikh terkini atau tarikh akan datang dalam masa satu tahun dari tarikh tandatangan Peserta.

3. If the Date of Deductible is not selected, the date will be auto-defaulted to HealthProtector commencement date pursuant to this application.

Jika Tarikh Deduktibel tidak dipilih, tarikh yang akan digunakan adalah tarikh permulaan HealthProtector menurut permohonan ini.

G. Ihsan

From / Daripada

To / Kepada

I agree to donate of
Saya setuju untuk menderma

RM

RM

per selected frequency payment.
berdasarkan kekerapan pembayaran.

*Applicable to selected product only.

*Untuk produk terpilih sahaja.

Certificate number / Nombor sijil																			
PART 3: EXTRA PERSONAL DETAILS / BAHAGIAN 3: BUTIRAN PERIBADI TAMBAHAN					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 Ya Tidak	Yes No Ya Tidak	Yes No Ya Tidak												
3.1 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 diisytiharkan sebagai seorang bankrap atau telah mengangantung 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"/>												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">Person / Individu</td> <td colspan="4">Details / Butiran</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>					Person / Individu	Details / Butiran													
Person / Individu	Details / Butiran																		
PART 4: EXISTING OR CONCURRENT FAMILY TAKAFUL OR LIFE INSURANCE COVERAGE																			
BAHAGIAN 4: PERLINDUNGAN TAKAFUL KELUARGA ATAU INSURANS HAYAT SEDIA ADA ATAU SERENTAK																			
4.1 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"/>												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">Person / Individu</th> <th style="width:20%;">Company name Nama syarikat</th> <th style="width:20%;">Certificate no. / Policy no. No. sijil / No. polisi</th> <th style="width:10%;">Year of issue Tahun dikeluarkan</th> <th style="width:15%;">Type of coverage Jenis perlindungan</th> <th style="width:20%;">Coverage amount Jumlah perlindungan (RM)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					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)									
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)														
4.2 Has any proposal, reinstatement or application ever been declined, deferred, accepted at special rate or terms? / Pernahkah sebarang cadangan, penguatkuasaan semula atau permohonan ditolak, ditangguhkan atau diterima dengan kadar atau syarat yang tertentu?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">Person / Individu</th> <th style="width:20%;">Company name Nama syarikat</th> <th style="width:20%;">Certificate no. / Policy no. No. sijil / No. polisi</th> <th colspan="3">Reason / Sebab</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> </tbody> </table>					Person / Individu	Company name Nama syarikat	Certificate no. / Policy no. No. sijil / No. polisi	Reason / Sebab											
Person / Individu	Company name Nama syarikat	Certificate no. / Policy no. No. sijil / No. polisi	Reason / Sebab																
4.3 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"/>												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">Person / Individu</th> <th style="width:20%;">Company name Nama syarikat</th> <th style="width:20%;">Certificate no. / Policy no. No. sijil / No. polisi</th> <th colspan="3">Reason / Sebab</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> </tbody> </table>					Person / Individu	Company name Nama syarikat	Certificate no. / Policy no. No. sijil / No. polisi	Reason / Sebab											
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 5: LIFESTYLE AND OTHER INFORMATION / BAHAGIAN 5: GAYA HIDUP DAN MAKLUMAT LAIN																			
5.1 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"/>												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">Person / Individu</th> <th style="width:20%;">Type / Jenis</th> <th style="width:20%;">Average weekly consumption / Purata pengambilan seminggu</th> <th colspan="3">Treatment / Rawatan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> </tbody> </table>					Person / Individu	Type / Jenis	Average weekly consumption / Purata pengambilan seminggu	Treatment / Rawatan											
Person / Individu	Type / Jenis	Average weekly consumption / Purata pengambilan seminggu	Treatment / Rawatan																
5.2 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"/>												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">Person / Individu</th> <th style="width:20%;">Drug name / Nama dadah</th> <th style="width:20%;">Date ceased / Tarikh berhenti</th> <th colspan="3">Treatment / Rawatan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> </tbody> </table>					Person / Individu	Drug name / Nama dadah	Date ceased / Tarikh berhenti	Treatment / Rawatan											
Person / Individu	Drug name / Nama dadah	Date ceased / Tarikh berhenti	Treatment / Rawatan																
5.3 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"/>												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">Person / Individu</th> <th style="width:20%;">Activity / Aktiviti</th> <th colspan="4">Details / Butiran</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td colspan="4"></td> </tr> </tbody> </table>					Person / Individu	Activity / Aktiviti	Details / Butiran												
Person / Individu	Activity / Aktiviti	Details / Butiran																	
PART 6: HEALTH DETAILS / BAHAGIAN 6: BUTIRAN KESIHATAN																			
6.1 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"/>												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">Person / Individu</td> <td colspan="4">Name and address of doctor / Nama dan alamat doktor</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>					Person / Individu	Name and address of doctor / Nama dan alamat doktor													
Person / Individu	Name and address of doctor / Nama dan alamat doktor																		
6.2 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. (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"/>												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">Person Individu</th> <th style="width:15%;">Relationship Hubungan</th> <th style="width:15%;">Type of illness Jenis penyakit</th> <th style="width:15%;">Age onset Umur penyakit bermula</th> <th colspan="2">Age of death (If applicable) Umur semasa meninggal dunia (Jika berkenaan)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>					Person Individu	Relationship Hubungan	Type of illness Jenis penyakit	Age onset Umur penyakit bermula	Age of death (If applicable) Umur semasa meninggal dunia (Jika berkenaan)										
Person Individu	Relationship Hubungan	Type of illness Jenis penyakit	Age onset Umur penyakit bermula	Age of death (If applicable) Umur semasa meninggal dunia (Jika berkenaan)															

