

❖ ប្រសិនបើឆ្លើយថា “មាន” ក្នុងសំណួរខាងលើសូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតក្នុងតារាងខាងក្រោម៖

If answered “Yes” on any above questions, please provide details below

តារាងចម្លើយ សំណួរទី ២ ដល់ទី ៧ Answer Table Question No.2 to No.7	លេខសំណួរ Question No.	ព័ត៌មានលម្អិតនៃសំណួរខាងលើ Details Information of Above Questions
ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policy Owner		
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន Basic Life Insured		
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមទី១ Life Insured of Rider 1		
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមទី២ Life Insured of Rider 2		

៨. តើលោកអ្នកមាន ឬធ្លាប់ទទួលបានការប្រឹក្សាថាមានជំងឺ ឬធ្វើការព្យាបាលលើជំងឺដូចខាងក្រោមដែរឬទេ? 8. Have you ever had or been told or have been treated for the following disease?	ម្ចាស់បណ្ណ Policy Owner	អ្នកត្រូវបានធានា Life Insured
ក. ជំងឺលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម ជំងឺសម្ពាធឈាមខ្ពស់ ឬទាប ជំងឺសួរៈ ឬជំងឺជាប់សសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល ជំងឺតាំងបេះដូង បញ្ហាពិបាកដកដង្ហើម បញ្ហាលើទ្រូង ឬបញ្ហាបេះដូង ឬសសៃឈាមផ្សេងទៀត? a. Hypercholesterolemia, high blood pressure, stroke ischemic, heart attack, dyspnea, chest pain, or any heart or blood vessel disorder.	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No
ខ. ជំងឺហឺត ជំងឺរលាកទងសួត ជំងឺរលាកសួត ជំងឺរបេង ជំងឺក្អកក្អាយ ជំងឺក្អកធ្លាក់ឈាម ជំងឺកូវីដ-១៩ ឬជំងឺប្រព័ន្ធផ្លូវដង្ហើមផ្សេងទៀត? b. Asthma, bronchitis, pneumonia, tuberculosis, chronic cough, hemoptysis (coughing of blood), COVID-19 or other respiratory illness?	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No
គ. ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺលើសជាតិស្ករក្នុងឈាម ជំងឺក្រពេញទីរ៉ូអ៊ីត (ជំងឺពកក) ឬជំងឺរោគខុសប្រក្រតីនៃក្រពេញបញ្ចេញអរម៉ូនផ្សេងទៀត? c. Diabetes mellitus, high blood sugar, thyroid disorders (thyroid enlargement) or other endocrine disorders?	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No
ឃ. ជំងឺបាក់ទឹកចិត្ត ជំងឺផ្លូវភ្នែក ឈឺក្បាលរ៉ាំរ៉ៃ ជំងឺផ្លូវចិត្ត ឬជំងឺសសៃប្រសាទផ្សេងទៀត? d. Depression, Epilepsy, prolonged headache, mental illness, or other neurological disorder?	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No
ង. ជំងឺឈាមច្រមុះ ខ្សោយតំបើញ ខ្សោយការស្តាប់ ឬជំងឺផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងនឹងត្រចៀក ភ្នែក ច្រមុះ និងបំពង់ក? e. Nosebleed, poor vision, hearing impairment, or other disease related to ear, eye, nose, and throat?	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No
ច. ជំងឺគ្រុនឈាម ជំងឺគ្រុនចាញ់ ជំងឺក្តៅខ្លួនតំបន់ត្រូពិច ឬក្តៅខ្លួនរ៉ាំរ៉ៃ ឬជំងឺឆ្លងផ្សេងទៀត? f. Dengue fever, malaria, tropical fever, prolonged fever, or other infectious disease?	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No
ឆ. ជំងឺក្រពះប្រពោះវៀន ជំងឺរាកស្ប៉ា ជំងឺគ្រុនក្នុងប្រមាត់ ជំងឺរលាកថ្លើម ឬបញ្ហាមុខងារថ្លើម ជំងឺខាន់លឿង បន្ទោរបង់មានឈាម គ្រុនពោះវៀន រលាកពោះវៀន ក្លិនលូន ឬជំងឺប្រព័ន្ធរំលាយអាហារផ្សេងៗទៀត? g. Gastro-intestinal disorder, chronic diarrhea, gallstone, hepatitis or liver function disorders, jaundice, bloody stool, typhoid, colitis, hernia, or other digestive system disorder?	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No
ជ. មានឈាម មានជាតិប្រូតេអ៊ីន (ទឹកនោមប្រៃ) ឬមានជាតិស្ករ ក្នុងទឹកនោម ជំងឺគ្រុនក្នុងតម្រងនោម ជំងឺរលាក ឬជំងឺតម្រងនោមផ្សេងៗទៀត? h. Blood, protein or sugar in the urine, kidney stones, inflammation, or other urinary tract disease?	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No
ឈ. តេស្ត រោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលជំងឺតាមរោគ ឬរោគអេដស៍? (ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់អំពីមូលហេតុ ពេលវេលា និងលទ្ធផល) i. Investigation test, diagnosis, or treatment of any sexual transmitted disease or HIV/AIDS? (If Yes, please write down the reason, time and result)	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No
ញ. ជំងឺខ្វះឈាមក្រហម ជំងឺប្រព័ន្ធទឹករងៃ ជំងឺហើមជើង ប៉ោង រលាកសសៃវ៉ែន ជំងឺមហារីកខួរឆ្អឹង ជំងឺហូរឈាម ឬបញ្ហាឈាម ឬជំងឺគ្រាប់ឈាមផ្សេងៗទៀត? j. Anemia, lymphatic disease, pedal edema, venous insufficiency, myeloma, hemorrhagic, blood transfusions, or tother blood disease?	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No
ដ. ជំងឺរលាកសន្លាក់ ការខូចទ្រង់ទ្រាយ ឬភាពមិនប្រក្រតីលើសាច់ដុំ ស្បែក ឆ្អឹង សន្លាក់ ឬលើសអាស៊ីតអ៊ុយរិច? k. Arthritis, deformities, or abnormality of muscle, skin, bone, or joint, high-level uric acid?	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No

