

បែបបទស្នើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ
នៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលអស់សុពលភាពសម្រាប់ EASYCare
Request Form for Reinstatement Insurance Policy
For Insurance Policy Lapsed of EASYCare

បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងលេខ/Policy	កាលបរិច្ឆេទ/Date:
លេខទូរស័ព្ទម្ចាស់បណ្ណ/Policy Owner Phone Number	អ៊ីម៉ែល/Email :

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ជាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងខាងលើសូមស្នើដល់ក្រុមហ៊ុន ដាយ អ៊ីឈី ឡាយហ្វ អ៊ីនស្យូរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក ឲ្យបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ ដែលបានផុតសុពលភាពនៅថ្ងៃទី:...../...../..... និងសូមធ្វើការប្រកាសនូវសុខភាពដូចខាងក្រោម៖
 I'm the policy owner of policy number above, would like request Daiichi Life Insurance (Cambodia) Plc. to reinstate the insurance policy which lapsed since...../...../..... and hereby to declare my health condition as below:

ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន PERSONAL INFORMATION	ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង គឺជាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង Policy Owner (PO) is Life Insured (LI)
ឈ្មោះពេញដូចអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬ លិខិតឆ្លងដែន៖ Full Name as on ID Card / Passport	ខ្មែរ/Khmer: ឡាតាំង/Latin:
មុខរបរបច្ចុប្បន្ន/Current Occupation:	
លម្អិតអំពីមុខរបរ/ Detail of Occupation:	
អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន : Current Address :	

I. ព័ត៌មានសុខភាព / HEALTH INFORMATION	ម្ចាស់បណ្ណ Policy Owner
1 ក្នុងកំឡុងពេល ៦ ខែចុងក្រោយ តើអ្នកធ្លាប់បាន ឬត្រូវបានគេណែនាំអោយ៖ ធ្វើការព្យាបាល ឬចូលសម្រាកពេទ្យ ឬធ្វើពេទ្យវិនិច្ឆ័យ (រាប់បញ្ចូលតែមិនបានកំណត់ចំពោះ ការពិនិត្យតាមរយៈការស្ទង់ ECG, CT Scan, Ultrasound) ដែលផ្សេងពីការពិនិត្យសុខភាពមុនចូលបម្រើការងារ ឬការពិនិត្យសុខភាពតាមការកំណត់ក្រុមហ៊ុន ឬការដាក់ពាក្យស្នើសុំទិដ្ឋាការសម្រាប់លក្ខខណ្ឌសុខភាព ណាមួយដែរឬទេ? In the past 6 months, have you had/or been advised to have anyone/more of the following: treatment/hospitalization/diagnostic tests (including but not limited to X-Rays, ECG, CT scan, Ultrasound), other than for pre-employment screenings/routine company or visa application medical check-ups, for any medical condition(s)?	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No
