



P001300000

For Agent Use Only :-

 Servicing Agent Code : _____
 Servicing Agent Contact No : _____

REINSTATEMENT APPLICATION FORM

BORANG PERMOHONAN PENGEMBALIAN SEMULA

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|
| Policy Number Nombor Polisi | | Name of Policy Owner Nama Pemunya Polisi | |
| Name of First Life Assured Nama Hayat Pertama Diinsuranskan | | Name of Second Life Assured Nama Hayat Kedua Diinsuranskan | |

PERSONAL DATA - Hong Leong Assurance Berhad ("the Company") safeguards your personal data in accordance with applicable laws in Malaysia. The Company uses personal data in accordance with the Company Notice On Personal Data as set out in the Company's website (www.hla.com.my) which may be amended from time to time ("Notice on Personal Data"). The Notice on Personal Data explains the data collection purposes, the persons to whom the Company may transfer data to, your rights to access and correct your data and how you may contact the Company's Data Protection Officer.

DATA PERIBADI - Hong Leong Assurance Berhad ("Syarikat") melindungi data peribadi anda selaras dengan undang-undang di Malaysia. Syarikat menggunakan data peribadi mengikut Notis Data Peribadi Syarikat sebagaimana yang tertera di laman web Syarikat (www.hla.com.my) yang mungkin dipinda dari semasa ke semasa ("Notis Data Peribadi"). Notis Data Peribadi menerangkan tujuan pengumpulan data, sesiapa Syarikat boleh memindahkan data kepadanya, hak-hak anda untuk mengakses dan meminda data anda dan bagaimana anda boleh menghubungi Pegawai Perlindungan Data Syarikat.

IMPORTANT NOTICES/NOTA-NOTA PENTING:

- You are advised that you should not sign this reinstatement application form unless it has been completed to your full satisfaction as you are solely responsible for the answers given in this reinstatement application form once it has been signed by you.**
Anda dinasihatkan supaya anda tidak perlu menandatangani borang pengembalian semula jika tidak memenuhi kepuasan hati anda kerana anda bertanggungjawab sepenuhnya ke atas segala jawapan yang diberikan dalam borang pengembalian semula ini setelah ditandatangani oleh anda.
- You are advised that you should provide full, complete and true answers in this reinstatement application form as your failure to do so may result in us avoiding the reinstatement of your Policy (which Policy is as described in the "Policy Information" section below) if such reinstatement has been approved by us.**
Anda dinasihatkan bahawa anda harus memberikan jawapan yang lengkap, penuh dan benar di dalam borang pengembalian semula ini, kegagalan anda berbuat demikian boleh mengakibatkan pihak kami tidak meneruskan pengembalian semula Polisi anda (Polisi adalah seperti yang dinyatakan dalam "Maklumat Polisi" di bawah) jika pengembalian semula itu telah diluluskan oleh pihak kami.
- Any moneys paid to us together with this reinstatement application form shall not be treated as payment towards any outstanding premium not yet paid by you for the Policy unless and until this reinstatement application has been unconditionally accepted by us and an endorsement has been issued. Our receipt of any moneys paid together with this reinstatement application form is NOT to be treated as an approval of this reinstatement application.**
Wang yang dibayar kepada kami berserta borang pengembalian semula ini tidak boleh dianggap sebagai pembayaran kepada premium tertunggak yang belum dibayar oleh anda untuk Polisi tersebut melainkan jika permohonan pengembalian semula ini telah diterima tanpa syarat oleh pihak kami dan surat pengesahan telah dikeluarkan. Resit pembayaran beserta borang permohonan pengembalian semula TIDAK boleh dianggap sebagai permohonan pengembalian semula ini telah diluluskan.

