

**PERSONAL STATEMENT FORM FOR REGULAR CONTRIBUTION TAKAFUL PLAN
BORANG PERNYATAAN PERIBADI 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 / Telephone pejabat / bimbit

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

E-mail / E-mel

--

Representative's special instruction:
Arahan khas wakil:

Bank's Details

Staff ID

ID Kakitangan

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

Bank's Branch Name

Nama Cawangan Bank

--

Bank's code

Kod Bank

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

IMPORTANT NOTE: You must take reasonable care to disclose in this Personal Statement 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 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 Personal Statement, the takaful certificate and any changes or renewal of the takaful certificate.

NOTA PENTING: Anda dikehendaki mengambil perhatian sewajarnya untuk mengisytiharkan dalam Borang Pernyataan Peribadi 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 Pernyataan Peribadi 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 dilengkapi dengan tepat. Tanggungjawab pengisytiharan anda akan digunakan 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.

INSTRUCTIONS: Please only fill up information which are 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 Personal Statement 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 Pernyataan Peribadi ini.

Full name (as shown on NRIC) / Nama penuh (seperti di dalam no kad pengenalan baru)

Person A Individu A	
Person B Individu B	
Person C Individu C	

	PART 1: PERSONAL DETAILS BAHAGIAN 1: BUTIRAN PERIBADI	Person A: Person Covered Individu A: Orang yang Dilindungi	Person B Individu B	Person C: Joint parent Individu C: Ibu bapa bersama
1.1	Relationship to Person A Hubungan dengan Individu A	Self / Sendiri	<input type="checkbox"/> Participant / Company Peserta / Syarikat <input type="checkbox"/> Spouse / Pasangan <input type="checkbox"/> Parent / Legal guardian Ibu bapa / Penjaga sah <input type="checkbox"/> Father / Bapa <input type="checkbox"/> Mother / Ibu <input type="checkbox"/> Husband / Suami <input type="checkbox"/> Wife / Isteri <input type="checkbox"/> Others Lain-lain <input style="width:100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Father / Bapa <input type="checkbox"/> Mother / Ibu <input type="checkbox"/> Husband / Suami <input type="checkbox"/> Wife / Isteri
1.2	Title Gelaran	<input type="checkbox"/> Mr / Encik <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain <input type="checkbox"/> Mdm / Puan <input style="width:100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Miss / Cik	<input type="checkbox"/> Mr / Encik <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain <input type="checkbox"/> Mdm / Puan <input style="width:100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Miss / Cik	<input type="checkbox"/> Mr / Encik <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain <input type="checkbox"/> Mdm / Puan <input style="width:100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Miss / Cik
1.3	Gender Jantina	<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan	<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan	<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan
1.4	Residential Address Alamat Rumah			
1.5	Correspondence Address (If different from Residential Address) Alamat Surat Menyurat (Jika berbeza daripada Alamat Rumah)			

