

បន្ទាន់នាពេលណា/Policy	កាលបរិច្ឆេទ/Date: _____/_____/_____
លេខទូរស័ព្ទម្ចាស់បន្ទាន់/Policy Owner Phone Number: _____	អ៊ីម៉ែល/Email: _____

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ជាម្ចាស់បន្ទាន់នាពេលណាខាងលើសូមស្នើសុំដល់ក្រុមហ៊ុន ដោយ អ៊ីលី ឡាយហ៊ី អ៊ីនស្វ័រ៉ង់ (ខេមបូឌា) ម.ក ឲ្យបន្តសុពលភាពបន្ទាន់នាពេលណាខាងលើនេះ ដែលបានផុតសុពលភាពនៅថ្ងៃទី:...../...../..... និងសូមបញ្ជាក់ស្ថានភាពសុខភាពខាងក្រោម៖
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:

ផ្នែកទី១: ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន

ម្ចាស់បន្ទាន់នាពេលណា និងជាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / Policy Owner (PO) is Life Insured (LI)	
ឈ្មោះពេញលេញស្របតាមលិខិតឆ្លងដែន ឬ លិខិតឆ្លងដែន Full Name as on ID Card / Passport	ភាសាខ្មែរ/Khmer:..... ឡាតាំង/Latin:
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត/Date of Birth	ថ្ងៃ/DD:..... ខែ/MM:..... ឆ្នាំ/YYYY:.....
ស្ថានភាពគ្រួសារ/Marital Status	☐ រៀបការ/Married ☐ នៅលីវ/Single ☐ ផ្សេងៗ/Other
ទីលំនៅបច្ចុប្បន្ន/Current Address	
មុខរបរបច្ចុប្បន្ន/ Current Occupation	

ផ្នែកទី២: ព័ត៌មានសុខភាព

២.១ សម្រាប់បន្ទាន់នាពេលណាដែលអស់សុពលភាពតិចជាង៦ខែ 2.1 For Insurance Policies Lapsed Less Than Six Months	
(សម្រាប់បន្ទាន់នាពេលណាដែលអស់សុពលភាពតិចជាង៦ខែ, សូមឆ្លើយសំណួរសុខភាពតែផ្នែក ២.១ នេះប៉ុណ្ណោះ) (For insurance policies lapsed less than 6 months, please answer only the health questions in PART 2.1)	
1	កម្ពស់/Height:.....ស.ម/cm និង ទម្ងន់/Weight:.....គ.ក្រ/kg
2	តើអ្នកមានបម្រែបម្រួលស្ថានភាពសុខភាព ឬ ជំងឺផ្សេងៗ ឬ ការងាររបស់អ្នកណាមួយដែលខុសពីពេលដែលបានដាក់ពាក្យស្នើសុំដំបូង? Do you have any changes in your health conditions, or have you developed any illnesses or injuries in any part of your body that differ from the time you originally applied for the policy? ☐ មាន/Yes ☐ គ្មាន/No
	ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់លម្អិត៖ If Yes, please provide details:
3	ចាប់តាំងពីពេលអស់សុពលភាពរហូតដល់ពេលបច្ចុប្បន្ននេះ តើអ្នកធ្លាប់ទៅពិនិត្យសុខភាព ឬ ធ្លាប់បានទទួលសេវាផ្តល់ការប្រឹក្សាទាក់ទងនឹងការព្យាបាលជំងឺមហារីក ជំងឺអេដស៍ ឬ ធ្លាប់មានគ្រោះថ្នាក់ណាមួយដែលទាមទារឲ្យមានការតាមដានសុខភាពដែរឬទេ? Since the time your policy lapsed until now, have you undergone any health check-ups or received any consultation services related to the treatment of cancer, HIV/AIDS, or experienced any accidents that required medical follow-up? ☐ មាន/Yes ☐ គ្មាន/No
	ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់លម្អិត៖ If Yes, please provide details:
4	តើលោកអ្នកពិសារ ឬ ធ្លាប់ពិសារគ្រឿងស្រវឹងដែរឬទេ? Do you drink/have you ever drunk beer, alcohol, or other alcoholic beverages? ☐ មាន/Yes ☐ គ្មាន/No
	ប្រសិនបើ «មាន» សូមគូស (✓) ក្នុងប្រអប់ខាងស្តាំ៖ If Yes, please tick (✓) in the box on the right: ☐ ស្រាបៀរ ≤ 15 កំប៉ុង ឬ ស្រា ≤ 1500 មីលីលីត្រក្នុង១សប្តាហ៍? / Beer ≤15 cans or Wine ≤1500ml per week ☐ ស្រាបៀរ > 15 កំប៉ុង ឬ ស្រា > 1500 មីលីលីត្រក្នុង១សប្តាហ៍? / Beer >15 cans or Wine >1500ml per week
5	បន្ថែមលើបន្ទាន់នាពេលណានេះ តើអ្នកមានបន្ទាន់នាពេលណាណាមួយដែលមានការតម្លើងថ្លៃបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ការផ្អាក ឬ បដិសេធ ពីក្រុមហ៊ុន អ៊ីលី ឡាយហ៊ី (ខេមបូឌា) ម.ក ឬ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងណាមួយដទៃទៀតដែរឬទេ? In addition to this policy, do you currently hold any other life insurance policies that have been rated up, postponed, or declined by Daiichi Life (Cambodia) PLC or any other life insurance company? ☐ មាន/Yes ☐ គ្មាន/No
	ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់លម្អិត៖ If Yes, please provide details:
6	តើអ្នកបានចូលរួម ឬ មានបំណងចង់ចូលរួមក្នុងកីឡាដែលមានគ្រោះថ្នាក់ណាមួយដែរឬទេ? (មុជក្រោមទឹក ឡើងភ្នំ លោតជីត្រយោង យានសំកាំង កីឡាប្រណាំង -ល-) Have you participated in or do you intend to participate in any hazardous sports or activities? (e.g., scuba diving, mountain climbing, skydiving, motor racing, competitive sports, etc.) ☐ មាន/Yes ☐ គ្មាន/No
	ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់លម្អិត៖ If Yes, please provide details:
7	តើអ្នកមានផ្លាស់ប្តូរអាជីពការងារ ឬ មុខរបរបស់អ្នកដែលខុសពីពេលដាក់ពាក្យស្នើសុំ ឬ ការជូនដំណឹងចុងក្រោយមកក្រុមហ៊ុនដែរឬទេ? Have you changed your occupation or job from the time you initially applied or last notified the company? ☐ មាន/Yes ☐ គ្មាន/No
	ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់លម្អិត៖ If Yes, please provide details:

*(For insurance policies lapsed for six months or more, please answer both health **PART 2.1** and **2.2**)*

Page 2 of 4

លេខសំណួរ (សំណួរទី១២.ក ដល់ទី១២. គ) Question No. (12.a to 12.p)	ព័ត៌មានលម្អិតនៃស្ថានភាពសុខភាព ឬកាតមិនប្រក្រតី ឬជំងឺ ការធ្វើតេស្ត ឬព្រះវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលដែលបានទទួល Details of the health condition/disorder/disease, tests, or investigations, and any treatments given	កាលបរិច្ឆេទ Date	ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក Name and address of hospital/ clinic	លទ្ធផលតេស្ត និងស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្ន Results of test and present status of health

13
តើឪពុកម្តាយរបស់អ្នកធ្លាប់មានជំងឺ ឬស្លាប់ដោយសារជំងឺមហារីក ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺបេះដូង ជំងឺដាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល ជំងឺលើសឈាម ជំងឺតម្រងនោម ជំងឺផ្លូវចិត្ត បញ្ហាគ្រាប់ឈាម ជំងឺចាស់វង្វេង (Dementia) ជំងឺ Alzheimer ជំងឺ Parkinson បញ្ហាផ្លូវចិត្ត ឬជំងឺតំណពូជផ្សេងៗទៀតដែរឬទេ? ប្រសិនបើ «មាន» សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតក្នុងតារាងខាងក្រោម៖
Did any of your parents suffer from, or die of, Cancer, Diabetes, Heart disease, Stroke, Hypertension, Kidney disease, Mental illness, Blood disorders, Dementia, Alzheimer's disease, Parkinson's disease, Mental disorders, or any other hereditary diseases? If **Yes**, please provide detailed information in the table below:

☐ មាន/Yes
☐ គ្មាន/No

ទំនាក់ទំនង Relationship	លម្អិតអំពីស្ថានភាពសុខភាព Details of health condition	អាយុពេលកើតជំងឺ (ប្រហាក់ប្រហែល) Estimate age during diagnosis	អាយុពេលទទួលមរណភាព Age at the time of death	មូលហេតុនៃការស្លាប់ Reason for death