A. Change in Policy Information (if applicable)/Penukaran Maklumat Polisi (jika ada)

| Occupation and Exact Nature of Work Pekerjaan dan Tugas Sebenar | Policy Owner/Pemunya Polisi | First Life Assured/Hayat Pertama Diinsuranskan | Second Life Assured/Hayat Kedua Diinsuranskan |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| | | | |

B. Health Details and Lifestyle/Butir-Butir Kesihatan Dan Gaya Hidup

| | 1 st Life Assured Hayat Pertama Diinsuranskan | 2 nd Life Assured Hayat Kedua Diinsuranskan | Policy Owner Pemunya Polisi |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. (a) Height and Weight/Tinggi dan Berat (b) Has your weight changed by more than 5kg, at any time, in the past 12 months? If yes, please state by how much and the reason for it./Adakah berat anda berubah lebih dari 5kg, pada bila-bila masa, dalam 12 bulan yang lepas? Jika ya, sila nyatakan berapa dan sebab. | (a) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg (b) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Ya Tidak | (a) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg (b) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Ya Tidak | (a) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg (b) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Ya Tidak |
| 2. Do you drink alcohol 3 times or more per week? If yes, please provide the quantity consumed per session./Adakah anda meminum arak 3 kali atau lebih dalam seminggu? Jika ya, sila nyatakan jumlah pengambilan pada satu masa. Life Assured Beer/Stout <input type="text"/> <input type="text"/> small bottles Wine <input type="text"/> <input type="text"/> glasses Whiskey/brandy/others <input type="text"/> <input type="text"/> pegs Hayat Diinsuranskan Bir/Stout botol kecil Wain gelas Wiski/brandi/lain-lain peg Policy Owner Beer/Stout <input type="text"/> <input type="text"/> small bottles Wine <input type="text"/> <input type="text"/> glasses Whiskey/brandy/others <input type="text"/> <input type="text"/> pegs Pemunya Polisi Bir/Stout botol kecil Wain gelas Wiski/brandi/lain-lain peg | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | Yes/Ya No/Tidak | Yes/Ya No/Tidak | Yes/Ya No/Tidak |