Certificate number / Nombor sijil

Certificate number / Nombor sijil		Person A / Individu A	Person B / Individu B	Person C / Individu C
1.6	New NRIC number Nombor KP baru Other identity number Nombor pengenalan yang lain	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.7	Date of birth Tarikh lahir	Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun <input type="text"/>	Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun <input type="text"/>	Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun <input type="text"/>
1.8	Contact Number Nombor Telefon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.9	Marital status Taraf perkahwinan	<input type="checkbox"/> Single / Bujang <input type="checkbox"/> Married / Berkahwin <input type="checkbox"/> Widowed / Balu <input type="checkbox"/> Divorced / Bercera	<input type="checkbox"/> Single / Bujang <input type="checkbox"/> Married / Berkahwin <input type="checkbox"/> Widowed / Balu <input type="checkbox"/> Divorced / Bercera	<input type="checkbox"/> Single / Bujang <input type="checkbox"/> Married / Berkahwin <input type="checkbox"/> Widowed / Balu <input type="checkbox"/> Divorced / Bercera
1.10	Race / Bangsa	<input type="checkbox"/> Malay / Melayu <input type="checkbox"/> Chinese / Cina <input type="checkbox"/> Indian / India <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Malay / Melayu <input type="checkbox"/> Chinese / Cina <input type="checkbox"/> Indian / India <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Malay / Melayu <input type="checkbox"/> Chinese / Cina <input type="checkbox"/> Indian / India <input type="text"/>
1.11	Religion / Agama	<input type="checkbox"/> Islam / Islam <input type="checkbox"/> Hindu / Hindu <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Islam / Islam <input type="checkbox"/> Hindu / Hindu <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Islam / Islam <input type="checkbox"/> Hindu / Hindu <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain <input type="text"/>
1.12	Nationality Warganegara	<input type="checkbox"/> Malaysian / Malaysia <input type="checkbox"/> Others Lain-lain <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Malaysian / Malaysia <input type="checkbox"/> Others Lain-lain <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Malaysian / Malaysia <input type="checkbox"/> Others Lain-lain <input type="text"/>
1.13	Height and weight Tinggi dan berat	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
1.14	Have you smoked any cigarettes in the last 12 months? Adakah anda merokok sepanjang 12 bulan yang lepas?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak If yes, please complete the following Jika ya, sila isikan yang berikut <input type="text"/> Number of cigarettes per day Jumlah batang rokok sehari <input type="text"/> Years of smoking Jumlah tahun telah merokok	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak If yes, please complete the following Jika ya, sila isikan yang berikut <input type="text"/> Number of cigarettes per day Jumlah batang rokok sehari <input type="text"/> Years of smoking Jumlah tahun telah merokok	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak If yes, please complete the following Jika ya, sila isikan yang berikut <input type="text"/> Number of cigarettes per day Jumlah batang rokok sehari <input type="text"/> Years of smoking Jumlah tahun telah merokok
1.15	Occupation Pekerjaan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.16	Exact Duties Tugasan sebenar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.17	Nature of business Bidang perniagaan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.18	Name of Employer / Business Nama Majikan / Perniagaan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.19	Occupation class Kelas pekerjaan	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
1.20	Are you working abroad? Adakah anda bekerja di luar negara?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak If yes, please complete the following Jika ya, sila isikan yang berikut Country Negara <input type="text"/> Duration Tempoh <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak If yes, please complete the following Jika ya, sila isikan yang berikut Country Negara <input type="text"/> Duration Tempoh <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak If yes, please complete the following Jika ya, sila isikan yang berikut Country Negara <input type="text"/> Duration Tempoh <input type="text"/>
1.21	Annual income Pendapatan tahunan	RM <input type="text"/>	RM <input type="text"/>	RM <input type="text"/>
1.22	Purpose of transaction Tujuan transaksi	<input type="checkbox"/> Personal Cover Perlindungan Peribadi <input type="checkbox"/> Family Cover Perlindungan Keluarga <input type="checkbox"/> Income Protection Perlindungan Pendapatan <input type="checkbox"/> Asset Protection Perlindungan Harta <input type="checkbox"/> Others Lain-lain <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Personal Cover Perlindungan Peribadi <input type="checkbox"/> Family Cover Perlindungan Keluarga <input type="checkbox"/> Income Protection Perlindungan Pendapatan <input type="checkbox"/> Asset Protection Perlindungan Harta <input type="checkbox"/> Others Lain-lain <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Personal Cover Perlindungan Peribadi <input type="checkbox"/> Family Cover Perlindungan Keluarga <input type="checkbox"/> Income Protection Perlindungan Pendapatan <input type="checkbox"/> Asset Protection Perlindungan Harta <input type="checkbox"/> Others Lain-lain <input type="text"/>

Certificate number / Nombor sijil

--

PART 2: DETAILS OF EXISTING FAMILY TAKAFUL OR LIFE INSURANCE COVERAGE AND REPLACEMENT OF CERTIFICATES
BAHAGIAN 2: BUTIRAN PERLINDUNGAN TAKAFUL KELUARGA ATAU INSURANS HAYAT SEDIA ADA DAN PENGGANTIAN SIJIL

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.

