

Date
Tarikh

Representative's Code
Kod Wakil

Certificate Number
Nombor Sijil

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Representative's Name
Nama Wakil

Participant's Telephone Number
Nombor Telefon Peserta

Representative's Telephone Number
Nombor Telefon Wakil

REVIVAL APPLICATION FORM / BORANG PERMOHONAN PENGUATKUASAAN SEMULA

Please complete in 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: HEALTH DECLARATION / BAHAGIAN A: PENGISYTIHARAN KESIHATAN

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 details. / Jika jawapannya YA, sila beri butiran selanjutnya.)	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 had any illness, accident or injury in the past three (3) years? If YES, please state the type, date and duration. <i>Pernahkah anda mengalami penyakit, kemalangan atau kecederaan dalam tempoh tiga (3) tahun lepas? Jika YA, sila nyatakan jenis, tarikh dan tempoh kejadian.</i>	<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. <i>Pernahkah anda dimasukkan ke hospital? Jika YA, sila nyatakan tarikh dan tempoh rawatan anda.</i>	<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. <i>Pernahkah anda menjalani ujian perubatan? Jika YA, sila nyatakan jenis ujian, tarikh dan keputusan ujian.</i>	<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. <i>Pernahkah anda membuat tuntutan kemalangan atau manfaat hospital? Jika YA, sudahkah anda pulih sepenuhnya? Sila berikan salinan laporan tuntutan.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
5. Has any person in your family (living or deceased) ever suffered from diabetes, heart disease, high blood pressure, stroke, kidney disease, mental disorder, hepatitis B, cancer or any hereditary diseases? If YES, please provide full details. <i>Adakah sesiapa di dalam keluarga anda (sama ada masih hidup atau telah meninggal dunia) pernah menghidap penyakit kencing manis, jantung, tekanan darah tinggi, angin ahmar, penyakit buah pinggang, gangguan mental, hepatitis B, barah atau penyakit-penyakit keturunan yang lain? Jika YA, sila berikan butiran yang lengkap.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Who / Siapa</th> <th>Details of illness / Butir-butir penyakit</th> <th>Age at onset / Umur semasa penyakit bermula</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Who / Siapa	Details of illness / Butir-butir penyakit	Age at onset / Umur semasa penyakit bermula	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Who / Siapa	Details of illness / Butir-butir penyakit	Age at onset / Umur semasa penyakit bermula									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
6. (a) Have you given birth to any children? (for females ONLY) <i>Pernahkah anda melahirkan anak? (untuk wanita SAHAJA)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(b) Are you now pregnant? If YES, please state the expected date of delivery. <i>Adakah anda sedang mengandung? Jika YA, sila nyatakan tarikh jangkaan kelahiran.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Gestational Period / <i>Usia Kandungan</i> <input type="text"/> <input type="text"/> Weeks / <i>Minggu</i>											
Expected delivery date / <i>Tarikh dijangka bersalin:</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											

PART B: REVIVAL / BAHAGIAN B: PENGUATKUASAAN SEMULA

Note: Revival is not allowed for PruBSN Platinum / Premier One-i / Smart Secure Takaful

Nota: Penguatkuasaan Semula tidak dibenarkan untuk PruBSN Platinum / Premier One-i / Smart Secure Takaful

If your Certificate is incepted after 05 September 2011 / Jika Sijil anda telah dikuatkuasakan selepas 05 September 2011