| | 1 st Life Assured Hayat Pertama Diinsuranskan | 2 nd Life Assured Hayat Kedua Diinsuranskan | Policy Owner Pemunya Polisi |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| | Yes/Ya No/Tidak | Yes/Ya No/Tidak | Yes/Ya No/Tidak |
| <p>3. Do you smoke or use any tobacco or nicotine product in the past 12 months? If "Yes", please state the details below:/Adakah anda menghisap rokok atau menggunakan apa-apa produk tembakau atau nikotin dalam masa 12 bulan yang lepas? Jika "Ya", sila nyatakan butir-butir berikut:</p> <p>Life Assured Hayat Diinsuranskan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cigarettes per day rokok sehari <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pipe per day paip sehari <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cigar per day cerut sehari <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> electronic cigarettes per day rokok elektronik sehari</p> <p>Policy Owner Pemunya Polisi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cigarettes per day rokok sehari <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pipe per day paip sehari <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cigar per day cerut sehari <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> electronic cigarettes per day rokok elektronik sehari</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>4. Since the commencement date of the Policy, have you ever used any recreational/illicit drugs, narcotics or addictive substances? Please only disclose drugs other than those prescribed by a doctor./Semenjak dari tarikh permulaan Polisi, pernahkah anda mengambil sebarang ubat-ubatan tambahan atau bahan sampingan terlarang dan berunsur ketagihan seperti dadah, narkotik, atau lain-lain. Sila nyatakan ubat-ubatan selain yang dipreskripsi oleh doktor.</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>5. Since the commencement date of the Policy, have you ever had, or been told to have or been treated for: Semenjak dari tarikh permulaan Polisi, pernahkah anda mengalami, atau diberitahu mengalami atau dirawat untuk:</p> <p>(a) Nose bleeds, blurred or double vision, deafness, blindness or diseases of the eyes, ears, nose or throat or any physical impairment?/Hidung berdarah, penglihatan kabur atau berganda, pekak, buta atau penyakit mata, telinga, hidung, atau tekak atau kecacatan fizikal?</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>(b) Asthma, tuberculosis, respiratory or lung diseases or disorders or any symptoms of any respiratory problem?/Asma, batuk kering, penyakit respiratori atau paru-paru atau tanda-tanda masalah gangguan respiratori?</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>(c) Discomfort or tightness of chest, chest pains, palpitation, stroke, heart attack, raised cholesterol, high blood pressure, anemia or any disease or disorders of the blood, heart, heart valves or blood vessels?/ Ketidakelesaan atau sesak nafas, sakit dada, palpitasi, strok, serangan jantung, kadar kolesterol yang tinggi, tekanan darah tinggi, anemia atau sebarang penyakit atau gangguan berkaitan dengan darah, jantung, injap jantung atau saluran darah?</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>(d) Jaundice, hepatitis, being a hepatitis carrier, duodenal or gastric ulcer, hernia, haemorrhoids or disorders or diseases of the stomach, intestines, liver, gallbladder?/Demam kuning, hepatitis, pembawa hepatitis, ulser gastrik atau duodenum, hernia, hemorrhoid atau lain-lain gangguan atau penyakit perut, usus, hati atau pundi hempedu?</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>(e) Any protein or blood in the urine, kidney stone or diseases of the kidneys, bladder, prostate or genitourinary system?/Sebarang kewujudan protein atau darah dalam air kencing, batu karang atau penyakit buah pinggang, pundi kencing, prostat atau sebarang penyakit genitourinari?</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>(f) Diabetes, sugar in the urine, abnormal blood sugar, goiter or diseases of the thyroids, endocrine or other glands?/Kencing manis, gula dalam air kencing, kandungan gula dalam darah yang tidak normal, goiter atau penyakit tiroid, endokrin atau lain-lain kelenjar?</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>(g) Arthritis, gout, rheumatism or any disease, disorder or weakness of the neck, muscles, bones, joints, limbs or spine?/Artritis, gout, reumatik atau sebarang gangguan atau penyakit leher, otot, tulang, sendi, anggota tangan dan kaki atau tulang belakang?</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>(h) Epilepsy, fits, numbness, fainting spells, migraine, abnormality of gait or balance, mental disorder, disease of the brain or nervous system?/Epilepsi, sawan, kebas, pengsan, migraine, ketaknormalan gaya berjalan atau keseimbangan, gangguan mental, gangguan otak atau sebarang penyakit sistem saraf?</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>(i) Cancer, cyst, growth or tumour (benign or malignant) or any kind of skin disease?/Kanser, sista, ketumbuhan atau sebarang tumor (benigna atau maligna) atau sebarang penyakit kulit?</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>(j) Have you or your spouse been told you or your spouse to have any sexually transmitted disease, AIDS, HIV infection or a positive test to HIV?/Pernahkah anda atau pasangan anda diberitahu bahawa anda atau pasangan anda menghadapi sebarang penyakit jangkitan seks, AIDS, jangkitan HIV atau ujian darah positif bagi HIV?</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>6. In the past five (5) years, since the commencement date of the Policy, have you: Dalam tempoh 5 tahun yang lalu, semenjak dari tarikh permulaan Polisi, pernahkah anda:</p> | | | |
| <p>a) Had any medical investigations or tests like blood or urine test, x-ray, CT/MRI scan, angiogram, echocardiogram, ultrasound, mammography, electrocardiogram (ECG) or biopsy?/Menjalani sebarang siasatan perubatan dan ujian seperti ujian darah atau air kencing, X-ray, imbasan CT/MRI, angiogram, ekokardiogram, ultrasound, mamografi, elektrokardiogram (ECG) atau biopsi?</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>b) Received medical treatment or advice (other than normal illnesses like fever, flu or cough), been hospitalized, had surgery or a medical consultation by a specialist or been advised to have any of these in the future?/Menerima rawatan perubatan atau nasihat (selain daripada penyakit biasa seperti demam, selsema atau batuk), dimasukkan ke hospital, menjalani pembedahan atau perundingan perubatan oleh pakar atau dinasihatkan untuk menjalankan rawatan atau pemeriksaan yang disebut di atas pada masa depan?</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>c) Experienced, or are currently still experiencing any symptoms or complaints for which you have not consulted a doctor?/Pernah mengalami atau masih mengalami sebarang simptom atau aduan yang anda masih belum berunding dengan doktor?</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