- 2.1 Other than this application, are you covered by, or are you applying for any insurance or takaful coverage with other companies? / Selain daripada permohonan ini, adakah anda dilindungi oleh, atau adakah anda sedang memohon mana-mana insurans atau perlindungan takaful dengan syarikat lain?

Person / Individu	Company name / Nama syarikat	Certificate / Sijil	Year of issue Tahun dikeluarkan	Type of coverage Jenis perlindungan	Coverage amount Jumlah perlindungan (RM)

- 2.2 Has any proposal, reinstatement or application for renewal ever been declined, deferred, accepted at special rate or terms? / Pernahkah sebarang cadangan, penguatkuasaan semula atau permohonan untuk pembaharuan ditolak, ditangguhkan atau diterima dengan kadar atau syarat yang tertentu?

Person / Individu	Company name / Nama syarikat	Certificate / Sijil	Reason / Sebab

- 2.3 Do you intend to surrender or terminate any of your existing family takaful certificate or life insurance policy with the application of this new proposal? / Adakah anda berhasrat untuk menyerahkan atau menamatkan mana-mana sijil takaful keluarga atau polisi insurans hayat anda sekarang dengan permohonan cadangan baru ini?

Person / Individu	Company name / Nama syarikat	Certificate / Sijil	Reason / Sebab

Please submit a written consent to us / Sila hantar kebenaran bertulis kepada kami
PART 3: LIFESTYLE AND OTHER INFORMATION / BAHAGIAN 4: GAYA HIDUP DAN MAKLUMAT LAIN

- 3.1 Do you intend to or currently engaged 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 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 payung terjun**?

Person / Individu	Activity / Aktiviti	Details / Butiran

Please complete the relevant questionnaire if you answered 'YES' / Sila lengkapkan borang soal jawab yang bersesuaian jika anda telah menjawab 'YA'

- 3.2 Have you ever taken drugs other than for medical purposes? / Pernahkah anda mengambil dadah selain daripada untuk tujuan perubatan?

Person / Individu	Drug name / Nama dadah	Date stopped / Tarikh berhenti

- 3.3 Do you consume **alcohol** or **been treated or received counseling for alcohol addiction**? / Adakah anda minum **minuman beralkohol** atau pernah dirawat atau menerima kaunseling untuk ketagihan alkohol?

Person / Individu	Type / Jenis	Average weekly consumption / Purata pengambilan seminggu	Treatment / Rawatan

- 3.4 Have you been adjudged a bankrupt, or having suspended payments, or having compounded with your creditors, whether in or outside Malaysia? / Pernahkah anda diisytiharkan sebagai seorang bankrap, atau telah menggantung pembayaran atau telah membuat penyelesaian dengan pemiutang anda, sama ada di dalam atau di luar Malaysia?

Person / Individu	Details / Butiran

PART 4: HEALTH DETAILS / BAHAGIAN 4: BUTIRAN KESIHATAN

- 4.1 Has anyone in your family (alive or deceased) suffered from diabetes, heart disease, hypertension, stroke, cancer, kidney disease, polycystic kidney disease, hepatitis B or C, mental disorder, multiple sclerosis, Alzheimer's or Parkinson's disease or other hereditary disease? / Adakah sesiapa di dalam keluarga anda (yang masih hidup atau telah meninggal dunia) pernah menghidap penyakit kencing manis, penyakit jantung, tekanan darah tinggi, angin ahmar, barah, penyakit buah pinggang, penyakit polisistik buah pinggang, hepatitis B atau C, gangguan mental, sklerosis berganda, penyakit Alzheimer atau Parkinson atau penyakit-penyakit keturunan yang lain?

Person / Individu	Whom Siapa	Illness Penyakit	Age onset Umur bermula	Age of death (if applicable) / Umur semasa meninggal dunia (jika berkenaan)

- 4.2 Do you have a usual doctor? / Adakah anda mempunyai doktor yang tetap?