2 ក្នុងរយៈពេល ២ ឆ្នាំចុងក្រោយនេះ តើអ្នកបានសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យលើសពី ៣ ថ្ងៃ ឬបានទទួលការវះកាត់ ឬបន្តទទួលថ្នាំ ឬការព្យាបាល (ក្រៅពីជំងឺផ្តាសាយ ឬក្អក) យ៉ាងហោចណាស់ ២ សប្តាហ៍ ឬមានលទ្ធផលមិនប្រក្រតី ពីការធ្វើតេស្តវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការធ្វើតេស្តពេទ្យវិនិច្ឆ័យ? In the last 2 years, have you been hospitalized for more than 3 days, have undergone surgery, or been continuously receiving medication or treatment (other than for flu or cough) for at least 2 weeks or had an abnormal result from a medical investigation or diagnostic test?	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No
3 តើអ្នកធ្លាប់មាន ឬកំពុងស្ថិតក្រោមការធ្វើតេស្តរករោគវិនិច្ឆ័យសម្រាប់ជំងឺមហារីក កោសិកាមហារីក ជុំសាច់ ឬកោសិកាស្លូតលាស់ខុសប្រក្រតី ឈឺបច្ចុកទ្រូង តាំងបេះដូង ជំងឺបេះដូង ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល ជំងឺស្ទះសរសៃឈាមខួរក្បាលបណ្តោះអាសន្ន ជំងឺលើសឈាម ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺបេះដូង ជំងឺតម្រងនោម ជំងឺថ្លើម ជំងឺសួត ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឬ C ជំងឺព្រះពោះវៀន ជំងឺលើប្រព័ន្ធបន្តពូជ ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ឬជំងឺអេដស៍ ជំងឺលើប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ជំងឺឈាមគ្រប់ប្រភេទ ជំងឺផ្លូវចិត្តឬជំងឺប្រព័ន្ធប្រសាទ ទម្រង់ណាមួយនៃភាពអស់ថ្លៃ ឬ ប៉ះពាល់ដល់ភ្នែក ឬ តំបើក ឬ ការស្លាប់ ឬ បញ្ហាខ្លាំងឬស្លាក់ ឬ ពិការភាពរាងកាយ ឬ ការញៀនថ្នាំ ឬគ្រឿងស្រវឹង? Have you ever had or are currently under investigation for cancer, carcinoma in-situ, tumor or growth, chest pain, heart attack, stroke, transient ischemic attack, high blood pressure, diabetes, heart diseases, kidney diseases, liver diseases, lung diseases, Hepatitis B or C, gastrointestinal disorders, genitourinary disorders, HIV infection or AIDS, autoimmune disorders, blood disease, mental or nervous disorders, any form of eye or hearing impairment, back or joint disorder or physical disabilities, drug abuse or alcoholism?	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No
4 តើអ្នកចូលរួម ឬមានបំណងចង់ចូលរួមក្នុងកីឡាដែលមានគ្រោះថ្នាក់ សកម្មភាព ឬមុខរបរ ដូចជា ការជ្រមុជទឹក ការឡើងភ្នំ ការលោតធំត្រឈោង ការប្រណាំងឡានឬម៉ូតូ ការបរាជ័យ ការដោះអាវ៉ាតស៊ីប្រណាំង (ក្រៅពីជាអ្នកដំណើរដែលបង់ថ្លៃសំបុត្រយន្តហោះ) យោធា ប៉ូលីស ទាហាន កងកំលាំងប្រដាប់អាវុធ សន្តិសុខប្រដាប់អាវុធ អ្នកពន្លត់អគ្គិភ័យ កម្មករដឹករ៉ឺម៉ក កម្មករសំណង់ កម្មករកាប់ឈើ អ្នកដែលធ្វើការនៅកម្ពស់ខ្ពស់ អ្នកដោះគ្រឿងផ្ទុះ និងអ្នកនេសាទសមុទ្រ? Are you engaging in or intending to engage in any hazardous sports, pursuit of activities or occupations such as diving, mountaineering, parachuting, racing, hunting, aviation (other than as a fare-paying passenger), military personnel, armed security guard, firefighter, miner, construction laborers, logging workers, those who are engaged in working at heights, handling explosives and deep-sea fishing?	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No