Conditions / Syarat-syarat

1. If your Certificate has lapsed for more than twelve (12) months, no Revival is allowed.
Jika Sijil anda telah luput melebihi dua belas (12) bulan, Penguatkuasaan Semula tidak dibenarkan.
2. If your Certificate has lapsed for more than six (6) months, the minimum payment is set at three (3) month's contribution OR one (1) contribution instalment for quarterly, half-yearly or annual frequency mode. Payment amount for the contribution will be calculated based on the current age upon revival.
Jika Sijil anda telah luput melebihi enam (6) bulan, bayaran minimum yang ditetapkan adalah sumbangan untuk tiga (3) bulan atau satu (1) ansuran sumbangan untuk mod kekerapan suku tahunan, setengah tahunan atau tahunan. Amaun bayaran untuk sumbangan akan dikira mengikut umur semasa sewaktu penguatkuasaan semula.
3. For PruBSN Warisan, Premier Legacy and PruBSN Anugerah :
 - a. If your Certificate has lapsed for one (1) to three (3) months, the minimum payment is set at one (1) month's contribution OR one (1) contribution instalment for quarterly, half-yearly or annual frequency mode.
a. Jika Sijil anda telah luput antara satu (1) ke tiga (3) bulan, bayaran minimum yang ditetapkan adalah sumbangan untuk satu (1) bulan atau satu (1) ansuran sumbangan untuk mod kekerapan suku tahunan, setengah tahunan atau tahunan.
 - b. If your Certificate has lapsed for four (4) to six (6) months, the minimum payment is set at three (3) month's contribution OR one (1) contribution instalment for quarterly, half-yearly or annual frequency mode.
b. Jika Sijil anda telah luput antara empat (4) ke enam (6) bulan, bayaran minimum yang ditetapkan adalah sumbangan untuk tiga (3) bulan atau satu (1) ansuran sumbangan untuk mod kekerapan suku tahunan, setengah tahunan atau tahunan.
 - c. If your Certificate has lapsed for seven (7) to twelve (12) months, the payment set is all outstanding instalment contribution (from lapse date to Revival date), subject to the cap at Last Contribution Due Date (LCDD).
c. Jika Sijil anda telah luput antara tujuh (7) ke dua belas (12) bulan, bayaran yang ditetapkan adalah kesemua sumbangan yang tertunggak (dari tarikh luput sehingga tarikh Penguatkuasaan Semula) tertakluk pada Tarikh Bayaran Akhir.
4. For PruBSN Asas Link, PruBSN Anugerah Plus, SCB Premier Vantage, BSN Fitrah, PruWarisan Plus, Premier Legacy Beyond and PruBSN Aspirasi, the certificate can be revived at any time within three (3) years after the benefits or certificate have lapsed subject to payment of at least three (3) months contribution or one (1) contribution for quarterly or half yearly or yearly with a Revival Application Form. The covered person must not have attained the age of 80 years at the time of the revival. / Bagi PruBSN Asas Link, PruBSN Anugerah Plus, SCB Premier Vantage, BSN Fitrah, PruWarisan Plus, Premier Legacy Beyond dan PruBSN Aspirasi, sijil yang telah luput boleh dikuatkuasakan semula dalam tempoh tiga (3) tahun, tertakluk kepada tiga (3) bulan sumbangan atau satu (1) ansuran sumbangan untuk mod kekerapan suku tahunan, setengah tahunan atau tahunan. Orang yang dilindungi hendaklah tidak melebihi umur 80 tahun semasa penguatkuasaan sijil.

If your Certificate is incepted before 05 September 2011 / Jika Sijil anda telah dikuatkuasakan sebelum 05 September 2011

Conditions / Syarat-syarat

1. Lapse Holiday is NOT allowed for Investment-Linked plans with lapse duration more than or equal to six (6) months effective 22 May 2020.
Penguatkuasaan Semula secara Cuti Luput TIDAK dibenarkan untuk pelan-pelan Berkaitan Pelaburan yang mana tempoh luput adalah lebih atau bersamaan dengan enam (6) bulan berkuat kuasa pada 22 Mei 2020.
2. If your Certificate has lapsed for one (1) to six (6) months, the minimum payment is set at one (1) month's contribution OR one (1) contribution instalment for quarterly, half-yearly or annual frequency mode.
Jika Sijil anda telah luput antara satu (1) ke enam (6) bulan, bayaran minimum yang ditetapkan adalah sumbangan untuk satu (1) bulan atau satu (1) ansuran sumbangan untuk mod kekerapan suku tahunan, setengah tahunan atau tahunan.
3. If your Certificate has lapsed for seven (7) to thirty-six (36) months, the minimum payment is set at three (3) month's contribution OR one (1) contribution instalment for quarterly, half-yearly or annual frequency mode.
Jika Sijil anda telah luput antara tujuh (7) ke tiga puluh enam (36) bulan, bayaran minimum yang ditetapkan adalah sumbangan untuk tiga (3) bulan atau satu (1) ansuran sumbangan untuk mod kekerapan suku tahunan, setengah tahunan atau tahunan.
4. If you choose Revival by Arrears, the payment is set for all outstanding instalment contribution (from lapse date to Revival date), subject to the cap at Last Contribution Due Date (LCDD).
Jika anda memilih Penguatkuasaan Semula secara Tunggakan, bayaran yang ditetapkan adalah kesemua sumbangan yang tertunggak (dari tarikh luput sehingga tarikh Penguatkuasaan Semula) tertakluk pada Tarikh Bayaran Akhir.
5. The acceptance of Revival is subject to our approval.
Penerimaan Penguatkuasaan Semula adalah tertakluk pada kelulusan kami
6. If your Certificate has lapsed for more than thirty six (36) months, no Revival is allowed.
Jika Sijil anda telah luput melebihi tiga puluh enam (36) bulan, Penguatkuasaan Semula tidak dibenarkan
7. Your certificate provides Takaful coverage from the Tabarru` Fund, where monthly Tabarru` deduction for basic plan, optional benefit(s) and supplementary benefit(s), Service Charge 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. Sejajar 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.