Certificate number / Nombor sijil		Person / Individu					
PART 6: HEALTH DETAILS / BAHAGIAN 6: BUTIRAN KESIHATAN		A		B		C	
		Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak
6.3 Do you currently have, or ever had in the past, any symptoms, or complaints, or investigation, or treatment, or receiving advice for: / Adakah anda sedang atau pernah pada masa lalu, mempunyai apa-apa gejala atau aduan, atau disiasat, atau menerima rawatan, atau nasihat untuk:							
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? / 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 pematasan lain?		<input type="checkbox"/>	<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? / 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?		<input type="checkbox"/>	<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? / 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?		<input type="checkbox"/>	<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? / 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?		<input type="checkbox"/>	<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? / 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?		<input type="checkbox"/>	<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? / Kencing manis, abnormal gula darah, goiter, tiroid atau sebarang gangguan atau penyakit sistem endokrin?		<input type="checkbox"/>	<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? / 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?		<input type="checkbox"/>	<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? / 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?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Any infectious disease? / Sebarang penyakit berjangkit?		<input type="checkbox"/>	<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? / 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?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 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? / 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?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 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? / 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?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6 Are you currently experiencing any symptoms or complaints which you have not consulted a doctor? / Adakah anda sedang mengalami apa-apa gejala atau aduan yang anda tidak pernah berunding dengan doktor?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7 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? / 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?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Details for Question 6.3 to 6.7 if you answered 'Yes' / Butiran untuk Soalan 6.3 hingga 6.7 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 	Person / Individu								
PART 6: HEALTH DETAILS / BAHAGIAN 6: BUTIRAN KESIHATAN	A		B		C				
CHILD ONLY IF APPLICABLE (AGE BELOW 18) / KANAK-KANAK SAHAJA JIKA BERKENAAN (UMUR DI BAWAH 18 TAHUN)	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak			
<p>6.8 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.</p> <p style="margin-left: 20px;">i) Weight at birth (BW) / Berat sewaktu dilahirkan </p> <p style="margin-left: 20px;">ii) Weeks premature / Minggu pramatang </p> <p>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?</p> <p>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?</p> <p>Details for Question 6.8 if you answered 'Yes' / Butiran untuk Soalan 6.8 jika anda menjawab 'Ya'</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; padding: 5px;">Question no. No. soalan</td> <td style="padding: 5px;">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.</td> </tr> </table>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
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.								
<p>6.9 a. Have you given birth to any child? / Pernahkah anda melahirkan anak?</p> <p>b. Are you currently pregnant? / Adakah anda sedang mengandung?</p> <p style="margin-left: 20px;">Gestational period / Usia kandungan Weeks / minggu</p> <p style="margin-left: 20px;">Expected delivery date / Tarikh dijangka bersalin </p> <p>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?</p> <p>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 payu dara atau pelvis, biopsi kon atau kolposkopi atau sebarang penyiasatan berhubung dengan ginekologi yang didapati abnormal, atau dinasihatkan membuat ulangan dalam tempoh enam (6) bulan?</p> <p>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, abrupsi plasenta, embolisme cecair amnion, kehamilan molar, atau sebarang komplikasi semasa mengandung?</p> <p>Details for Question 6.9 if you answered 'Yes' / Butiran untuk Soalan 6.9 jika anda menjawab 'Ya'</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; padding: 5px;">Question no. No. soalan</td> <td style="width: 10%; padding: 5px;">Person Individu</td> <td style="padding: 5px;">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.</td> </tr> </table>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.							
FEMALE ONLY (IF APPLICABLE) / UNTUK WANITA SAHAJA (JIKA BERKENAAN)									
<p>6.9 a. Have you given birth to any child? / Pernahkah anda melahirkan anak?</p> <p>b. Are you currently pregnant? / Adakah anda sedang mengandung?</p> <p style="margin-left: 20px;">Gestational period / Usia kandungan Weeks / minggu</p> <p style="margin-left: 20px;">Expected delivery date / Tarikh dijangka bersalin </p> <p>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?</p> <p>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 payu dara atau pelvis, biopsi kon atau kolposkopi atau sebarang penyiasatan berhubung dengan ginekologi yang didapati abnormal, atau dinasihatkan membuat ulangan dalam tempoh enam (6) bulan?</p> <p>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, abrupsi plasenta, embolisme cecair amnion, kehamilan molar, atau sebarang komplikasi semasa mengandung?</p> <p>Details for Question 6.9 if you answered 'Yes' / Butiran untuk Soalan 6.9 jika anda menjawab 'Ya'</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; padding: 5px;">Question no. No. soalan</td> <td style="width: 10%; padding: 5px;">Person Individu</td> <td style="padding: 5px;">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.</td> </tr> </table>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.							