ប. ជំងឺមហារីក ដុះដុះ ឬជាលិការនា រួមទាំងជំងឺនៅសុដន់ ភាពមិនប្រក្រតីនៃសុដន់ ការរីកធំនៃក្រពេញ ឬហើមកូនកណ្តុរ? I. Cancer tumors, growth of any kind including breast lumps, any breast disorders, enlarged gland or lymph node?	☐ មាន Yes	☐ គ្មាន No	☐ មាន Yes	☐ គ្មាន No
ឧ. ជំងឺលូពីស (SLE) ជំងឺស្វ័យប្រព័ន្ធភាពសុំណាមួយ ជំងឺតំណពូជ រោគរមាស់ ជំងឺសើស្បែក ក្រចក សក់ ពណ៌ស្បែក ជាំ ឬ រលាកស្បែករ៉ាំរ៉ៃ? m. Lupus (SLE), any autoimmune disease, genetic disease, scabies, cutaneous disease (skin color, scalp, nails), easy bruising or chronic dermatitis?	☐ មាន Yes	☐ គ្មាន No	☐ មាន Yes	☐ គ្មាន No
ឆ. អ្នកធ្លាប់ឈឺសម្រាកពេទ្យ ឬទទួលការវះកាត់ ឬមានស្នាមរបួសផ្សេងៗ? n. Hospitalized, had surgery, wound scars?	☐ មាន Yes	☐ គ្មាន No	☐ មាន Yes	☐ គ្មាន No
ណ. ពិការភាព ឬខូចប្រព័ន្ធប្រសាទណាមួយ (មុខ មាត់ ភ្នែក ត្រចៀក អវៈយវៈណាមួយ)? o. Disabilities or neurological disorders of face, mouth, eyes, ears, and limbs?	☐ មាន Yes	☐ គ្មាន No	☐ មាន Yes	☐ គ្មាន No
ត. ក្នុងរយៈពេល ៥ឆ្នាំកន្លងមកនេះ តើអ្នកធ្លាប់ ឬមានបំណងធ្វើការ ថតកាំរស្មីអ៊ីចាស់ចង្វាក់បេះដូង បង់អេកូបេះដូង CT ស្ថាន MRI ការកាត់ជាលិការតេស្តមហារីក ពិនិត្យឈាមពិនិត្យទឹកនោម តេស្តផ្សេងៗ ឬមានបញ្ហាសុខភាព ស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត ភាពចុះខ្សោយជំងឺ ឬភាពមិនប្រក្រតីផ្សេងទៀត ដែលមិនបានពណ៌នានៅក្នុងសំណួរខាងលើ? p. In the last 5 years, have you ever taken or intended to check X-rays, Electrocardiograms, Heart Ultrasound, CT scan, MRI, biopsy, blood test, urine test, or other or have any other medical or mental conditions, impairments, diseases, or disorders which are not mentioned in the above questions?	☐ មាន Yes	☐ គ្មាន No	☐ មាន Yes	☐ គ្មាន No

❖ ប្រសិនបើឆ្លើយថា “មាន” ក្នុងសំណួរខាងលើសូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតក្នុងតារាងខាងក្រោម៖
 If answered “Yes” on any above questions, please provide details below:

តារាងចម្លើយ សំណួរទី ៨.ក ដល់ ៨.គ Answer Table Question No.8.a to No.8.p	លេខសំណួរ Question No.	ព័ត៌មានលម្អិតនៃស្ថានភាពសុខភាព ឬភាពមិនប្រក្រតី ឬជំងឺ និង ការធ្វើតេស្ត ឬរោគវិនិច្ឆ័យ ព្រមទាំងការព្យាបាលដែលបានទទួល Details of the health conditions/ disorder/ disease, test or investigations, and any treatment given	កាលបរិច្ឆេទ Date	ឈ្មោះ និង អាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក Hospital or Clinic address	លទ្ធផលតេស្ត និងស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្ន Result of test and present status of health
ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policy Owner					
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន Basic Life Insured					
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមទី១ Life Insured of Rider 1					
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមទី២ Life Insured of Rider 2					

៩. ឪពុកម្តាយរបស់អ្នកមានជំងឺ ឬស្លាប់ដោយសារជំងឺមហារីក ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺបេះដូង ជំងឺជាប់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល ជំងឺលើសឈាម ជំងឺគ្រុននោម ជំងឺផ្លូវចិត្ត បញ្ហាឈាម ជំងឺចាស់វង្វេង (Dementia) ជំងឺ Alzheimer ជំងឺ Parkinson បញ្ហាប្រព័ន្ធប្រសាទ ឬ ជំងឺតំណពូជផ្សេងៗទៀត? 9. Did any of your parents suffer from, or die of, cancer, diabetes, heart disease, stroke, hypertension, kidney disease, mental illness, blood disorders, Dementia, Alzheimer, Parkinson’s disease, Mental disorders, or any other hereditary disease?	☐ មាន Yes	☐ គ្មាន No	☐ មាន Yes	☐ គ្មាន No
--	----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

❖ ប្រសិនបើឆ្លើយថា “មាន” ក្នុងសំណួរខាងលើសូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតក្នុងតារាងខាងក្រោម៖
 If answered “Yes” on any above questions, please provide details below:

តារាងចម្លើយ សំណួរទី ៩ Answer Table Question No. 9	ទំនាក់ទំនង Relationship	ព័ត៌មានលម្អិតនៃស្ថានភាពសុខភាព Details of the health conditions	អាយុប្រហែលពេលកើតជំងឺ Estimate age of disease diagnosed	អាយុពេលមរណភាព Age (when died)	មូលហេតុនៃមរណភាព Reason of Death
ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policy Owner					
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន Basic Life Insured					
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមទី១ Life Insured of Rider 1					
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមទី២ Life Insured of Rider 2					

	ម្ចាស់បណ្ណ Policy Owner	អ្នកត្រូវបានធានា Life Insured
១០. តើលោកអ្នកធ្លាប់ស្នើសុំបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងជាមួយក្រុមហ៊ុន ងាយ អិលធី ឡាយហ៍ អ៊ិនស៊ុរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតផ្សេងទៀតដែលបានដំឡើងបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង បដិសេធ ឬដកចេញការការពារដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន» សូមបញ្ជាក់លម្អិតខាងក្រោម។ 10. Apart of this insurance request, have you ever requested, or are requesting any other insurance proposal/Policy with DAIICHI LIFE INSURANCE (CAMBODIA) PLC. or with any other life insurance companies? (Including loading or rejected insurance request/Policy)	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No

១១. សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម (សម្រាប់ស្ត្រីតែប៉ុណ្ណោះ)
11. Please answer to the questions below (For women only):

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

❖ ប្រសិនបើឆ្លើយថា «មាន» ក្នុងសំណួរខាងលើសូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតក្នុងតារាងខាងក្រោម៖
 If answered "Yes" on any above questions, please provide details below:

តារាងចម្លើយ សំណួរទី១០ & ១១ Answer Table Question No. 10 & 11	លេខសំណួរ Question No.	ព័ត៌មានលម្អិតនៃសំណួរខាងលើ Details Information of Above Questions
ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policy Owner		
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន Basic Life Insured		
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមទី១ Life Insured of Rider 1		
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមទី២ Life Insured of Rider 2		

