

ទម្រង់ពាក្យស្នើសុំ/ APPLICATION FORM

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/Policy Number:.....

លេខសំណើ/Proposal Number:.....

ព័ត៌មានរបស់ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/Financial Advisor's Information	ឈ្មោះសាខា/តំបន់/Branch/Region Name
ឈ្មោះ/Name	ទីតាំង/Location
លេខកូដ/Code	ឈ្មោះប្រធានគ្រប់គ្រង/Line Manager Name
លេខទូរស័ព្ទ/Telephone	តួនាទី/Title

សូមអានព័ត៌មានទាំងនេះឲ្យបានច្បាស់លាស់មុនពេលបំពេញពាក្យស្នើសុំនេះ/PLEASE READ THESE INFORMATION CAREFULLY BEFORE FILLING THIS APPLICATION FORM:

- ក) សូមបំពេញឲ្យបានច្បាស់លាស់ជាមួយតែប៊ិកពណ៌ខៀវ/ពណ៌ខ្មៅប៉ុណ្ណោះ។/ PLEASE FILL IN CLEARLY WITH BLUE/ BLACK INK ONLY.
- ខ) សូមលោកអ្នកផ្តល់នូវព័ត៌មានឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ហើយសូមផ្តល់ឲ្យបានគ្រប់ព័ត៌មានទាំងអស់។ ការមិនបង្ហាញព័ត៌មាន ឬការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតនឹងនាំឲ្យមោឃភាពដល់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នក។/ PLEASE MAKE SURE ALL INFORMATION PROVIDED BY YOU IS ACCURATE AND PLEASE DISCLOSE ALL INFORMATION. NON-DISCLOSURE OF INFORMATION / MISREPRESENTATION MAY RESULT IN INVALIDATING YOUR POLICY.
- គ) សូមស្នើសុំការជួយជ្រោមជ្រែងពីទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុក្នុងករណីដែលអ្នកស្នើសុំការបកស្រាយណាមួយលើបញ្ហាណាមួយក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ។/ PLEASE ASK FOR ASSISTANCE FROM FINANCIAL ADVISOR, IN CASE YOU REQUIRE ANY CLARIFICATION ON THIS APPLICATION.
- ឃ) រាល់ការកែប្រែត្រូវតែមានហត្ថលេខាដោយម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។/ ANY CHANGES MUST BE SIGNED BY THE POLICY OWNER.

១. ព័ត៌មានលម្អិតអំពីម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/DETAILS OF POLICY OWNER

ឈ្មោះពេញជាភាសាខ្មែរ/Full name in Khmer:

ឈ្មោះពេញជាភាសាអង់គ្លេស (អក្សរឡាតាំង)/Full name in English (Capital Letter):

ភេទ/Gender: ប្រុស/Male ស្រី/Female ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត/Date of Birth: dd/mm/yyyy អាយុ/Age: ឆ្នាំ/Years old

ឯកសារបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណ/Identification Document: លិខិតឆ្លងដែន/Passport អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ID Card
 ផ្សេងៗ/Others:

លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លេខលិខិតឆ្លងដែន/ID card/Passport number:

ស្ថានភាពគ្រួសារ/Marital Status: នៅលីវ/Single រៀបការ/Married មេម៉ាយ/ពោះម៉ាយ/Widowed លែងលះ/Divorced

សញ្ជាតិ/Nationality: ប្រទេសកំណើត/Country of Birth:

មុខរបរ/Occupation: ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន/Company Name:

កាតព្វកិច្ចពិតប្រាកដ/Exact Duty:

ប្រាក់ចំណូលផ្ទាល់ខ្លួនប្រចាំឆ្នាំ (គិតជាដុល្លារអាមេរិក)/Annual individual Income (USD):

អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង/Correspondence Address:

លេខទូរស័ព្ទផ្ទាល់ខ្លួន/Mobile phone No: លេខទូរស័ព្ទខ្សែទី២/2nd Telephone No:

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល/Email Address:

បណ្តាញសង្គមផ្សេងៗ/Social Network ID (LINE/WeChat/Facebook/Telegram):

តើបច្ចុប្បន្នអ្នកមានធ្វើការប្រកាសពន្ធនៅសហរដ្ឋអាមេរិកដែរឬទេ?/Do you currently file a tax return in the US? ទេ/No មិន/Yes

២. ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/DETAILS OF LIFE INSURED

ប្រសិនបើម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងជាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង នោះមិនចាំបាច់ផ្តល់បន្ថែមនៅក្នុង “ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង” ឡើយ។/ If Policy Owner is Life Insured, no further information shall be provided in “DETAILS OF LIFE INSURED”.