14
សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម (សម្រាប់ស្ត្រីតែប៉ុណ្ណោះ) / Please answer the following questions (for female only)

ក. តើអ្នកមានផ្ទៃពោះមែនឬទេ? ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់ពីសុខភាពរបស់អ្នក ព្រមទាំងសុខភាពនិងអាយុរបស់កំភិតជាសប្តាហ៍? a. Are you pregnant? If Yes , please specify your health, your fetus's health and age of the fetus in weeks?	☐ មាន/Yes ☐ គ្មាន/No
ព័ត៌មានលម្អិតនៃស្ថានភាពខាងលើ៖ Detail Information of Above Questions:	
ខ. តើអ្នកធ្លាប់ជួបប្រទះស្ថានភាពលំបាកនៅពេលមានផ្ទៃពោះពីមុនមកដែរឬទេ? ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់លម្អិតខាងក្រោម។ b. Did you encounter any difficulty in your previous pregnancies? If Yes , please provide details.	☐ មាន/Yes ☐ គ្មាន/No
ព័ត៌មានលម្អិតនៃស្ថានភាពខាងលើ៖ Detail Information of Above Questions:	

ផ្នែកទី ៣៖ សេចក្តីប្រកាស របស់អតិថិជន និងការធានាអះអាងរបស់សាក្សី
PART 3: THE CUSTOMER DECLARATION AND WITNESS COMMITMENT

ក. សេចក្តីប្រកាសរបស់អតិថិជន
A. THE CUSTOMER DECLARATION

1.

ខ្ញុំសូមប្រកាសថាព័ត៌មានសេចក្តីថ្លែង និងចម្លើយ ព្រមជាមួយនឹងព័ត៌មានខាងលើទាំងអស់ ខ្ញុំបានផ្តល់ជូនក្រុមហ៊ុន គឺមានភាពពេញលេញ និងពិតប្រាកដមែន។ ខ្ញុំមិនបានលាក់បាំង ឬ បង្ហាញព័ត៌មានខុសពីការពិតដែលអាចប៉ះពាល់ដល់ការវាយតម្លៃ ក្នុងការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ។

I hereby declare that all the statements, answers, and information provided above to the Company are complete and entirely true. I have not concealed or provide the wrong information that may affect the assessment for the reinstatement of the insurance policy.

2.

ខ្ញុំយល់ផងដែរថាព័ត៌មានខាងលើនឹងត្រូវបានយកទៅប្រើប្រាស់ដើម្បីធ្វើជាមូលដ្ឋានផ្នែកច្បាប់ សម្រាប់ធ្វើការវាយតម្លៃលើការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ ហើយខ្ញុំយល់ព្រមថាការបំពានលើការធានាខាងលើនេះនឹងធ្វើឲ្យការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ក្លាយជាមោឃៈដោយផ្អែកលើបញ្ញត្តិបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងច្បាប់ជាធរមាន។

I understand that the information above will be used as the legal basis for underwriting the reinstatement request, and I agree that any violation of this declaration will void the reinstatement of the policy in accordance with the policy provisions and applicable laws.

3.

ខ្ញុំសូមធានាផ្តល់នូវរាល់កត្តា ឬព័ត៌មានចាំបាច់ផ្សេងៗទៀតដែលត្រូវការ និងយល់ព្រមឲ្យក្រុមហ៊ុន ដោយ អ៊ុលី ឡាយហ្វី អ៊ីនស្វ៊ុរ៉ង់ស៍ 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.

4.

ខ្ញុំយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុន ដោយ អ៊ុលី ឡាយហ្វី អ៊ីនស្វ៊ុរ៉ង់ស៍ ខេមបូឌា (ម.ក) អាចប្រមូល ប្រើប្រាស់ និងបង្ហាញព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំទៅឱ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងបន្ត អង្គភាពស្របច្បាប់នានា ឬអ្នកជំនាញវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណស្របច្បាប់ សម្រាប់ធ្វើការវាយតម្លៃលើសំណើស្នើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញនេះ ដោយផ្អែកលើបញ្ញត្តិបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងច្បាប់ជាធរមាន។

I hereby give my consent to Daiichi Life Insurance (Cambodia) Plc. to collect, use, and disclose my personal information to its reinsurers, any regulatory units, or licensed medical professionals as required for the assessment and underwriting of this reinstatement request, in accordance with the policy provisions and applicable laws.

5.