**PART 7: PRIVACY POLICY SUMMARY / BAHAGIAN 7: RINGKASAN POLISI PRIVASI**

We will process the personal data provided by you in this form and it is obligatory for you to provide the personal data required herein. If you fail to provide such data, we will not be able to process your application. We will process the personal data for the purposes of processing, assessing and determining your application or carrying out any activity in relation to or in connection with carrying out our duties as a takaful operator.

Kami akan memproses data peribadi yang diberikan oleh anda dalam borang ini dan ia adalah wajib untuk anda memberi data peribadi yang dikehendaki kepada kami. Jika anda gagal berbuat demikian, kami tidak akan dapat memproses permohonan anda. Kami akan memproses data peribadi bagi tujuan pemrosesan, penilaian dan menentukan permohonan anda atau menjalankan sebarang aktiviti yang berkaitan dengan operasi kami sebagai pengendali takaful.

We may share the data with our related, associated or affiliated companies (this includes entity within the Prudential Group of Companies or Bank Simpanan Nasional Group of Companies), service providers under contract who help with our business operations (including those overseas); any person, who is under a duty of confidentiality and who has undertaken to keep such data confidential; and any person consented by you or to whom we are under an obligation to make disclosure under the requirements of any law, rules, regulations, court order, codes of practice or guidelines binding on us including, without limitation, any applicable regulators, governmental bodies, or industry recognised bodies such as the Life Insurance Association of Malaysia and Malaysian Takaful Association, and where otherwise required by law.