E-CREDIT DECLARATION / PENGISYTIHARAN E-KREDIT

In consideration of PruBSN agreeing to grant this Facility to me / us, I / we hereby declare that:

Di atas persetujuan PruBSN untuk memberikan Kemudahan ini kepada saya / kami, saya / kami dengan ini mengisytiharkan bahawa:

1. PruBSN is authorised to deposit the relevant payments under the certificate, which are payable to me / us, into the Account provided in this Form. / PruBSN diberi kuasa untuk memasukkan bayaran yang berkaitan di bawah sijil tersebut yang akan dibayar kepada saya / kami ke dalam Akaun yang diberikan di dalam Borang ini.
2. I / We agree not to hold PruBSN liable for any losses, damages, costs and expenses that I / we may suffer whether directly or indirectly:
 - for paying or crediting payments due to me / us according to the Account details provided in this Form;
 - in the event of any invalid or inaccurate Account details that I / we provided results in payment being credited into a third party account, the payment made to the account is still deemed as full payment for the relevant payments; and
 - if for any reason PruBSN is unable to pay or credit the payments into the Account through no fault of the Company, including but not limited to, the payments being rejected by the financial institution, where the Account is held.

Saya / Kami bersetuju bahawa PruBSN tidak bertanggungjawab ke atas sebarang kerugian, kerosakan, kos dan perbelanjaan yang mungkin saya / kami alami sama ada secara langsung atau tidak langsung:

 - kerana membayar atau mengkreditkan bayaran kepada saya / kami mengikut butiran Akaun yang diberikan di dalam Borang ini;
 - sekiranya butiran Akaun yang tidak sah atau tidak tepat yang saya / kami berikan menyebabkan pembayaran dikreditkan ke dalam akaun pihak ketiga, pembayaran yang dibuat itu masih dianggap sebagai pembayaran penuh bagi bayaran yang berkaitan; dan
 - jika atas sebarang sebab PruBSN tidak dapat membayar atau mengkreditkan bayaran ke dalam Akaun tetapi bukan di atas kesalahan PruBSN, termasuk tetapi tidak terhad kepada, pembayaran ditolak oleh institusi kewangan di mana Akaun tersebut dipegang.
3. The successful payments made into the Account shall be a good discharge of PruBSN's liability to me / us under the certificate and I / we shall have no further claim against the Company for the same. / Pembayaran yang berjaya dibuat ke dalam Akaun tersebut melepaskan liabiliti PruBSN kepada saya / kami di bawah sijil tersebut dan saya / kami tidak boleh membuat tuntutan selanjutnya terhadap pihak Syarikat untuk perkara yang sama.
4. I / We hereby irrevocably undertake to keep PruBSN harmless and fully indemnified against any and all actions, claims, proceedings, costs (including legal costs on solicitor and client basis) and damages, including any compensation paid by PruBSN to settle such claims, that may howsoever arise from or be incidental to my / our instruction with respect to the Facility or Account above and any of PruBSN's payment into the Account. This authorisation and indemnity shall be binding upon my / our respective successors-in-title, executors, administrators, personal representatives or heirs. / Saya / Kami dengan ini secara mutlak dan berjanji akan melepaskan dan melindungi PruBSN sepenuhnya daripada sebarang dan semua tindakan, tuntutan, prosiding, kos (termasuk kos guaman atas dasar peguamcara dan anakguam) dan ganti rugi, termasuk sebarang pampasan yang dibayar oleh PruBSN untuk menyelesaikan tuntutan sedemikian, yang mungkin atau secara kebetulan timbul daripada atas arahan saya / kami berkenaan dengan Kemudahan atau Akaun di atas dan sebarang pembayaran oleh PruBSN ke dalam Akaun tersebut. Kuasa dan tanggung rugi ini akan mengikat pengganti hak milik, wasi, pentadbir, wakil peribadi atau waris saya / kami.