១២. ព័ត៌មានសម្រាប់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំប៉ុណ្ណោះ 12. Information for Life Insured less than 5 years old only	អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃ គម្រោងមូលដ្ឋាន Basic Life Insured	អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃ គម្រោងបន្ថែមទី១ Life Insured of Rider 1	អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃ គម្រោងបន្ថែមទី២ Life Insured of Rider 2
ក. តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង មានទម្ងន់ប៉ុន្មាននៅពេលកើត? a. Weight of Life Insured at birth?	គ.កិ Kg	គ.កិ Kg	គ.កិ Kg
ខ. តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលយូរប៉ុណ្ណា? b. Duration of Life Insured's stay in hospital?	ថ្ងៃ Day	ថ្ងៃ Day	ថ្ងៃ day
ប្រសិនបើលើស ៧ថ្ងៃ សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត៖ If more than 7 days, please provide details			
គ. បញ្ជាក់ពីស្ថានភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅពេលកើត c. What is life Insured's birth situation?	☐ គ្រប់ខែ Term ☐ មិនគ្រប់ខែ Premature birth ☐ លើសខែ Post term	☐ គ្រប់ខែ Term ☐ មិនគ្រប់ខែ Premature birth ☐ លើសខែ Post term	☐ គ្រប់ខែ Term ☐ មិនគ្រប់ខែ Premature birth ☐ លើសខែ Post term
ឃ. តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង មានរបួស ឬមានបញ្ហានៅពេលកើត ឬមានជំងឺពីកំណើត ឬមានភាពមិនប្រក្រតីពីកំណើត ដូចជាស្បែកឡើងពណ៌ បញ្ហាបាត់បង់ស្មារតី ឬជំងឺលូតលាស់យឺត ឬរាងកាយណាមួយខុសប្រក្រតីពីកំណើតឬទេ? d. Did the Life Insured suffer from any injury or problem at birth or suffer from any birth defect such as: Cyanosis, Unconsciousness or Down Syndrome or any other congenital conditions?	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No
ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់លម្អិត៖ If Yes, please provide details			
ង. តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងបានចាក់ថ្នាំបង្ការតាមកម្មវិធីជាតិផ្តល់ថ្នាំបង្ការដែរឬទេ? e. Has the Life Insured been vaccinated under the national vaccination program?	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No	☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No

ប្រសិនបើ <<មាន>> សូមផ្តល់ហេតុផលលម្អិត៖
If Yes, please provide reasons

II. សេចក្តីប្រកាសរបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន និងអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម
POLICY OWNER, BASIC LIFE INSURED, LIFE INSURED OF RIDER DECLARATION

- i. ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ សូមប្រកាសថាព័ត៌មានទាំងអស់ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ បានផ្តល់ជូនក្រុមហ៊ុន គឺមានភាពពេញលេញ និងពិតប្រាកដមែន។ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ មិនបានលាក់បាំង ឬ បង្ហាញព័ត៌មានខុសពីការពិតដែលអាចប៉ះពាល់ដល់ការវាយតម្លៃ ក្នុងការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ។
I/We hereby declare all the descriptions and answers along with the information above that I provided to the company are sufficient and completely true. I/ We not disclose or provide the wrong information from the facts which impacts the assessment for reinstatement the insurance policy.
- ii. ខ្ញុំ /យើងខ្ញុំ យល់ផងដែរថាព័ត៌មានខាងលើនឹងត្រូវបានយកទៅប្រើប្រាស់ដើម្បីធ្វើជាមូលដ្ឋានផ្នែកច្បាប់ សម្រាប់ធ្វើការវាយតម្លៃលើការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ ហើយខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ យល់ព្រមថាព័ត៌មានលើការធានាខាងលើនេះនឹងធ្វើឲ្យការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ក្លាយជាមោឃៈដោយផ្អែកលើបញ្ញត្តិបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងច្បាប់ជាធរមាន។
I/ We 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. សូមធានាផ្តល់ភស្តុតាង ឬព័ត៌មានចាំបាច់ផ្សេងៗទៀតដែលត្រូវការ និងយល់ព្រមឲ្យក្រុមហ៊ុន ដោយ អ៊ុលី ឡាយហ្វ អ៊ិនស្យូរ៉ង់ស៍ ខេមបូឌា (ម.ក) ប្រមូលព័ត៌មានសម្រាប់វាយតម្លៃលើការផ្លាស់ប្តូរដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។
I/ We 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. យល់ព្រមថា សំណើខាងលើនឹងមានប្រសិទ្ធភាពលុះត្រាតែក្រុមហ៊ុនដោយ អ៊ុលី ឡាយហ្វ អ៊ិនស្យូរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) អនុម័តលើសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងទទួលបានបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងបន្ថែម (ប្រសិនបើមាន)។
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
	(ត្រូវតែជាហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃរបស់ឪពុកម្តាយ ឬ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងមានអាយុក្រោម ១៨ឆ្នាំ) (Parents or Legal Guardian Signature or thumbprint is a must for life insured below 18 years old)		
ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policy Owner	_____	_____	____/____/____
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន Basic Life Insured	_____	_____	____/____/____
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមទី១ Life Insured of Rider 1	_____	_____	____/____/____
អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមទី២ Life Insured of Rider 2	_____	_____	____/____/____

III. ការធានាអះអាងរបស់សាក្សី
WITNESS DECLARATION

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

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