



# ពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាព HEALTHCARE INSURANCE PROPOSAL FORM

ដោយអនុលោមទៅតាមមាត្រាទី២០នៃច្បាប់ធានារ៉ាប់រងរបស់ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ឬ ការធ្វើរំសោធនកម្មផ្សេងៗ លោកអ្នកត្រូវបង្ហាញព័ត៌មាន ដែលត្រូវបានសួរនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រង ខាងក្រោមនេះដោយភាពស្មោះត្រង់ នូវព័ត៌មានពិតប្រាកដដែលលោកអ្នកដឹង ឬ គួរតែដឹង បើមិនដូច្នោះទេកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រងដែលបានផ្តល់ជូនអាចត្រូវបានទុកជាមោឃៈ។

In pursuance to article 20 of the insurance law of the kingdom of Cambodia or any subsequent amendment thereof, you are to disclose the information required in this proposal form, fully and faithfully, which you know or ought to know, otherwise the policy issued hereunder may be void.

Agency A/C No.: \_\_\_\_\_

## ព័ត៌មានលម្អិតរបស់អ្នកស្នើសុំធានារ៉ាប់រង/DETAILS OF PROPOSER

ឈ្មោះអ្នកស្នើសុំ : Name of Proposer :		
អាសយដ្ឋាន : Address:		
អាជីវកម្ម/ មុខងារ : Business /Occupation		
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត : Date of Birth :	នៅលីវ/ រៀបការ : Single/Married :	
លេខទូរស័ព្ទ: Telephone No.	លេខទូរស័ព្ទដៃ : Mobile No.	អ៊ីម៉ែល : E-mail
រយៈពេលនៃការធានារ៉ាប់រង: Period of Insurance	ចាប់ពី : From:	រហូតដល់ : To:

1. តើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រង គ្រោះថ្នាក់បុគ្គល ធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត ឬ សុខភាព នៅក្នុងក្រុមហ៊ុននេះ ឬក្រុមហ៊ុនដទៃទៀតដែរឬទេ? ប្រសិនបើមានសូមបញ្ជាក់ ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន ប្រភេទ និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានធានា។ Do you have any Personal Accident, Life or Sickness Insurance in this or any other Company? If "Yes" please state Companies, types and amount of coverages.	<input type="checkbox"/> បាទ/ Yes	<input type="checkbox"/> ទេ/ No
2. ក្នុងរយៈពេល៥ឆ្នាំចុងក្រោយនេះ តើអ្នកធ្លាប់បានទទួលការព្យាបាលរបួស ឬ ជម្ងឺ ឬ ព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រព្យាបាលដោយការវះកាត់ដែរឬទេ? ប្រសិនបើធ្លាប់សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត During the last five years, any of you suffered from any injury or sickness or received medical or surgical treatment? If "yes" please give particulars.	<input type="checkbox"/> បាទ/ Yes	<input type="checkbox"/> ទេ/ No