ទំនាក់ទំនងជាមួយម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/Relationship to Policy Owner:

ឈ្មោះពេញជាភាសាខ្មែរ/Full name in Khmer:

ឈ្មោះពេញជាភាសាអង់គ្លេស(អក្សរឡាតាំង)/Full name in English (Capital Letter):

ភេទ/Gender: ប្រុស/Male ស្រី/Female ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត/Date of Birth: dd/mm/yyyy អាយុ/Age: ឆ្នាំ/Years old

ឯកសារបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណ/Identification Document: លិខិតឆ្លងដែន/Passport អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ID Card ផ្សេងៗ/Others:

លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លេខលិខិតឆ្លងដែន/ID card/Passport number:

ស្ថានភាពគ្រួសារ/Marital Status: នៅលីវ/Single រៀបការ/Married មេម៉ាយ/ពោះម៉ាយ/Widowed លែងលះ/Divorced

សញ្ជាតិ/Nationality: ប្រទេសកំណើត/Country of Birth:

មុខរបរ/Occupation: ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន/Company Name:

កាតព្វកិច្ចពិតប្រាកដ/Exact Duty:

ប្រាក់ចំណូលផ្ទាល់ខ្លួនប្រចាំឆ្នាំ(គិតជាដុល្លារអាមេរិក)/Annual individual Income (USD):

អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង/Correspondence Address:

លេខទូរស័ព្ទផ្ទាល់ខ្លួន/Mobile phone No: លេខទូរស័ព្ទខ្សែទី២/2nd Telephone No:

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល/Email Address:

បណ្តាញសង្គមផ្សេងៗ/Social Network ID (LINE/WeChat/Facebook/Telegram):

៣. សេចក្តីលម្អិតនៃការធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតដែលបានស្នើសុំ/DETAILS OF LIFE INSURANCE PROPOSED

ឈ្មោះផលិតផលមូលដ្ឋាន/ Base Product Name	ចំនួនទឹកប្រាក់ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង (គិតជាដុល្លារអាមេរិក)/ Sum Insured (USD)	រយៈពេលកំណត់នៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង(ឆ្នាំ)/ Policy Term (year)	បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង/ Premium

អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម/Additional Riders

ការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង/ Premium Payment:	<input type="checkbox"/> បង់ផ្តាច់/Single Payment	រយៈពេលបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង/Premium Paying Term: ឆ្នាំ/years
	<input type="checkbox"/> បង់ជាដំណាក់កាល/ Installment Payment	កាតព្វកិច្ចបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង/Premium Frequency: <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ/Annually <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆមាស/Semi-Annual <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស/Quarterly <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ/Monthly

៤. សេចក្តីប្រកាសលើសុខភាពសម្រាប់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/HEALTH DECLARATION FOR LIFE INSURED

សូមបំពេញនៅក្នុងផ្នែកនេះដោយបង្ហាញពេញលេញនិងល្អបំផុតតាមដែលលោកអ្នកដឹង/Please fill in this section with full disclosure and to the best of your knowledge.

កម្ពស់/Height:.....ស.ម (cm)	ទម្ងន់/Weight:.....គ.ក (kg)
-----------------------------	-----------------------------

១. ព័ត៌មានទៅលើរបៀបការរស់នៅនិងការចូលរួមលេងកីឡាគ្រោះថ្នាក់/ DECLARATION ON LIFESTYLE AND PARTICIPATION IN DANGEROUS SPORTS ACTIVITIES	ប្រសិនបើ “មាន” សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត If “YES”, please give details:
--	--

<p>១.ក. តើអ្នកធ្លាប់បានពិសាហ្វូស្កូលកម្រិតខ្ពស់ ឬផ្តល់សេវាដោះស្រាយស្រវឹង ឬស្វែងរកជំនួយ ឬការព្យាបាលចំពោះការញៀនគ្រឿងស្រវឹង ទម្លាប់ប្រើប្រាស់ឱសថ ឬការញៀនដទៃទៀតដែរឬទេ ?</p> <p>1.a. Have you used alcoholic beverages to excess taken, habit-forming drugs or sought advice or treatment for alcoholism, drug habit or other addiction?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES
---	---

<p>១.ខ. តើអ្នកធ្លាប់បានពិសាគ្រឿងស្រវឹងជាទៀងទាត់ដែរឬទេ ? ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់ពីប្រភេទ និងបរិមាណក្នុងមួយសប្តាហ៍។</p> <p>1.b. Do you consume alcoholic beverage regularly? If Yes, please provide the type and quality per week.</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES
---	---