Person / Individu	Name and address of Doctor / Nama dan alamat Doktor

Certificate number / Nombor sijil		Person / Individu					
PART 4: HEALTH DETAILS / BAHAGIAN 4: BUTIRAN KESIHATAN		A		B		C	
		Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak
4.3 Have you, your spouse or partner ever been tested, told to have, received or expect to receive medical advice, counseling or treatment in connection with AIDS (its complexes or related conditions), or had continuous symptoms of unexplained recurrent or persistent fever or fatigue, unexplained weight loss, enlarged lymph nodes, chronic or recurrent diarrhoea or unusual skin lesions for more than one week? / Pernahkah anda, atau pasangan anda pernah diuji, diberitahu menghidap, menerima atau dijangka menerima sebarang nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan berhubung dengan AIDS (termasuk kerumitan atau keadaan berkaitan dengannya), mengalami gejala demam atau keletihan yang berterusan tanpa sebab, berat badan turun tanpa sebab, pembesaran nodus limfa, cirit-birit kronik atau berulang atau lesi kulit yang luar biasa lebih dari seminggu?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Have you ever been hospitalised in any medical facility for illness, injury or surgery; or advised to do angiogram, echocardiogram, electrocardiogram, X-ray, blood or urine test, ultrasound, scope, CT scan, MRI, biopsy or other diagnostic test; or advised or referred to any specialist; or incapacitated from work for more than seven (7) days and / or do you have any current symptoms or medical disorder for which you have not sought medical advice but intend to? / Pernahkah anda dimasukkan ke hospital untuk sebarang penyakit, kecederaan atau pembedahan atau dinasihatkan menjalani angiogram, ekokardiogram, elektrokardiogram, X-ray, ujian darah atau air kencing, ultrabunyi, skop, imbasan CT, MRI, biopsi atau ujian-ujian diagnostik yang lain, atau dinasihatkan berjumpa pakar perubatan; atau tidak mampu untuk bekerja selama lebih dari tujuh (7) hari dan / atau adakah anda mengalami tanda-tanda atau gangguan kesihatan yang anda belum mendapat nasihat perubatan tetapi berniat untuk mendapatkannya?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 Have you ever suffered, advised, investigated for, experienced symptoms, received, receiving or intend to seek medical advice, treatment or currently have the following (even if you have not seen a doctor). / Pernahkah anda mengalami, menerima nasihat, disiasat, mengalami tanda-tanda, menerima atau berniat untuk menerima nasihat perubatan, rawatan atau mengalami yang berikut (walaupun tidak pernah mendapat nasihat doktor).							
a. Disease or disorder of the eyes, ears, nose, mouth or throat; persistent hoarseness or cough; shortness of breath or coughing of blood; asthma, bronchitis, tuberculosis, sleep apnoea or other respiratory disorder? / Penyakit atau gangguan mata, telinga, hidung, mulut atau tekak; serak atau batuk berterusan; pendek nafas, atau batuk berdarah; lelah (asma), bronkitis, batuk kering, apnea tidur atau gangguan pernafasan lain?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Fits, epilepsy, recurrent dizziness or headaches, fainting, multiple sclerosis, paralysis, mental or nervous disorder (including anxiety, depression, chronic fatigue or suicide attempts), Parkinson's or Alzheimer's disease or any abnormalities of the brain? / Sawan, epilepsi, pening kepala atau sakit kepala yang berulang, pengan, sklerosis berganda, lumpuh, gangguan mental atau saraf (termasuk kegelisahan, kemurungan, kelesuan kronik atau percubaan membunuh diri), penyakit Parkinson atau Alzheimer atau sebarang keadaan abnormal pada 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, raised cholesterol, high blood pressure, stroke, rheumatic fever, heart valve disorder, anaemia, blood disorder, or any disease or disorder of the heart or blood vessels? / Sakit, rasa