| | 1 st Life Assured Hayat Pertama Diinsuranskan | 2 nd Life Assured Hayat Kedua Diinsuranskan | Policy Owner Pemunya Polisi |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Yes/Ya No/Tidak | Yes/Ya No/Tidak | Yes/Ya No/Tidak |
| 7. FEMALE ONLY/PEREMPUAN SAHAJA | | | |
| (a) Are you currently pregnant? If yes, please state your pregnancy duration in weeks or months./Adakah anda sedang mengandung? Jika ya, sila nyatakan tempoh kehamilan anda di dalam minggu atau bulan. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> weeks minggu <input type="text"/> months bulan | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> weeks minggu <input type="text"/> months bulan | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> weeks minggu <input type="text"/> months bulan |
| (b) Since the commencement date of the Policy, have you ever had any one or more of the following: disease of the breasts/female organs; breast lump; fibroid, cysts, menstrual disorders; abnormal pap smear(s) or any complications of pregnancy or child birth?/Semenjak dari tarikh permulaan Polisi, pernahkah anda mengalami salah satu atau lebih daripada yang berikut: penyakit berkaitan payu dara/organ wanita, gumpalan payu dara; fibroid, sista, gangguan kitaran haid; papsmear tidak normal atau sebarang komplikasi semasa mengandung atau bersalin? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. CHILD BELOW 1 YEAR OF AGE/KANAK-KANAK BERUMUR DI BAWAH 1 TAHUN SAHAJA | | | |
| (a) Was this child born prematurely (pre-term before 37 weeks)? If yes, please answer (b) & (c)/Adakah kanak-kanak ini dilahirkan tidak cukup bulan (sebelum tempoh 37 minggu)? Jika ya, sila jawab (b) & (c) | | <input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak | |
| (b) How many weeks?/Berapa minggu? | | <input type="text"/> weeks/minggu | |
| (c) What was the birth weight?/Berapakah berat ketika lahir? | | <input type="text"/> kg | |
| 9. Since the commencement date of the Policy, have any of your immediate family members (parents or siblings) ever had diabetes, hypertension, heart disease, stroke, kidney disease, mental disorder, cancer or hereditary disease before age of 60 years?/Semenjak dari tarikh permulaan Polisi, adakah sesiapa di kalangan ahli keluarga terdekat anda (ibu, bapa atau adik-beradik) pernah menghadapi kencing manis, tekanan darah tinggi, penyakit jantung, strok, penyakit buah pinggang, gangguan mental, kanser atau sebarang penyakit keturunan sebelum berumur 60 tahun? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10. Since the commencement date of the Policy, have you travelled or do you intend to travel to any country outside of Malaysia for a consecutive period of more than 45 days? If yes, provide the name of country and purpose./Adakah anda pernah ke luar negara lebih daripada 45 hari secara berterusan dalam 12 bulan yang lepas atau bercadang untuk ke luar negara untuk tempoh lebih daripada 45 hari secara berterusan? Jika ya, sila nyatakan negara yang dituju dan tujuan perjalanan. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 11. Since the commencement date of the Policy, do you engage in or do you have definite plans to take up scuba-diving, mountain or rock climbing, flying (other than as a fare paying passenger), parachuting, sky diving, motor sports or any other extreme sports and/or activities?/Adakah anda menyertai atau bercadang untuk menyertai penyelaman scuba, mendaki gunung atau mendaki, penerbangan (selain daripada penumpang berbayar), payung terjun, terjun udara, sukan bermotor atau sukan/aktiviti ekstrem yang lain? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12. Since the commencement date of the Policy, has any of your application for life, medical, health, accident or critical illness insurance including renewal or reinstatement ever been declined, postponed or accepted at special rates or terms by this insurance company or any other insurance company?/Semenjak dari tarikh permulaan Polisi, pernahkah permohonan untuk Polisi insurans hayat, perubatan, kesihatan, kemalangan atau penyakit kritikal termasuk pembaharuan atau pengembalian semula anda ditolak, ditangguhkan atau diterima pada kadar atau terma khas oleh syarikat ini atau syarikat insurans yang lain? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| With Mental Illness Benefit/Dengan Manfaat Penyakit Mental | | | |
| 13. (a) Have you ever had, or been told you have or been treated for psychiatric/mental health, neurodevelopmental or behavioral disorders (including but not limited to Major depressive disorder, Bipolar disorder, Schizophrenia, Generalized anxiety disorder, Obsessive compulsive disorder, Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), Autism Spectrum Disorder, Tourette syndrome)?/Pernahkah anda mengalami, atau diberitahu mengalami atau dirawat untuk gangguan psikiatri/mental, gangguan perkembangan neuro atau kecelaruan tingkah laku (termasuk tetapi tidak terhad kepada Gangguan Depresi yang teruk, Gangguan Bipolar, Skizofrenia, Kecelaruan Keresahan Menyeluruh, Gangguan Obsesif Kompulsif, Gangguan Kurang Tumpuan dan Hiperaktif (ADHD), Gangguan Spektrum Autisme, Sindrom Tourette)? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (b) Have any of your immediate family members (parents, sisters or brothers) ever had psychiatric/mental health, neurodevelopmental or behavioral disorder before age of 60 years?/Adakah sesiapa di kalangan keluarga terdekat anda (bapa, ibu, kakak, abang atau adik) pernah mengalami gangguan psikiatri/mental, gangguan perkembangan neuro atau kecelaruan tingkah laku sebelum umur 60 tahun? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| With Hospitalization Income Benefit for COVID-19/Dengan Manfaat Pendapatan Hospitalisasi untuk COVID-19 | | | |
| 14. (a) Have you completed at least one dose of vaccination for COVID-19?/Sudahkah anda melengkapkan sekurang-kurangnya satu dos vaksin COVID-19? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (b) Have you ever had, or been told you have or been treated for COVID-19 Category 3, 4 or 5?/Pernahkah anda mengalami, atau diberitahu mengalami atau dirawat untuk kategori 3, 4 atau 5 COVID-19? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