<p>១.គ. តើអ្នកធ្លាប់បានជក់បារី ឬអេឡិចត្រូនិក និងvaping ក្នុងប៉ុន្មានឆ្នាំកន្លងមកនេះដែរឬទេ ? ប្រសិនបើមាន តើប៉ុន្មានឆ្នាំហើយដែលអ្នកធ្លាប់បានជក់ ? ជាមធ្យមជក់បារីប៉ុន្មានដើមជារៀងរាល់ថ្ងៃ។</p> <p>1.c. Have you ever smoked cigarettes, including e-cigarette and vaping within the past years? If YES, How many years have you smoked cigarettes? Average number of cigarettes daily.</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES
---	---

<p>១.ឃ. តើលោកអ្នកចូលរួមលេង ឬមានបំណងចូលរួមលេងកីឡា/ចូលរួមក្នុងសកម្មភាពប្រកបដោយគ្រោះថ្នាក់ណាមួយ (ដូចជា ជិក ឡើងភ្នំ លោតឆ្នេរយោង ប្រណាំង បរាជ្ញា ធ្វើដំណើរតាមផ្លូវអាកាសដោយយន្តហោះឯកជនក្រៅពីយន្តហោះដឹកអ្នកដំណើរធម្មតាដែរឬទេ។ល.។) ?</p> <p>1.d. Do you engage in or intend to engage in any dangerous sport/ activities (diving, mountaineering, parachuting, racing, hunting, private aviation other than a fare paying passenger etc.)?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES
--	---

<p>២. តើអ្នកធ្លាប់ទទួលរងពី ឬត្រូវបានព្យាបាល ឬមានការចង្អុលបង្ហាញ ឬមានរោគសញ្ញាជំងឺមហារីក ឬជំងឺសាច់ប្រភេទណាមួយ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺលើសឈាម ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺសរសៃឈាមខួរក្បាល ជំងឺថ្លើម (រាប់បញ្ចូលទាំងជំងឺលោកថ្លើមប្រភេទ B ឬ C) ជំងឺក្រពះពោះវៀន (ក្រៅពីជំងឺលោកក្រពះពោះវៀន ឬជំងឺលោកក្រពះ) ជំងឺផ្លូវដង្ហើម ជំងឺផ្លូវចិត្ត ឬសាច់ដុំ វិបត្តិផ្លូវចិត្ត ឬអារម្មណ៍ វិបត្តិប្រព័ន្ធប្រសាទ វិបត្តិក្រពេញបញ្ចេញក្នុង ជំងឺប្រព័ន្ធទឹកនោម និងប្រដាប់បន្តពូជ ជំងឺឈាម ជំងឺភ្នែក មេរោគអេដស៍ ជំងឺអេដស៍ ឬភាពស្មុគស្មាញទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ដែរឬទេ ?</p> <p>2. Have you ever suffered from or been treated for, or had any indication or symptoms of cancer or tumour of any kind, diabetes, high blood pressure, cardiovascular disease, cerebral vascular disease, liver disease (including hepatitis B or C), gastro-intestinal disease (other than gastroenteritis or gastritis), respiratory disease, musculoskeletal disorder, mental or mood disorder, nervous system disorder, endocrine disorder, disorder of Uro-Genital, blood disorder, disease of eyes, HIV, AIDS or AIDS related complex?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES
---	---

<p>៣. ក្នុងរយៈពេល ២ ឆ្នាំកន្លងមកតើអ្នកធ្លាប់បានទទួល ថ្នាំព្យាបាល ការព្យាបាល ការវះកាត់ ឬការពិនិត្យសុខភាព (ក្រៅពីការពិនិត្យសុខភាពសម្រាប់កន្លែងការងារ ឬការធ្វើចំណាកស្រុក) ពីមន្ទីរពេទ្យណាមួយក្នុងរយៈពេល ៧ ថ្ងៃជាប់ៗគ្នា ឬយូរជាងនេះ ដែរឬទេ ?</p> <p>3. During the past 2 years, have you continuously received the followings at a hospital: any medication, treatment, surgical operation or investigation (other than investigation carried out for employment or emigration purposes) for a period of 7 days or more?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES
--	---

<p>៤. តើអ្នកមានបំណងស្វែងរកការពិគ្រោះជំងឺ ការតាមដាន ការប្រឹក្សាយោបល់វេជ្ជសាស្ត្រ ការពិនិត្យសុខភាព ឬការព្យាបាលណាមួយដែលទាក់ទងនឹងរោគសញ្ញា វិបត្តិសុខភាពឬជំងឺណាមួយដែរឬទេ ?</p> <p>4. Do you intent to seek any medical consultation, investigation, medical advice or treatment in connection with any signs, health symptoms or disorder?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES
---	---