Kami mungkin akan berkongsi data tersebut dengan syarikat berkaitan, sekutu atau gabungan kami (termasuk entiti dalam Syarikat Kumpulan Prudential atau Syarikat Kumpulan Bank Simpanan Nasional), pembekal perkhidmatan di bawah kontrak yang membantu operasi perniagaan kami (termasuk yang di luar negara); mana-mana individu, yang bertanggungjawab memegang kerahsiaan dan telah berjanji untuk menyimpan data tersebut secara sulit; dan mana-mana individu yang dibenarkan oleh anda atau kepada sesiapa yang mana kami mempunyai kewajiban untuk membuat pendedahan yang dikehendaki oleh mana-mana undang-undang, peraturan, perintah mahkamah, kod praktik atau garis panduan yang kami terikat dengannya termasuk, tanpa terhad, mana-mana pegawai selia yang berkaitan, badan kerajaan atau badan yang diiktiraf oleh industri seperti Persatuan Insurans Hayat Malaysia dan Persatuan Takaful Malaysia, dan jika dikehendaki oleh undang-undang.

We reserve the right to disclose your personal data if required to do so by law, or in the good faith believe that such action is reasonably necessary to comply with the legal process, respond to claims, or to protect the rights, property or safety of our company, our employees, customers, or the public. If we are merged or acquired by another entity, personally identifiable information may be transferred to such entity as part of the merger or acquisition. If you are supplying personal data of other parties such as your family members, legal guardians, nominees, directors, shareholders or officers, please do ensure that you have obtained their consent and bring this notice to their attention.

Kami berhak mendedahkan data peribadi anda sekiranya dikehendaki berbuat demikian oleh undang-undang, atau secara jujur percaya bahawa tindakan tersebut adalah perlu dan munasabah bagi mematuhi proses undang-undang, menjawab tuntutan, atau untuk melindungi hak, harta atau keselamatan syarikat kami, pekerja kami, pelanggan, atau orang awam. Jika kami bergabung atau diambil alih oleh entiti yang lain, maklumat peribadi anda yang dikenal pasti mungkin dipindahkan kepada entiti tersebut sebagai sebahagian daripada gabungan atau pengambilalihan. Jika anda membekalkan data peribadi pihak-pihak lain seperti ahli keluarga, penjaga sah, penama, pengarah, pemegang saham atau pegawai, sila pastikan anda telah mendapat keizinan mereka dan membawa notis ini untuk perhatian mereka.

Where you elect to limit our right to process the personal data, you may contact us. For avoidance of doubt, the withdrawal or limitation does not include processing of mandatory personal data. This Privacy Policy Summary shall be read together with our Privacy Policy on our website, www.prubsn.com.my and our Privacy Policy in our Proposal Form. If you have any question about this Privacy Policy Summary, please contact: Customer Service Officer, E-mail: customer@prubsn.com.my | Telephone: 03 2775 7188

Jika anda memilih untuk menghadkan hak kami untuk memproses data peribadi, anda boleh berbuat demikian secara bertulis kepada kami. Untuk mengelakkan keraguan, penarikan balik atau pembatasan tidak termasuk memproses data peribadi yang wajib. Ringkasan Polisi Privasi ini hendaklah dibaca bersama Polisi Privasi di laman web kami, www.prubsn.com.my dan Polisi Privasi kami di dalam Borang Cadangan. Jika anda mempunyai sebarang soalan mengenai Ringkasan Polisi Privasi, sila hubungi: Pegawai Khidmat Pelanggan, E-mel: customer@prubsn.com.my | Telefon: 03 2775 7188