ខ្ញុំយល់ព្រមជូនដំណឹងដល់ក្រុមហ៊ុននូវរាល់ការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ដូចជាស្ថានភាពសុខភាព មុខរបរ ឬក៏ព័ត៌មានផ្សេងៗដែលបានលើកឡើងនៅក្នុងបែបបទស្នើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញនេះ ក៏ដូចជាសកម្មភាពផ្សេងទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ទាំងនៅមុន និងក្រោយនៃការចេញបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។ រាល់ការកែប្រែលើព័ត៌មានបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងត្រូវធ្វើឡើងដោយដាក់សំណើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជូនក្រុមហ៊ុន ហើយបន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើសុំកែប្រែ ក្រុមហ៊ុនមានសិទ្ធិទទួលយក ឬបដិសេធសំណើនោះ។

I hereby agree to inform the Company of any changes in 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, both before or after the issuance of the Policy. Any changes of the Policy information must be made in written form to the Company. Upon receiving the change request, the Company reserves the right to accept or reject the request.

6.

ខ្ញុំសូមទទួលស្គាល់ថា ការបន្តសុពលភាពនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះត្រូវអនុវត្តយោងតាម ខ និងលក្ខខណ្ឌនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងធានារ៉ាប់រង។ ខ្ញុំក៏យល់ព្រមដែរថា ការទាមទារសំណងណាមួយបន្ទាប់ពីការបន្តសុពលភាពនេះនឹងត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃដោយផ្អែកលើ ខ និងលក្ខខណ្ឌនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងច្បាប់ជាធរមាន។

I hereby acknowledge that the reinstatement of the insurance policy shall be subject to the Policy's terms and conditions. I also agree that any future claim arising after the reinstatement will be assessed in accordance with the Policy's terms and conditions and applicable laws.

7.

ខ្ញុំយល់ព្រមថា សំណើខាងលើនឹងមានប្រសិទ្ធភាពលុះត្រាតែក្រុមហ៊ុនដោយ អ៊ុលី ឡាយហ្វី អ៊ីនស្វ៊ុរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) អនុម័តលើសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងទទួលបានបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ដែលមិនទាន់បានបង់ (ប្រសិនបើមាន)។

I agree that the above request is only effective when Daiichi Life Insurance (Cambodia) Plc. approves the request in writing and collect all outstanding premium, if necessary.

ព័ត៌មានសម្រាប់ Information For	ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃរបស់អតិថិជន Signature/Thumbprint	ឈ្មោះពេញ Full Name	កាលបរិច្ឆេទ Date
ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងជាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង Policy Owner is Life Insured			ថ្ងៃ / ខែ / ឆ្នាំ DD/MM/YYYY

ខ. ការធានាអះអាងរបស់សាក្សី

B. WITNESS COMMITMENT

ខ្ញុំសូមធានាអះអាងថាហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃខាងលើនេះ ជារបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ពិតប្រាកដមែន ដែលបានចុះហត្ថលេខា ឬផ្តល់ស្នាមមេដៃចំពោះមុខខ្ញុំ។

I hereby certify that the above signature or thumbprint truly belongs to the Policy Owner and the Life Insured, who have signed or provided their thumbprint in my presence.

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ផលិតផលរបស់ក្រុមហ៊ុន អ៊ុលី ឡាយហ្វី ពិតជាសាកសមតាមតម្រូវការអតិថិជនពិតប្រាកដមែន។

I/we confirm the proposal for the product from the company meets the customer's needs.

ព័ត៌មានសម្រាប់/Information For	ហត្ថលេខា/Signature	ឈ្មោះពេញ/Full Name	កាលបរិច្ឆេទ/Date
បុគ្គលិកលក់ផលិតផលធានារ៉ាប់រង/ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងជាបុគ្គល Insurance Sale Staff / Individual Insurance Agent *ប្រសិនបើបុគ្គលិកលក់ផលិតផលធានារ៉ាប់រង/ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងជាបុគ្គល ជាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និង/ឬ ជាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ខាងលើ សូមអ្នកគ្រប់គ្រងបុគ្គលិកលក់ផលិតផលធានារ៉ាប់រង/ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងជាបុគ្គល ចុះហត្ថលេខា ក្នុងប្រអប់សាក្សីនេះ។ *If the ISS/IIA is a Policy Owner and/or Life Insured, please provide the signature of ISS/IIA's Supervisor as witness			ថ្ងៃ / ខែ / ឆ្នាំ DD/MM/YYYY