PART D: PRIVACY POLICY SUMMARY / BAHAGIAN D: 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 kewajipan untuk membuat pendedahan yang dikehendaki oleh mana-mana undang-undang, peraturan, perintah mahkamah, kod praktis 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 notice shall be read together with our Privacy Policy on our website, www.prubsn.com.my and our Privacy Notice in our Proposal Form. If you have any question about this notice, please contact:- Customer Service Officer,

E-mail: customer@prubsn.com.my | Telephone: 03 2053 7188 | Fax: 03 2725 8585

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. Notis ini hendaklah dibaca bersama Polisi Privasi di laman web kami, www.prubsn.com.my dan Notis Privasi kami di dalam Borang Cadangan. Jika anda mempunyai sebarang soalan mengenai notis ini, sila hubungi:- Pegawai Khidmat Pelanggan, E-mel: customer@prubsn.com.my | Telefon: 03 2053 7188 | Faks: 03 2725 8585

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 proposal 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 cadangan ini akan diproses mengikut Polisi Privasi PruBSN yang dipaparkan di laman web korporatnya di www.prubsn.com.my.

PART E: DECLARATION / BAHAGIAN E: PENGISYTIHARAN

- I / We agree that the information given in this Revival Application and any information supplied to Prudential BSN Takaful Berhad (you), your representative or your Medical Examiner shall be basis of revival 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 revived 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 Permohonan Penguatkuasaan Semula ini dan sebarang maklumat yang diberikan kepada Prudential BSN Takaful Berhad (anda), wakil anda atau Pemeriksa Kesihatan akan menjadi asas penguatkuasaan semula ini 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.*
- 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 revival application or which may happen before the date on which the revival is accepted and I / We agree that you are entitled to accept or reject the application. / *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 Permohonan Penguatkuasaan Semula ini atau mungkin berlaku sebelum Permohonan Penguatkuasaan Semula diterima dan saya / kami bersetuju bahawa anda berhak meluluskan atau menolak permohonan tersebut.*
- 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.*
- I / We understand that the takaful coverage will not take effect irrespective of monies paid pursuant to that until you have approved this revival application whilst I / we am / are alive and in good health. / *Saya / Kami faham bahawa perlindungan takaful tidak akan bermula walaupun pembayaran yang berkaitan telah dibuat, sehingga anda telah meluluskan permohonan penguatkuasaan semula ini semasa saya / kami masih hidup dan dalam keadaan sihat.*
- 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.*

Signature of Person Covered / *Tandatangan Orang yang Dilindungi :*

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 / *Tandatangan Ibu Bapa Bersama :*

Name / *Nama :*

Identification No.* / *No. Pengenalan Diri* :*

Date / *Tarikh :*

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

I hereby witness and certify that the above signature(s) was / were made in my presence and that to my own personal knowledge it is the signature of the Participant / Person Covered / Spouse / Joint Parent / Legal Guardian as mentioned above.

Note: The witness must be sound of mind, attained age 18 years old and other than Participant / Person Covered / Spouse / Joint Parent / Legal Guardian.

Saya dengan ini menjadi saksi dan mengesahkan bahawa tandatangan di atas telah dibuat di hadapan saya dan sepanjang pengetahuan saya tandatangan tersebut ialah tandatangan Peserta / Orang yang Dilindungi / Pasangan / Ibu Bapa Bersama / Penjaga yang Sah seperti yang tersebut di atas.

Nota: Saksi mestilah waras, telah mencapai umur 18 tahun dan selain dari Peserta / Orang yang Dilindungi / Pasangan / Ibu Bapa Bersama / Penjaga yang Sah.

Signature of Witness / *Tandatangan Saksi :*

Name / *Nama :*

Identification No.* / *No. Pengenalan Diri* :*

Date / *Tarikh :*

Note: *Identification No.refers to NRIC / Old IC No., Army / Police ID, Birth Certificate No. or Passport No.

*Nota: *No. Pengenalan Diri merujuk kepada No.KP Baru / Lama, No.PengenalanTentera / Polis, No.Sijil Beranak atau Pasport.*

PART G: CREDIT CARD/DEBIT CARD SPECIAL DEDUCTION REQUEST / BAHAGIAN G: 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.