tidak selesa atau kesesakan dada; berdebar-debar, serangan jantung, kolestrol meningkat, tekanan darah tinggi, angin ahmar, demam reumatik, gangguan injap jantung, anemia, gangguan sel darah, atau sebarang jenis penyakit atau gangguan pada jantung atau saluran 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, or any disorder of the stomach, intestines, liver, gallbladder, pancreas or digestive system? / Penyakit kuning, sebagai pembawa Hepatitis B atau C, gastritis 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. Stone; or any disease or disorder of the kidney, bladder, prostate, or reproductive organ; persistent sugar, blood or protein in urine, urinary incontinence; or sexually transmitted diseases (e.g. syphilis, gonorrhoea) including genital sore or discharges? / Batu karang; atau sebarang penyakit atau gangguan pada buah pinggang, pundi kencing, prostat atau organ peranakan; air kencing mengandungi darah, protin atau gula yang berterusan, masalah lemah kawalan kencing; atau penyakit-penyakit yang dijangkiti melalui hubungan seks (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, thyroid or other endocrine disorder? / Kencing manis, kadar gula dalam darah yang tidak normal, tiroid atau gangguan kelenjar endokrin yang lain?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Cancer (including leukaemia), tumour, growth, cyst, enlarged glands or skin disease, Systemic Lupus Erythematosus (SLE), Kawasaki disease or any disorder of the immune system? / Barah (termasuk leukemia), tumor, ketumbuhan, sista, pembesaran kelenjar atau penyakit kulit, Lupus Erythematosus Sistemik (SLE), penyakit Kawasaki atau lain-lain gangguan ke atas sistem imun?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Rheumatism, arthritis, gout, osteoporosis, fracture or disorder of the muscles, bones, neck, spine, joints, back, deformity, lameness or amputation, physical impairment or infirmity or congenital abnormalities? / Reumatisme, artritis, gout, osteoporosis, retak tulang atau gangguan pada otot, tulang, leher, tulang belakang, sendi, belakang, kecacatan, ketempangan atau kehilangan anggota badan, kecacatan atau kelemahan fizikal atau kecacatan kongenital?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Any other illness, disease, disorder, disability, accident or hospitalisation or any surgical operation, observation or treatment not of routine nature that has not been mentioned above? / Sebarang penyakit, gangguan, hilang upaya, kemalangan atau kemasukan ke hospital yang lain atau sebarang operasi pembedahan, pemerhatian atau rawatan yang bukan bersifat rutin kebiasaan yang tidak disebutkan di atas?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Details for Question 5.3, 5.4 and 5.5 / Butiran untuk Soalan 5.3, 5.4 dan 5.5							
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.					
CHILD ONLY (AGE BELOW 4) / KANAK-KANAK SAHAJA (UMUR DI BAWAH 4 TAHUN)							
4.6 a. Was the child born premature or less than 37 weeks of age? / Adakah anak dilahirkan pramatang atau kurang dari 37 minggu?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		If Yes, provide weight at birth and weeks premature / Jika Ya, nyatakan berat semasa lahir dan minggu pramatang	
i) Weight at birth (BW) / Berat sewaktu dilahirkan		<input type="text"/>		i) Weeks premature / Minggu pramatang		<input type="text"/>	
b. Has the child suffered from or currently suffering from any congenital disorder, birth defects, abnormalities, residual complications, impairment or physical or mental 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 sebarang gangguan kongenital, kecacatan semasa lahir, keabnormalan, komplikasi residual, kekurangan atau kecacatan fizikal atau mental termasuk tetapi tidak terhad kepada defisiensi G6PD, TSH yang tidak normal, epilepsi, sawan, jaundis berpanjangan atau sindrom masalah pernafasan?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			