I/We have read the summary of PruBSN's Privacy Policy above and understand that this is only a summary of PruBSN's Privacy Policy and is not intended to be taken as the full version of the same. The full version of PruBSN's Privacy Policy is on PruBSN's corporate website and will be updated from time to time. The latest version of PruBSN's Privacy Policy on its corporate website shall take precedence over any privacy policies previously displayed on its corporate website. Any update to PruBSN's Privacy Policy shall be notified on its corporate website, or by electronic means, or by any other method if we feel the circumstances are appropriate after considering the market developments on such method. Any personal data, including any sensitive personal data ("Personal Data") provided in this form shall be processed in accordance with PruBSN's Privacy Policy displayed on its corporate website at www.prubsn.com.my.

Saya/kami telah membaca ringkasan polisi Privasi PruBSN di atas dan memahami bahawa ini hanyalah ringkasan Polisi Privasi PruBSN dan tidak bertujuan untuk diambil kira sebagai versi penuh Polisi Privasi. Versi penuh Polisi Privasi PruBSN boleh didapati di laman web korporat PruBSN dan akan dikemas kini dari semasa ke semasa. Versi terkini Polisi Privasi PruBSN di laman web korporat PruBSN akan menggantikan sebarang polisi-polisi privasi yang dipaparkan sebelum ini di laman web korporatnya. Sebarang pengemaskinian terhadap Polisi Privasi PruBSN akan dimaklumkan di laman web korporat atau secara elektronik, atau melalui pendekatan lain yang dirasakan bersesuaian selepas mempertimbangkan perkembangan pasaran mengenai pendekatan tersebut. Sebarang data peribadi, termasuk apa-apa data peribadi yang sensitif ("Data Peribadi") yang diberikan dalam borang ini akan diproses mengikut Polisi Privasi PruBSN yang dipaparkan di laman web korporatnya di www.prubsn.com.my.

PART 8: DECLARATION / BAHAGIAN 8: PENGAKUAN

8.1 I / We agree that the information given in this proposal and any information supplied to Prudential BSN Takaful Berhad (you), your representative or your 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 cadangan ini dan sebarang maklumat yang diberikan kepada Prudential BSN Takaful Berhad (anda), wakil anda atau Pemeriksa Kesihatan anda 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 diguna pakai 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.

8.2 I / We have a duty to tell you 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 you issue the relevant certificate. In these circumstances, you may assess my / our proposal again.

Saya / Kami bertanggungjawab untuk memberitahu anda 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 anda mengeluarkan sijil berkaitan. Dalam keadaan ini, anda boleh menilai semula cadangan saya / kami.

8.3 I / We hereby authorise and give consent to you 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.

Saya / Kami dengan ini mengesahkan dan membenarkan anda untuk mendapatkan maklumat perubahan daripada mana-mana doktor, doktor pakar, hospital atau klinik yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan mengenai kesihatan saya / kami atau kanak-kanak tersebut. Anda 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.

8.4 I / We understand that the takaful coverage will not begin unless and until you have given me / us a written approval and issued the relevant certificate whilst I / we am / are alive and in good health.

Saya / Kami faham bahawa perlindungan takaful tidak akan bermula melainkan dan sehingga anda telah memberikan kelulusan secara bertulis kepada saya / kami dan mengeluarkan sijil yang berkaitan semasa saya / kami masih hidup dan dalam keadaan sihat.

8.5 I / We have completed this application at my / our own free will and your representative has fully explained all the terms to me / us and the answers I / we have given are true and accurate.

Saya / Kami telah melengkapkan permohonan ini tanpa dipaksa dan wakil anda telah menerangkan semua terma sepenuhnya kepada saya / kami dan jawapan yang saya / kami berikan adalah benar dan tepat.

8.6 I / We hereby declare that, to my / our best knowledge, the foregoing statements are true and complete and that I / We understand that such disclosures shall be relied upon by you to decide to issue the takaful certificate.