<p>៥. តើអ្នកធ្លាប់ធ្វើការស្រាវជ្រាវ ការធ្វើអេកូ ការស្រាវជ្រាវដោយម៉ាស៊ីនCT/MRI ការធ្វើដោះ ការវិភាគកោសិកា មហារីកមាត់ស្បូន ការច្រើបសាច់ ការចាប់ចង្វាក់បេះដូង អេកូបេះដូង អេកូសរសៃឈាមបេះដូង ការធ្វើដោយម៉ាស៊ីនendoscope ការវិភាគឈាម ការវិភាគទឹកនោម ឬការធ្វើតេស្តរុករោគវិនិច្ឆ័យដទៃទៀត ដែរឬទេ ?</p> <p>5. Have you ever had X-ray, ultrasound, CT/MRI scans, mammogram, pap smear, biopsy, electrocardiogram, echocardiogram, angiogram, endoscope, blood studies, urine test, or another medical test?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	<p>ប្រសិនបើ "មាន" សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត/ If "YES", please give details:</p>
<p>៦. តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានប្រាប់ថាលោកអ្នកមានជំងឺអេដស៍ ភាពស្មុគស្មាញទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ ឬសុខភាពទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ដែរឬទេ ? តើមានបញ្ហាណាមួយអំពីរបៀបរស់នៅរបស់លោកអ្នក ដែលអាចឲ្យអ្នកប្រឈមនឹងហានិភ័យកើតជំងឺអេដស៍ដែរឬទេ ?</p> <p>6. Had been told of having AIDS, AIDS-related complex or AIDS-related conditions? Is there anything about your lifestyle which could expose you to risk of AIDS?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	
<p>៧. តើអ្នកធ្លាប់បានធ្វើតេស្តឈាមរកឃើញមានវិជ្ជមានមេរោគអេដស៍ដែរឬទេ ?</p> <p>7. Had been tested positive for antibodies to the AIDS virus?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	
<p>៨. មានទម្រង់ណាមួយនៃជំងឺកាមរោគដូចជា ជំងឺស្វាយនិងប្រមេះទឹកបាយដែរឬទេ ?</p> <p>8. Had any form of sexually transmitted disease such as syphilis and gonorrhea?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	
<p>៩. តើលោកអ្នកធ្លាប់បាន ឬត្រូវបានប្រាប់ថាលោកអ្នកមាន ឬបានស្វែងរកជំនួយចំពោះ</p> <p>9. Have you ever had or been told that you had, or sought advice for</p>		
<p>៩.ក. អាការៈវិលមុខ ល្អិតល្អៃ ជំងឺឆ្កួតជ្រួក ការចុះខ្សោយប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ ជំងឺឈឺក្បាលធ្ងន់ធ្ងរ ការញ័រដោយខ្លួនឯង ការចុះខ្សោយសាច់ដុំឬអវៈយវៈ ជំងឺអាស់ហ្សែមី ជំងឺរង្វេង ជំងឺផាកយឺនសុន ឬជំងឺប្រិបត្តិណាមួយពាក់ព័ន្ធនឹងខួរក្បាល ឬប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទដែរឬទេ ?</p> <p>9.a. Dizziness, fainting spells, epilepsy, nervous breakdown, severe headaches, involuntary shaking, muscle/limb weakness, Alzheimer's Disease, dementia, Parkinson Disease or any disease or disorder of the brain or nervous system?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	
<p>៩.ខ. ជំងឺហឺត អាស់ទ្រូងស៊ីផ្លូវដង្ហើម ក្អកក្អែក ការដកដង្ហើមខ្លីៗ ក្អកឈាម ជំងឺរបេង ឬជំងឺស្វះស្វតរាវ ឬក៏ជំងឺប្រិបត្តិណាមួយពាក់ព័ន្ធនឹងសួត ឬប្រព័ន្ធដង្ហើមដែរឬទេ ?</p> <p>9.b. Asthma, hay fever, chronic cough, breathlessness, spitting of blood, tuberculosis, chronic obstructive lung disease or any disease or disorder of the lungs or respiratory system?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	
<p>៩.គ. វត្តមានប្រូតេអ៊ីន ឬឈាមក្នុងទឹកនោម ជំងឺរលាកតម្រងនោម គ្រួសក្នុងតម្រងនោម ឬក៏ជំងឺប្រិបត្តិណាមួយពាក់ព័ន្ធនឹងតម្រងនោម ញោចនោម ឬក៏ក្រពេញប្រូស្តាតដែរឬទេ ?</p> <p>9.c. Protein or blood in the urine, Nephritis, kidney stones, or any disease or disorder of the kidney, bladder or prostate?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	
<p>៩.ឃ. ជំងឺលើសឈាម ដាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល ឈឺទ្រូង គាំងបេះដូង ដកដង្ហើមថប់ៗ សំឡេងញ័រ បេះដូង បញ្ហាសន្ទះបេះដូង ឬក៏ជំងឺប្រិបត្តិណាមួយពាក់ព័ន្ធនឹងបេះដូង ឬប្រព័ន្ធសរសៃឈាមដែរឬទេ ?</p> <p>9.d. High blood pressure, stroke, chest pain, heart attack, shortness of breath, heart murmur, heart valve problem or any disease or disorder of the heart or circulatory system?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	
<p>៩.ង. ជំងឺរលាកថ្លើម (រួមទាំងការផ្ទុកមេរោគថ្លើម) ការឡើងលឿង ជំងឺក្រិនថ្លើម ជំងឺរលាកក្រពះ ការប្រាលទឹកក្រពះ ឈាមក្នុងលាមក ឬក៏ជំងឺប្រិបត្តិណាមួយពាក់ព័ន្ធនឹងបំពង់រំលាយអាហារ ក្រពះ លំពែង ពោះវៀនតូច ពោះវៀនធំ ចុងពោះវៀន ខ្នងពោះវៀន ថ្លើម ថង់ទឹកប្រមាត់ ឬអណ្តើកដែរឬទេ ?</p> <p>9.e. Hepatitis (includes carrier status), jaundice, liver cirrhosis, gastritis, gastric reflux, blood in stool, any disease or disorder of the esophagus, stomach, pancreas, intestines, bowel, rectum, appendix, liver, gall bladder or spleen?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	
<p>៩.ច. ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ក្រពេញទីរូអ៊ីត ឬជំងឺក្រពេញអង់ដូគ្រីនដែរឬទេ ?</p> <p>9.f. Diabetes, thyroid or other endocrine disorders?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	
<p>៩.ឆ. ជំងឺរលាកសន្លាក់ឆ្អឹង ជំងឺឈឺសន្លាក់ឆ្អឹង ឈឺសន្លាក់ ឬជំងឺណាមួយ ឬភាពមិនប្រក្រតី ផ្នែកខ្នង ឆ្អឹងខ្នងឆ្អឹងសន្លាក់ ឬសាច់ដុំដែរឬទេ ?</p> <p>9. g. Arthritis, rheumatism, joint pain, or any disease or disorder of the back, spine, bones, joints or muscles?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	
<p>៩.ជ. មហារីក ជុំសាច់ ជុំគីស ជុំខ្លាញ់ ជុំ ការរីកឡើងឬជំរុញប្រភេទណាមួយដែរឬទេ ?</p> <p>9. h. Cancer, tumor, cyst, polyp, mass, growth of any kind or ulcer of any kind?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	

