



ពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល PERSONAL ACCIDENT INSURANCE PROPOSAL FORM

ដោយអនុលោមទៅតាមមាត្រាទី២០នៃច្បាប់ធានារ៉ាប់រងរបស់ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ឬការធ្វើរឹសោធនកម្មផ្សេងៗ លោកអ្នកត្រូវបង្ហាញព័ត៌មានដែលត្រូវបានសួរនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងខាងក្រោមនេះដោយភាពស្មោះត្រង់នូវព័ត៌មានពិតប្រាកដដែលលោកអ្នកដឹង ឬគួរតែដឹង 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 / Proposer's Name	:		
អាសយដ្ឋាន / Address	:		
មុខងារ / Occupation	:		
លេខប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន / លិខិតឆ្លងដែន Identity Card No. / Passport No.	:		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត : Date of Birth
សញ្ជាតិ / Nationality	:		ភេទ / Gender : <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ប្រុស
ស្ថានភាពគ្រួសារ / Marital Status	:	<input type="checkbox"/> រៀបការ / Married <input type="checkbox"/> នៅលីវ / Single <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ / Other _____	
លេខទូរស័ព្ទ Telephone No.	:	លេខទូរស័ព្ទការិយាល័យ : Office	លេខទូរស័ព្ទដៃ : Hand Phone No.
អ៊ីមែល / Email	:		
ឈ្មោះនិយោជក / Name of Employer	:		
ប្រភេទនៃអាជីវកម្ម / Nature of Business	:		

រយៈពេលធានារ៉ាប់រង / PERIOD OF INSURANCE

ចាប់ពីថ្ងៃ / From : _____ ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ (dd/ mm/ yyyy)	ដល់ / To : _____ ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ (dd/ mm/ yyyy)
---	--



ព័ត៌មានលម្អិតពីសុខភាព និងប្រវត្តិការទាមទារសំណង / DETAILS OF HEALTH AND CLAIM HISTORY

1	<p>តើបច្ចុប្បន្ននេះលោកអ្នកមានធានារ៉ាប់រងលើគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល ឬធានារ៉ាប់រងសុខភាព(ជំងឺ និងការវះកាត់) ជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែរឬទេ ? Are you presently covered by any Personal Accident or Medical Insurance?</p> <p>ប្រសិនបើមានសូមផ្តល់ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលដាក់ធានា If yes, please state the company name and amount insured:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> បាទ Yes	<input type="checkbox"/> ទេ No
2	<p>ក្នុងអំឡុងពេល៣ឆ្នាំមុន តើលោកអ្នកធ្លាប់រងរបួស ឬមានជំងឺ ឬទទួលការព្យាបាល ឬការវះកាត់ដែរឬទេ ? During the last 3 years, have you ever suffered from any injury or sickness or received medical or surgical treatment?</p> <p>ប្រសិនបើមានសូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតពីសភាពនៃគ្រោះថ្នាក់ និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានចំណាយ If "yes" please state the nature of injury or sickness, medical or surgical treatment and the expense amount:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> បាទ Yes	<input type="checkbox"/> ទេ No
3	<p>តើចក្ខុវិញ្ញាណរបស់អ្នកមានភាពអន់ថយដែរឬទេ ? Is your vision impaired anyway?</p> <p>ប្រសិនបើមានសូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត If "yes" please give particulars</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> បាទ Yes	<input type="checkbox"/> ទេ No
4	<p>តើលោកអ្នកធ្លាប់ទទួលរងពិការភាព ឬ អសមត្ថភាពពីផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយដែរឬទេ ? Do you suffer from any bodily infirmity or disability?</p> <p>ប្រសិនបើមានសូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត If "yes" please give particulars</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> បាទ Yes	<input type="checkbox"/> ទេ No
5	<p>តើលោកអ្នកធ្លាប់មានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត ឬធានារ៉ាប់រងគ្រោះថ្នាក់បុគ្គលដែលបានចេញរួចហើយត្រូវបានលុបចោល ឬត្រូវបានបដិសេធមិនព្រមបន្តសម្រាប់ឆ្នាំថ្មីដែរឬទេ ? Have you ever had an application for life or accident insurance issued to you been cancelled, declined, refused to renew?</p> <p>ប្រសិនបើមានសូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត If "yes" please give particulars</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> បាទ Yes	<input type="checkbox"/> ទេ No



ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលសំណងដែលត្រូវបានទាមទារ / AMOUNT OF COMPENSATION TO BE INSURED

បាត់បង់ជីវិត / Death	ដុល្លារ / USD _____
ពិការភាពអចិន្ត្រៃយ៍/ Permanent Disablement	ដុល្លារ / USD _____
សំណងលើថ្លៃព្យាបាលរបួស (អតិបរមាក្នុងមួយករណី) / Medical Expense (Maximum per accident)	ដុល្លារ / USD _____

អ្នកទទួលបានប្រាក់ / BENEFICIARY

លេខរៀង No.	1.	2.	3.
ឈ្មោះ: (ដូចក្នុងអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/សៀវភៅឆ្លងដែន/សំបុត្រកំណើត) Name (as in identity Card No./ Passport No./ Birth Certificate)			
ឈ្មោះ: (ដូចក្នុងអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/សៀវភៅឆ្លងដែន/សំបុត្រកំណើត) Name (as in identity Card No./ Passport No./ Birth Certificate)			
លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/សៀវភៅឆ្លងដែន/សំបុត្រកំណើត) Name (as in identity Card No./ Passport No./ Birth Certificate)			
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត Date of Birth			
ត្រូវជា Relationship			
ភាគរយនៃសំណង % of Compensation			
អាសយដ្ឋាន Address			

ការប្រកាសអះអាងរបស់អ្នកស្នើសុំ / DECLARATION BY PROPOSER

យើងខ្ញុំសូមប្រកាសអះអាងថាព័ត៌មាន ឬចម្លើយដែលបានផ្តល់ជូនខាងលើគឺពិតជាត្រឹមត្រូវ និងមិនមានការក្លែងបន្លំឡើយ ហើយយើងខ្ញុំមិនមានការលាក់បាំង ឬផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ឬថ្លែងខុសពីការពិតឡើយ។ យើងខ្ញុំសូមបញ្ជាក់អះអាងថាព័ត៌មាន និងការប្រកាសដែលមានក្នុងពាក្យស្នើសុំ ធានារ៉ាប់រងនេះនឹងក្លាយជាមូលដ្ឋាននៃកិច្ចសន្យារវាងយើងខ្ញុំនិងក្រុមហ៊ុន 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