Certificate number / Nombor sijil		Person / Individu
-----------------------------------	--	-------------------

PART 4: HEALTH DETAILS / BAHAGIAN 4: BUTIRAN KESIHATAN

FEMALE ONLY / UNTUK WANITA SAHAJA

	A		B		C	
	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak
4.7 a. Have you given birth to any child? / Pernahkah anda melahirkan anak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Are you currently pregnant? / Adakah anda sedang mengandung? Gestational period / Usia kandungan <input type="text"/> Weeks / minggu Expected delivery date / Tarikh dijangka bersalin <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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, or amniotic fluid embolism? / 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, abrupsia plasenta atau embolisme cecair amnion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Have any of your children suffered from spina bifida, Down's syndrome, cleft palate, anal atresia, atrial or ventricular septal defect, congenital heart disease, cataract, deafness, diaphragmatic hernia, infantile hydrocephalus, Fallot's tetralogy, transposition of great vessels, truncus arteriosus, or any other congenital defects or abnormality? / Pernahkah anak anda mengalami 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 diafragmatik sejak lahir, hidrosefalus infantil, tetralogi Fallot, transposisi pembuluh darah, trunkus arteriosus, sebarang kecacatan atau keadaan abnormal kongenital?	<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.
Details Section / Seksyen Butiran		

PRIVACY NOTICE / NOTIS 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

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

**PART 5: DECLARATION / BAHAGIAN 5: PENGAKUAN**

- 5.1 I / We agree that the information given in this Personal Statement 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 Pernyataan Peribadi 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 digunapakai 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.
- 5.2 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.
- 5.3 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 perubatan 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.
- 5.4 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.
- 5.5 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.
- 5.6 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.
- 5.7 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.
- 5.8 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.
- 5.9 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.
- 5.10 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.

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

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

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

Certificate number / Nombor sijil

PART 6: REPRESENTATIVE'S DECLARATION / BAHAGIAN 6: PENGAKUAN WAKIL

- 6.1 I hereby declare that the information contained in the Personal Statement Form is the only information given to me by the Participant of this family takaful, the Person Covered and his / her Spouse / Parent / Legal Guardian (if applicable), and I have not withheld any other information which might influence the acceptance of this proposal.
Saya dengan ini mengaku bahawa hanya keterangan yang terkandung di dalam Borang Pernyataan Peribadi ini sahaja yang diberikan kepada saya oleh Peserta takaful keluarga, Orang yang Dilindungi / Pasangan Hidup / Ibu bapa / Penjaga Sah (sekiranya terlibat) dan saya tidak menyembunyikan sebarang keterangan lain yang boleh mempengaruhi penerimaan cadangan ini.
- 6.2 I have seen the original NRIC / birth certificate / passport and verified that the copy belongs to Person A / Person B / Person C as named above.
Saya telah melihat salinan asal kad pengenalan / sijil kelahiran / pasport dan mengesahkan bahawa salinan tandatangan tersebut adalah kepunyaan Individu A / Individu B / Individu C seperti nama di atas.

Signature of Representative / Tandatangan Wakil

PART 7: WITNESS'S DECLARATION / BAHAGIAN 7: PENGAKUAN SAKSI

Note: The witness must be sane, at least 18 years of age and other than Person A / B / C or a named nominee.
Nota: Saksi mestilah waras, berumur 18 tahun ke atas dan selain daripada Individu A / B / C atau penama yang telah dilantik.

- 7.1 I hereby certify that the above signature(s) was / were made in my presence and that to my own personal knowledge it is the signature(s) of the Person A / Person B / Person C under the proposal mentioned as above. / Saya dengan ini mengesahkan bahawa tandatangan di atas telah dibuat di hadapan saya dan sepanjang pengetahuan saya tandatangan tersebut ialah tandatangan Individu A / Individu B / Individu C seperti yang tersebut di atas.

Name / Nama

NRIC / Passport number / Nombor KP Baru / Pasport

Address / Alamat

Signature of Witness / Tandatangan Saksi

PART 8: AUTHORISATION FOR CREDIT CARD DEDUCTION / BAHAGIAN 8: 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.

- 8.1 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 Baru / 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)

Prudential BSN Takaful Berhad (200601020898)

Level 13, Menara Prudential, Persiaran TRX Barat, 55188 Tun Razak Exchange, Kuala Lumpur.
Customer Service Hotline: 03 2053 7188 E-mail: customer@prubsn.com.my Website: www.prubsn.com.my