<p>៩.ឈ. ជំងឺហើមសរសៃវែន ជំពៅសរសៃវែន ឬរលាកសរសៃវែន ឬជំងឺក្លិន ប្រភេទណាមួយដែរ ឬទេ ? 9. i. Varicose veins, varicose ulcers or phlebitis or hernia of any kind?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	ប្រសិនបើ "មាន" សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត/ If "YES", please give details:
<p>៩.ញ. ជំងឺស្លី (ជំងឺសរសៃឈាមក្រហម) ឬជំងឺស្វ័យប្រព័ន្ធភាពសាំដទៃទៀត ជំងឺខ្លះឈាមក្រហម ឬចុះចំនួនប្រក្រតី ភាពមិនប្រក្រតីនៃការរាប់គ្រាប់ឈាម (ក្រៅពីការកើតពីការឆ្លងរោគតិចតួច) ភាពមិនប្រក្រតី ឬមិនធម្មតានៃការហូរឈាម ឬជំងឺឈាមដទៃទៀតដែរឬទេ ? 9.j. SLE or other autoimmune diseases? Anemia, high or low platelet count, abnormal blood count (other than due to minor infection), abnormal or unusual bleeding, or other blood diseases?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	
<p>៩.ដ. ជំងឺ ឬរូបភាពណាមួយពាក់ព័ន្ធនឹង ភ្នែក ត្រចៀក ច្រមុះ និងបំពង់កដែរឬទេ ? 9.k. Any disease or disorder of the eyes, ears, nose or throat?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	
<p>៩.ប. លោកអ្នកធ្លាប់បានស្វែងរកជំនួយ ឬត្រូវបានតាមដាន ឬធ្លាប់ត្រូវបានប្រាប់ថាមាន ឬធ្លាប់បានទទួលការព្យាបាលនៅទីកន្លែងណាមួយ ឬធ្លាប់បានប្រើប្រាស់ឱសថប្រភេទណាមួយដើម្បីព្យាបាលនូវជំងឺទាក់ទងទៅនឹងសុខភាពរាងកាយ ឬប្រព័ន្ធប្រសាទភាពមិនប្រក្រតីភាពរងរបួស ឬក៏ការវះកាត់ដែលមិនបានរៀបរាប់ខាងលើ ដែរឬទេ ? (ក្រៅពី ផ្តាសាយ គ្រុនក្តៅ និង ជំងឺស្រាលៗ) 9.l. Have you ever sought advice or been investigated for, or had been told that you had or received treatment anywhere, or taken medication of any kind, for any illness, disease, disorder, abnormality, injury or surgery not mentioned above (other than common cold, flu and minor ailments)?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	
<p>៩.ខ. តើអ្នកមានវេជ្ជបណ្ឌិតផ្ទាល់ខ្លួន ដែរឬទេ ? 9.m. Do you have a usual doctor?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	
<p>១០. សម្រាប់ស្ត្រីតែប៉ុណ្ណោះ/10.FOR FEMALE ONLY</p>		
<p>១០.ក. តើអ្នកកំពុងមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ ? ប្រសិនបើមាន តើអ្នកមានរយៈពេលប៉ុន្មានខែហើយ ? 10.a. Are you pregnant? If YES, how long have you been pregnant?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	
<p>១០.ខ. តើមានភាពមិនប្រក្រតីណាមួយនៅពេលមករដូវ ការមានផ្ទៃពោះ សុដន់ ឬសរីរាង្គបន្តពូជ ដែរឬទេ ? 10.b. Any abnormality in menstruation, pregnancy, of the breast or reproductive organs?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	
<p>១១. សម្រាប់អនីតិជនតែប៉ុណ្ណោះ/11.FOR JUVENILE ONLY</p>		
<p>១១.ក. តើកុមារកើតមិនគ្រប់ខែមែនដែរឬទេ ? ប្រសិនបើមែន សូមមេត្តាផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត ដូចជា ទម្ងន់កើត ចំនួនសប្តាហ៍ដែលកើតមុនខែ។ 11.a. Is the child born premature? If yes, please provide the detail such as birth weight, number of weeks of premature.</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	
<p>១១.ខ. តើមានពិការភាពពីកំណើត ភាពមិនប្រក្រតី ឬផលវិបាកផ្សេងទៀត នៅពេលកើតដែរឬទេ ? 11.b. Any birth defect, abnormality or complication at birth?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	
<p>១២. ព័ត៌មានលម្អិតអំពីក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ 12. DETAILS OF INSURED'S FAMILY MEMBERS</p>		
<p>១២.ក. តើមានសមាជិកពីរនាក់ ឬច្រើនជាងនេះនៃក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង (រួមទាំងឪពុកម្តាយបងប្អូនប្រុសស្រី) ដែលធ្លាប់មានឬត្រូវបានរកឃើញថាមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺបេះដូង ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល ជំងឺមហារីក ជំងឺលើសឈាម ជំងឺខួរក្បាលហាន់ទីងតុន (Huntington's Chorea) ជំងឺថ្លើម ជំងឺតម្រងនោម ឬជំងឺតំណាងផ្សេងៗ ដែរឬទេ ? 12.a. Have any two or more members of the Proposed Insured's immediate family (including natural parents, brother or sister) ever had or been told to have diabetes mellitus, heart disease, stroke, cancer, high blood pressure, Huntington Disease (Huntington's Chorea), liver disease, kidney disease or any other hereditary disease(s)?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	
<p>១២.ខ. តើមានសមាជិកណាម្នាក់នៃគ្រួសាររបស់អ្នក (ឪពុកម្តាយ បងប្អូនបង្កើត) បានទទួលរងពីឬស្លាប់ដោយសារ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺតម្រងនោម ជំងឺផ្លូវចិត្ត ជំងឺមហារីកដែរទេ ? ។ល។ បើ "មាន" សូមប្រាប់លម្អិត/ទំនាក់ទំនង/ប្រភេទជំងឺ/អាយុកើតមាន/នៅរស់ឬស្លាប់ ? 15.b. Has any member of your family (parents, siblings) suffered from or died of diabetes, cardiovascular diseases, renal diseases, mental disorders, cancer, etc.? If "YES", please give details: Relationship/Disease(s)/Onset Age/Living or Dead?</p>	<input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES	