Saya / Kami dengan ini mengaku bahawa sepanjang pengetahuan saya / kami, kenyataan-kenyataan yang disebut di atas adalah benar dan lengkap dan saya / kami memahami bahawa anda akan bergantung kepada pendedahan tersebut untuk membuat keputusan untuk mengeluarkan sijil takaful.

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

Saya / Kami mengakui bahawa anda mungkin diwajibkan untuk mematuhi atau, mengikut budi bicara mutlak anda, memilih untuk memberi perhatian kepada, mematuhi atau memenuhi keperluan atau kehendak undang-undang, peraturan, perintah, garis panduan, kod, piawaian pasaran, amalan yang baik dan permintaan atau perjanjian dengan badan-badan awam, kehakiman, cukai, kerajaan dan pihak berkuasa kawal selia atau kawal selia sendiri (iaitu "Pelbagai Pihak Berkuasa" dan masing-masing satu "Pihak Berkuasa") dalam pelbagai bidang kuasa seperti yang termaktub dan dipinda dari masa ke semasa ("Syarat-syarat yang Berkenaan"). Dalam hubungan ini, saya / kami bersetuju bahawa anda boleh mengambil sebarang dan semua langkah untuk memastikan pematuhan atau kepatuhan anda (sama ada secara sukarela atau sebaliknya) dengan Syarat-syarat yang Berkenaan.

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

Saya / Kami bersetuju bahawa anda boleh mendedahkan butiran saya / kami atau sebarang maklumat kepada mana-mana Pihak Berkuasa berhubung dengan Syarat-syarat yang Berkenaan sama ada dilaksanakan secara langsung atau dihantar melalui mana-mana Ibu Pejabat anda atau syarikat-syarikat lain yang berkaitan atau sebarang cara sebagaimana yang anda anggap patut. Saya / Kami hendaklah memberi maklumat lanjut yang mungkin diperlukan untuk pendedahan kepada mana-mana Pihak Berkuasa mungkin dikehendaki dalam masa yang berpatutan.

Certificate number / Nombor sijil

PART 8: DECLARATION / BAHAGIAN 8: PENGAKUAN

8.9 Taxes at the prevailing rate may be charged on any of the contributions, or any other payments due (where applicable under local Malaysian taxation laws) under this takaful certificate. / Cukai pada kadar semasa boleh dikenakan ke atas mana-mana bayaran sumbangan, atau apa-apa bayaran tertunggak yang lain (tertakluk kepada undang-undang percukaian Malaysia) bagi sijil takaful ini.

8.10 I / We understand that PruBSN is required to collect my / our Malaysia Tax Identification Number (TIN) and Sales & Service Tax (SST) Registration Number (where applicable) in compliance with the e-Invoice guideline of the Inland Revenue Board of Malaysia (IRBM). / Saya / Kami faham bahawa PruBSN dikehendaki mendapatkan butiran Nombor Pengenalan Cukai Malaysia (TIN) dan Nombor Pendaftaran Cukai Jualan dan Perkhidmatan (SST) saya / kami (jika berkenaan) selaras dengan garis panduan e-Invois Lembaga Hasil Dalam Negeri Malaysia (LHDNM).

8.11 I / We further agree to co-operate with you to enable you to comply with your obligations under all Applicable Requirements concerning my / our takaful certificates with you. Saya / Kami juga bersetuju untuk bekerjasama dengan anda untuk membolehkan anda mematuhi tanggungjawab anda di bawah semua Syarat-syarat yang Berkenaan yang berkaitan sijil takaful saya / kami dengan anda.

8.12 If I / we do not provide you 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 you 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, you may withhold payment of any amount due to my / our (or my / our personal representatives) under my / our takaful certificate in compliance with the Applicable Requirements (and / or pay the same to any relevant Authority on my / our behalf); and / or
b) You may take any and all steps as you deem fit to ensure your compliance or adherence with the Applicable Requirements, or otherwise to protect your legal and / or commercial interests.