15. If any of the answers to questions 1 through 13 is 'Yes', please give details in space provided with reference to the pointers stated below, if applicable.
Jika mana-mana jawapan kepada soalan 1 hingga 13 adalah 'Ya', sila berikan butir-butir lanjut di dalam ruangan yang disediakan dengan merujuk petunjuk dibawah, jika terpakai.

i) Question number/Nombor soalan

ii) Types of illness and date of onset/Jenis penyakit dan tarikh dihidapi

iii) Name and address of attending doctor/clinics or hospital>Nama dan alamat doktor/klinik atau hospital yang merawat

iv) Current condition/Keadaan semasa

v) Type of tests done, date, results and reason/Jenis ujian, tarikh, keputusan dan sebab

vi) Duration and severity of illness/injury and date of last follow up/Jangkamasa dan tahap kecederaan/penyakit dan tarikh rawatan susulan terakhir

Life Assured's Details/Butiran Hayat Diinsuranskan

Policy Owner's Details/Butiran Pemunya Polisi

C. Declaration by the Life Assured and the Policy Owner to Hong Leong Assurance Berhad
Pengakuan daripada Hayat Diinsuranskan dan Pemunya Polisi kepada Hong Leong Assurance Berhad

- 1. I/We, the Policy Owner and the Life Assured(s) of the Policy (which Policy is as described in the "Policy Information" section above), hereby apply for a reinstatement of the Policy.**
Saya/Kami, Pemunya Polisi dan orang yang diinsuranskan dalam Polisi tersebut (adalah seperti yang dinyatakan dalam "Maklumat Polisi" seksyen di atas), dengan ini memohon untuk pengembalian semula Polisi.
- 2. All the foregoing answers given in this reinstatement application together with any other document relating to this reinstatement application are full, complete and true.**
Semua jawapan yang diberikan dalam permohonan pengembalian semula ini berserta dokumen lain yang berkaitan dengan permohonan pengembalian semula ini adalah penuh, lengkap dan benar.
- 3. I/we hereby acknowledge that the Policy shall not be considered as having been reinstated until this reinstatement application has been unconditionally accepted by you during my/our lifetime and until all your other requirements for reinstatement have been fully satisfied.**
Saya/kami dengan ini mengakui bahawa Polisi ini tidak boleh dianggap sebagai pengembalian semula sehingga permohonan pengembalian semula ini telah diterima tanpa syarat oleh anda semasa hayat saya/kami dan sehingga semua syarat-syarat untuk pengembalian semula Polisi ini yang diperlukan oleh pihak Syarikat telah disempurnakan sampai kepuasan pihak Syarikat.
- 4. I/We acknowledge that the reinstatement of the Policy is at your sole discretion and in consideration of you agreeing to consider my/our application, and as a basis for you accepting my/our application, I/we agree that any reinstatement of the Policy shall be voidable at your sole discretion if:**
Saya/Kami mengakui bahawa pengembalian semula Polisi ini adalah atas budi bicara anda untuk mempertimbangkan permohonan saya/kami, dan sebagai asas untuk anda menerima permohonan saya/kami, saya/kami bersetuju bahawa pengembalian semula Polisi boleh dibatalkan atas budi bicara mutlak jika:
 - (a) at any time hereafter it is discovered that any of my declarations as set out above is found to be untrue in any way; or**
pada bila-bila masa selepas ini didapati bahawa salah satu kenyataan saya di atas didapati tidak benar dalam apa jua cara; atau
 - (b) death by suicide of the Life Assured under the Policy, whether while sane or insane, occurs within 12 months of the date on which you approve the reinstatement of the Policy.**
kematian disebabkan bunuh diri Hayat yang diinsuranskan di dalam Polisi ini, tidak kira sama ada dalam keadaan waras atau tidak waras, berlaku dalam tempoh 12 bulan daripada tarikh di mana anda meluluskan pengembalian semula Polisi ini.