<p>3. តើអ្នកមានពិការភាពរាងកាយ ឬមានជម្ងឺពីកំណើត ដែរឬទេ? ប្រសិនបើមានសូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត Have you have any physical defect, infirmity or congenital condition? If "yes" please give particulars.</p>	<p><input type="checkbox"/> មាន/ Yes                      <input type="checkbox"/> មិនមាន/ No</p>
<p>4. នាពេលបច្ចុប្បន្ននេះ តើអ្នកស្ថិតនៅក្រោមការសង្កេត ឬ ទទួលការព្យាបាល ឬប្រើប្រាស់ឱសថមួយចំនួន ដែរឬទេ ? Have you currently been under observation or receiving treatment or taking any medication?</p>	<p><input type="checkbox"/> បាទ/ Yes                      <input type="checkbox"/> ទេ/ No</p>
<p>5. តើអ្នកធ្លាប់ទទួលការកាត់ ឬមានជម្ងឺ ឬ មានរបួស ដែរឬទេ ? Have you undergone any surgical operation or suffered any disease or injury?</p>	<p><input type="checkbox"/> បាទ/ Yes                      <input type="checkbox"/> ទេ/ No</p>
<p>6. តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលត្រូវទទួលបានការធានារ៉ាប់រងធ្លាប់ត្រូវបានគេប្រាប់ថាអ្នក ឬ ពួកគេរងគ្រោះ ឬ ត្រូវបានទទួលការព្យាបាល ដូចខាង ក្រោម៖ Have you or any of the person(s) to be insured ever been told that you or them suffered from or had been treated for any of the following:</p> <p>(a) ក្អកក្អវ កំហាប់ឈាម ជំងឺហឺត តឹងច្រមុះ ជម្ងឺសួត របេង ឬជំងឺនៃប្រព័ន្ធដង្ហើម? Chronic cough, spitting of blood, asthma, hay fever, pleurisy tuberculosis or any other disease of the respiratory system?</p> <p>(b) សម្ពាធឈាមខ្ពស់ ឬទាប ជំងឺបេះដូង ឈឺទ្រូង ជម្ងឺគាំងបេះដូង ជង្ហើមញាប់ញ័រ បេះដូង ឬបេះដូងលោតខុសចង្វាក់ ? High or low blood pressure, heart disease, chest pain, heart attack, shortness of breath, palpitation or heart disorder?</p> <p>(c) ជម្ងឺឆ្លុតជ្រូក ប្រកាច់ វិលមុខ ជំងឺផ្លូវចិត្ត ឬជំងឺសរសៃប្រសាទ ? Epilepsy, fits, dizziness, mental or nervous disorder?</p> <p>(d) ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ស្ករ ឬឈាមនៅក្នុងទឹកនោម តំរងនោម ជំងឺខួរក្បាល ឬក្លិន ? Diabetes, sugar or blood in urine, kidney, colic or hernia?</p> <p>(e) ជម្ងឺ នៃភ្នែកត្រចៀក ច្រមុះ ឬបំពង់ក ? Diseases of the eyes, ear, nose or throat?</p> <p>(f) ជម្ងឺរលាកសន្លាក់ ជម្ងឺសរសៃប្រសាទ ជម្ងឺរលាកសន្លាក់ឆ្អឹង ឆ្អឹងខ្នង ខ្នងឆ្អឹង ឆ្អឹងសន្លាក់សាច់ដុំ ឬជម្ងឺស្បែក ? Arthritis, sciatica, rheumatism, back, spine, bone, joint, muscle or skin disorder?</p> <p>(g) ជម្ងឺរលាកពោះវៀន ឬជម្ងឺនៃក្រពះពោះវៀន ជំងឺឬសដូងបាត ? Ulcer or disorder of the stomach, intestines, haemorrhoids or rectal disorder?</p>	





**ការបញ្ជាក់ព័ត៌មានដោយអ្នកស្នើសុំ / DECLARATION BY PROPOSER**

យើងខ្ញុំសូមបញ្ជាក់អះអាងថាព័ត៌មាន ឬ ចម្លើយដែលបានផ្តល់ជូនខាងលើគឺពិតជាត្រឹមត្រូវ និង មិនមានការក្លែងបន្លំឡើយ ហើយយើងខ្ញុំ មិនមានការលាក់បាំងឬផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតឬប្លែងខុសពីការពិតឡើយ។ យើងខ្ញុំសូមបញ្ជាក់អះអាងថាព័ត៌មាន និងការប្រកាសដែលមានក្នុងពាក្យស្នើសុំ ធានារ៉ាប់រង នេះនឹងក្លាយជាមូលដ្ឋាននៃកិច្ចសន្យារ៉ាប់រងយើងខ្ញុំនិងក្រុមហ៊ុន ហើយនឹងត្រូវបានរាប់បញ្ចូលជាផ្នែកមួយនៃកិច្ចសន្យា។

I/We to the best of my/our knowledge hereby confirm that the statements contained in this Proposal Form are true and correct and I/we have not concealed, misrepresented, or misstated any material fact. I/We agree that the statements and declaration in this Proposal Form shall be the basis of the contract between myself/yourself and the company and are deemed to be incorporated in the contract.

.....  
ហត្ថលេខាអ្នកស្នើសុំ / Proposer's Signature

.....  
កាលបរិច្ឆេទ / Date