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

a) setakat dibenarkan di bawah undang-undang, anda 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) Anda boleh mengambil sebarang dan semua langkah seperti yang anda anggap sesuai untuk memastikan pematuhan atau kepatuhan anda dengan Syarat-syarat yang Berkenaan, atau untuk melindungi kepentingan undang-undang dan / atau komersil anda.

Your request/application need to be submitted together with the acknowledged Certificate Alteration Sustainability Statement (CASS) that will be provided to you within 3 working days. The actual certificate sustainability may vary from CASS due to PruBSN's assessment criteria.

Permintaan/permohonan anda perlu dihantar bersama dengan Penyata Kemampunan Perubahan Sijil (CASS) yang akan disediakan kepada anda dalam masa 3 hari bekerja. Kemampunan sijil yang sebenar mungkin berbeza dari CASS disebabkan oleh kriteria penilaian PruBSN.

Signature of Person A: Person Covered
[Note: This box is not applicable for juveniles plan]
Tandatangan Individu A: Orang yang Dilindungi
[Nota: Ruang ini tidak digunapakai untuk pelan juvenil]

Signature of Person B: Proposer / Company / Spouse / Parent / Legal guardian
Tandatangan Individu B: Pencadang / Syarikat / Pasangan / Ibu bapa / Penjaga sah

Signature of Person C: Joint parent
Tandatangan Individu C: Ibu bapa bersama

Signature of Assignee
Tandatangan Penerima Hak

PART 9: REPRESENTATIVE'S DECLARATION / BAHAGIAN 9: PENGAKUAN WAKIL

9.1 I hereby declare that the information contained in this application is the only information given to me by the Participant, 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/application. Saya dengan ini mengaku bahawa hanya maklumat yang terkandung di dalam permohonan ini sahaja yang diberikan kepada saya oleh Peserta, Orang yang Dilindungi / Pasangan Hidup / Ibu bapa / Penjaga Sah (sekiranya terlibat) dan saya tidak menyembunyikan sebarang keterangan lain yang boleh mempengaruhi penerimaan cadangan / permohonan ini.

9.2 I have sighted the original NRIC / birth certificate / passport/certified true copy of company's documents such as certificate of incorporation, Form 24 and 49 (or the equivalent documents), and verified the identity of the above person / corporate entity. Saya telah melihat salinan asal kad pengenalan / sijil kelahiran / pasport/salinan diakui sah dokumen-dokumen perniagaan iaitu sijil penubuhan, Borang 24 & 49 (atau dokumen-dokumen lain yang setara) dan mengesahkan identiti individual / entiti korporat di atas.

Signature of Representative / Tandatangan Wakil

**PART 10: AUTHORISATION FOR CREDIT CARD DEDUCTION / BAHAGIAN 10: ARAHAN BAGI PEMOTONGAN MELALUI KAD KREDIT
(Only for certificate that has registered credit card service payment / Hanya untuk sijil yang telah mendaftar untuk pembayaran melalui kad kredit)**

Note: We encourage you to complete the deduction authorisation below in order to expedite your application without further requirement.
Nota: Kami menggalakkan anda untuk melengkapkan arahan pemotongan untuk mempercepatkan permohonan anda tanpa syarat lebih lanjut.

10.1 I hereby authorise the bank appointed by Prudential BSN Takaful Berhad to debit my credit card account for the balance of contribution and / or outstanding contribution (if any) for the above application. / Saya dengan ini membenarkan bank yang dilantik oleh Prudential BSN Takaful Berhad untuk mendebitkan akaun kad kredit saya untuk baki sumbangan dan / atau tunggakan sumbangan (jika ada) bagi permohonan di atas.

Name / Nama

NRIC / Passport number / Nombor KP Baharu / Pasport

Latest Expiry Date as per Enrolled Card
Tarikh Tamat Terkini Kad Berdaftar
Month / Bulan Year / Tahun

Date / Tarikh

/

Signature of Cardholder (as in card)
Tandatangan Pemegang Kad (seperti dalam kad)