<p>១៣. ព័ត៌មានលម្អិតអំពីពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងដែលកំពុងស្នើសុំនិងបណ្តុះបណ្តាលសន្យារ៉ាប់រងដែលមានជាមួយក្រុមហ៊ុននានា/ 13. DETAILS OF INSURANCE PROPOSALS TO AND POLICIES WITH ALL COMPANIES</p>		<p>ប្រសិនបើ "មាន" សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត/ If "YES", please give details:</p>
<p>១៣.ក. តើអ្នកធ្លាប់មានពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងលើ អាយុជីវិត ឬគ្រោះថ្នាក់ ឬសុខភាព (ឧទាហរណ៍៖ ការធានារ៉ាប់រងជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ការធានាការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យឬការព្យាបាលជំងឺក្រៅ ឬធានារ៉ាប់រងការចំណាយថ្លៃព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។ល។) ឬពាក្យស្នើសុំបន្តសុពលភាពឡើងវិញនៃប្រភេទធានារ៉ាប់រងណាមួយ ត្រូវបានបដិសេធ ឬពន្យារពេលក្នុងការសម្រេច ដែរឬទេ ? 13.a. Has any proposal or application for life or accident or health insurance (e.g. major illness insurance, out-patient/in-patient insurance or hospital cash insurance, etc) on you or reinstatement of such insurance ever been declined/postponed?</p>	<p><input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES</p>	
<p>១៣.ខ. តើលោកអ្នកមានបណ្តុះបណ្តាលសន្យារ៉ាប់រងណាមួយដែលកំពុងមានសុពលភាពជាមួយក្រុមហ៊ុននេះ ឬក្រុមហ៊ុនផ្សេងទៀតដោយមិនរាប់បញ្ចូលសំណើនេះដែរឬទេ ? ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម៖ ១. ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន ២. លេខបណ្តុះបណ្តាលសន្យារ៉ាប់រង ៣. កាលបរិច្ឆេទមានសុពលភាពនៃបណ្តុះបណ្តាលសន្យារ៉ាប់រង ៤. ចំនួនទឹកប្រាក់ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ៥. ហេតុផលនៃការតម្កើងថ្លៃបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងបន្ថែម លក្ខខណ្ឌមិនធានា ផ្អាក បដិសេធ (ប្រសិនបើមាន) ៦. ព័ត៌មានលម្អិតនៃការទាមទារសំណង (ប្រសិនបើមាន) 13.b. Do you have any insurance policy(ies) now in force, or currently proposed with this or any other company, excluding this proposal? If YES, please give details below: 1. Name of company 2. Policy number 3. Effective date 4. Sum insured 5. Reason of rated, excluded, postponed, declined (if any) 6. Details of claims (if any)</p>	<p><input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES</p>	
<p>១៣.គ. តើបណ្តុះបណ្តាលសន្យារ៉ាប់រងនេះ ជំនួសបណ្តុះបណ្តាលសន្យារ៉ាប់រងដែលមានស្រាប់ ឬទុកចោល ឬបោះបង់រួចហើយឬទេ ? 13.c. Is this policy replacing an existing/ lapsed/ surrendered policy?</p>	<p><input type="checkbox"/> ទេ/NO <input type="checkbox"/> មាន/YES</p>	