D. Parent/Guardian Consent (For Policy Owner who has reached the age 10 but has not reached the age of 16)
Persetujuan Ibumama/Penjaga (Untuk Pemunya Polisi yang berumur 10 tahun tetapi masih belum mencapai umur 16 tahun)

I am the father/mother/guardian of the above Policy Owner and I hereby give consent to him/her for the application of Reinstatement.
Saya sebagai bapa/ibu/penjaga kepada Pemunya Polisi di atas memberi persetujuan kepadanya bagi permohonan untuk Pengembalian Semula.

E. Witness Declaration/Pengakuan Saksi

Pursuant to the regulatory requirement, I confirm that I have sighted the original NRIC/birth certificate/valid Passport/corporate's documents such as certificate of incorporation and Form 24 & 49 and verified the identity and details of the Policy Owner, Life Assured, Assignee, Trustee/Presumed Trustee and/or Corporate Entity named herein and witnessed his/her signature.

I hereby declare that the aforesaid Reinstatement Application Form was witnessed by me. I further declare that I am of sound mind, that I am above 18 years of age, and that I am not the party of the contract.

Berdasarkan kepada peruntukan undang-undang, saya dengan ini mengesahkan bahawa saya telah melihat K.P./sijil beranak/Pasport sah/dokumen korporat seperti sijil penubuhan dan Borang 24 & 49 yang asal dan mengesahkan identiti dan butiran Pemunya Polisi, Hayat Diinsuranskan, Pemegang Serah Hak, Pemegang Amanah/Pemegang Amanah Tersedia dan/atau Entiti Korporat yang telah dinamakan dan disaksikan tandatangannya.

Saya dengan ini mengaku bahawa Borang Permohonan Pengembalian Semula tersebut telah disaksikan oleh saya. Saya juga mengaku bahawa saya berfikiran waras, bahawa saya berusia lebih daripada 18 tahun, dan bahawa saya bukan pihak kepada kontrak.

Signed at/Ditandatangani di _____

Signature of First Life Assured

Tandatangan Hayat Pertama Diinsuranskan

Name>Nama : _____

I.C. No./No. KP : _____

Tel No./No. Tel : _____

Date/Tarikh : _____

Signature of Second Life Assured

Tandatangan Hayat Kedua Diinsuranskan

Name>Nama : _____

I.C. No./No. KP : _____

Tel No./No. Tel : _____

Date/Tarikh : _____

Signature of Policy Owner

Tandatangan Pemunya Polisi

Name>Nama : _____

I.C. No./No. KP : _____

Tel No./No. Tel : _____

Date/Tarikh : _____

Signature of Witness

Tandatangan Saksi

Name>Nama : _____

I.C. No./No. KP : _____

Tel No./No. Tel : _____

Signature of Witness

Tandatangan Saksi

Name>Nama : _____

I.C. No./No. KP : _____

Tel No./No. Tel : _____

Signature of Witness

Tandatangan Saksi

Name>Nama : _____

I.C. No./No. KP : _____

Tel No./No. Tel : _____

Signature of Parent/Guardian of Policy Owner

Tandatangan IbuBapa/Penjaga Pemunya Polisi

Name>Nama : _____

I.C. No./No. KP : _____

Tel No./No. Tel : _____

Date/Tarikh : _____

Signature of Witness

Tandatangan Saksi

Name>Nama : _____

I.C. No./No. KP : _____

Tel No./No. Tel : _____

Office Use Only :

Checked by : _____ Date : _____ Branch : _____