ដាយ អ៊ីឈី ឡាយហ្វ អ៊ីនស្យូរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក
 អាសយដ្ឋាន៖ ជាន់ផ្ទាល់ដី ជាន់ទី១ និងជាន់ទី២ អគារសាមគ្គី ផ្លូវលេខ៣១៥ ភូមិ៦ សង្កាត់បឹងកក់២ ខណ្ឌទួលគោក រាជធានីភ្នំពេញ

ប្រសិនបើឆ្លើយ “មាន” ក្នុងសំណួរសុខភាពសូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតក្នុងតារាងខាងក្រោម/ If answered “Yes” on any health questions, please provide details below:

លេខសំណួរ Question No.	ព័ត៌មានអំពីការឆ្លើយតបនៃសំណួរខាងលើ Details information about the above Questions

II. សេចក្តីប្រកាសរបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង (ដែលក៏ជាអ្នកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង)
DECLARATION OF POLICY OWNER (WHO IS ALSO THE LIFE INSURED)

- i. ខ្ញុំសូមប្រកាសថាព័ត៌មានសរុបដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូនក្រុមហ៊ុន គឺមានភាពពេញលេញ និងពិតប្រាកដមែន។ ខ្ញុំមិនបានលាក់បាំង ឬ បង្ហាញព័ត៌មានខុសពីការពិតដែលអាចប៉ះពាល់ដល់ការវាយតម្លៃ ក្នុងការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើយ។
I hereby declare all the descriptions and answers along with the information above that I provided to the company are sufficient and completely true. I do not disclose or provide the wrong information from the facts which impact on the assessment for reinstatement of the insurance policy.
- ii. ខ្ញុំយល់ផងដែរថាព័ត៌មានខាងលើនេះត្រូវបានយកទៅប្រើប្រាស់ដើម្បីធ្វើជាមូលដ្ឋានផ្នែកច្បាប់ សម្រាប់ធ្វើការវាយតម្លៃលើការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើយ។ ហើយខ្ញុំយល់ព្រមថាការបំពានលើការធានាខាងលើនេះនឹងធ្វើឲ្យការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ក្លាយជាមោឃៈដោយផ្អែកលើបញ្ញត្តិបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងច្បាប់ជាធរមាន។
I understand that the information above will be used as the legal basis for underwriting for reinstatement request and agreed that violations of this commitment will void the reinstatement of the policy according to the policy provision and current laws.
- iii. សូមធានាផ្តល់នូវភស្តុតាង ឬព័ត៌មានចាំបាច់ផ្សេងៗទៀតដែលត្រូវការ និងយល់ព្រមឲ្យក្រុមហ៊ុន ដោយ អ៊ុលី ឡាយហ្វ អ៊ិនស្យូរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) (ម.ក) ប្រមូលព័ត៌មានសម្រាប់វាយតម្លៃលើការផ្លាស់ប្តូរដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។
I guarantee to provide proof, evident or other required information and agree with Daiichi Life Insurance (Cambodia) Plc. to collect information for underwriting of the changes mentioned above.
- iv. ខ្ញុំយល់ព្រមជូនដំណឹងដល់ក្រុមហ៊ុននូវការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ដូចជាស្ថានភាពសុខភាព មុខរបរ ឬក៏ព័ត៌មានផ្សេងៗដែលបានលើកឡើងនៅក្នុងបែបបទស្នើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើយនេះ ក៏ដូចជាសកម្មភាពផ្សេងៗទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ទាំងនៅមុន និងក្រោយនៃការចេញបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។ រាល់ការកែប្រែលើព័ត៌មានបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងត្រូវធ្វើឡើងដោយដាក់សំណើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជូនក្រុមហ៊ុន ហើយបន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើសុំកែប្រែ ក្រុមហ៊ុនមានសិទ្ធិទទួលយក ឬបដិសេធសំណើនោះ។
I hereby agree to inform the Company of any changes of personal information, such as the status of health, occupation, or any information stated in this Request Form for Reinstatement Insurance Policy, as well as any other activities related to the Policy, before or after the issuance of the Policy. Any changes of the Policy information shall be made in written form to the Company. Upon receiving the change request, the Company reserves the right to accept or reject the request.
- v. ខ្ញុំយល់ព្រមថា សំណើខាងលើនឹងមានប្រសិទ្ធភាពលុះត្រាតែក្រុមហ៊ុនដោយ អ៊ុលី ឡាយហ្វ អ៊ិនស្យូរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) អនុម័តលើសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងទទួលបានបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងបន្ថែម (ប្រសិនបើមាន)។
I agree that the request above is only effective when Daiichi Life Insurance (Cambodia) Plc. approves the request in writing and collect an additional premium, if necessary.

	ឈ្មោះពេញ Full Name	ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ Signature or Thumb print	កាលបរិច្ឆេទ Date
ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policy Owner	_____	_____	____/____/____

III. ការធានាអះអាងរបស់សាក្សី
WITNESS DECLARATION

ខ្ញុំសូមធានាអះអាងថាហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃខាងលើនេះជាហត្ថលេខារបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង (ជាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង) ពិតប្រាកដមែន ដែលបានចុះហត្ថលេខា ឬផ្ដិតស្នាមមេដៃចំពោះមុខខ្ញុំពិតប្រាកដមែន។
I undertake that the Policy Owner (Life Insured) have signed or provided a thumbprint on the documents in my presence.
(ប្រសិនបើបុគ្គលិកលក់ផលិតផលធានារ៉ាប់រង/ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងជារូបវន្តបុគ្គល ជាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង (អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង) សូមអ្នកគ្រប់គ្រងបុគ្គលិកលក់ផលិតផលធានារ៉ាប់រង/ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងជារូបវន្តបុគ្គល ចុះហត្ថលេខាក្នុងប្រអប់សាក្សីខាងក្រោម។)
(If ISS or IIA is policy owner (life insured), hence the manager of ISS/IIA sign as a witness)

បុគ្គលិកបម្រើសេវាអតិថិជន/ បុគ្គលិកលក់ផលិតផលធានារ៉ាប់រង/ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងជារូបវន្តបុគ្គល/ CS/ISS/IIA	ឈ្មោះពេញ៖ _____ Full Name លេខកូដ៖ _____ Code	ហត្ថលេខា៖ _____ Signature	កាលបរិច្ឆេទ/Date ____/____/____
--	---	------------------------------	------------------------------------

ដោយ អ៊ុលី ឡាយហ្វ អ៊ិនស្យូរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក

អាសយដ្ឋាន៖ ជាន់ផ្ទាល់ដី ជាន់ទី១ និងជាន់ទី២ អគារសាមគ្គី ផ្លូវលេខ៣១៥ ភូមិ៦ សង្កាត់បឹងកក់២ ខណ្ឌទួលគោក រាជធានីភ្នំពេញ