៥. ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្នកទទួលបានផល/DETAILS OF BENEFICIARIES

ឈ្មោះពេញ/Full Name	លេខអត្តសញ្ញាណ/ Identification Number	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង /Relationship to the life Insured	ចំណែក(%)/ Share(%)
១			
២			
៣			
៤			
៥			

ចំណែកសរុបរបស់អ្នកទទួលបានផលទាំងអស់ត្រូវបូកសរុបត្រឹមតែ ១០០% ប៉ុណ្ណោះ។/Total share of all beneficiaries must sum to 100% only.

៦. សេចក្តីប្រកាស/DECLARATION

១. យើងខ្ញុំត្រូវបានផ្តល់ព័ត៌មានយ៉ាងច្បាស់ថា រាល់សំណើសុំការធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ ("ពាក្យសុំ") នឹងចាប់ផ្តើមបានលុះត្រាតែបន្ទាប់ពីពាក្យសុំត្រូវបានទទួលយកជាផ្លូវការដោយក្រុមហ៊ុនទីតានស្តុនឡាយហ្វីអិនស្តុនេម.ក("ក្រុមហ៊ុន")ហើយវិញ្ញាបនបត្រធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត("វិញ្ញាបនបត្រ")ត្រូវបានចេញជូន។/
1. We have been clearly informed that all insurance proposals in this full set of Insurance Application will commence only after the Insurance Application has been officially accepted by Titan Stone Life Insurance Plc. and the Insurance Certificate has been issued.

២. យើងខ្ញុំសូមប្រកាសថា ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់នៅក្នុងពាក្យស្នើសុំ និងព័ត៌មានណាមួយពាក់ព័ន្ធនឹងពាក្យស្នើសុំ ដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តុន ឡាយហ្វី ឬគ្រូពេទ្យពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ក្រុមហ៊ុនគឺមានភាពពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវ ហើយគ្មានព័ត៌មានគួរឲ្យកត់សម្គាល់ណាមួយត្រូវបានដកចេញឡើយ។ យើងខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលបានលាតត្រដាងនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំព្រមទាំងព័ត៌មានសុខភាពដទៃទៀតដែលយើងខ្ញុំបានផ្តល់ដល់ក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តុន ឡាយហ្វី ឬគ្រូពេទ្យពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តុន ឡាយហ្វី

ជាកត្តាដ៏សំខាន់សម្រាប់ឲ្យក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តូន ឡាយហ្វី ធ្វើការវាយតម្លៃលើលក្ខខណ្ឌធានារ៉ាប់រងនានា និងជាមូលដ្ឋានផ្នែកច្បាប់នៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលបានចុះកិច្ចសន្យារ៉ាប់រងភាគីទាំងពីរ។ ដូច្នេះ ការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពេញលេញ និង/ឬមិនពិត នឹងធ្វើឲ្យបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងគ្មានសុពលភាព និងចាត់ទុកជាមោឃៈ។

2. We declare that the information given in the Insurance Application and any information thereto supplied to Titan Stone Life or medical examiner of the Titan Stone Life are complete, true and that nothing material has been withheld. We understand that the information disclosed in the Insurance Application and any other health information as to the health provided by us to the medical examiner of Titan Stone Life shall be critical for the Titan Stone Life to assess insurance conditions and shall be the legal basis of the policy contracted between the two parties. Therefore, the provision of incomplete and/or falsified information shall render the policy null and void.

៣. យើងខ្ញុំសូមអនុញ្ញាត និងយល់ព្រមឱ្យក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តូន ឡាយហ្វី អ៊ិនស៊ុរ៉ង់ ទទួលបានព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ រួមបញ្ចូលទាំងការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ (ប្រសិនបើត្រូវការ) ពី គ្លីនិកពេទ្យណាមួយ មន្ទីរពេទ្យ ឬវេជ្ជបណ្ឌិតណាមួយ ដែលបានពិនិត្យ ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យព្យាបាល មើលថែយើងខ្ញុំក្នុងពេលណាមួយ ឬប្រមូលព័ត៌មានណាមួយ ដែលទាក់ទងនឹងយើងខ្ញុំ ពី ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងណាមួយ អង្គការណាមួយ ឬបុគ្គលផ្សេងទៀតដោយគ្មានការយល់ព្រម និងជូនដំណឹងបន្ថែមពីយើងខ្ញុំឡើយ។

3. We hereby authorize and grant permission to Titan Stone Life to obtain medical information including HIV anti-body status (if required) from any medical clinic, hospital or any doctor(s) who at any time has examined, diagnosed cured, attended us or collected any information concerning us from any insurance company, organization or other persons without our further consent or notification.

៤. យើងខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា ក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តូន ឡាយហ្វី អាចមានកាតព្វកិច្ចអនុវត្តតាម ឬតាមធានានុសិទ្ធិទាំងស្រុង និងផ្តាច់មុខរបស់ខ្លួន ជ្រើសរើសគោរពតាម ឬបំពេញតាម លក្ខខណ្ឌតម្រូវ ឬការពឹងទុកនៃច្បាប់ បទប្បញ្ញត្តិ បទបញ្ជា គោលការណ៍ណែនាំ ក្រមស្តង់ដារទីផ្សារ ទម្លាប់អនុវត្តន៍ និងសំណើសុំ ឬកិច្ចព្រមព្រៀងជាមួយអាជ្ញាធរសារពាណិជ្ជកម្ម អាជ្ញាធរតុលាការ អាជ្ញាធរពន្ធដារ អាជ្ញាធររដ្ឋាភិបាល និងអាជ្ញាធរនីយ័តកម្មផ្សេងទៀត ឬអង្គការស្វ័យនិយ័តកម្ម (“អាជ្ញាធរនានា” និង “អាជ្ញាធរមួយ”) នៅក្នុងយុត្តាធិការផ្សេងៗ ដែលត្រូវបានប្រកាសឲ្យប្រើ និងកែប្រែផ្សេងម្តង (“លក្ខខណ្ឌតម្រូវពាក់ព័ន្ធ”)។ ទាក់ទងនឹងបញ្ហានេះ យើងខ្ញុំយល់ព្រមថា ក្រុមហ៊ុនអាចចាត់វិធានការណាមួយ និងទាំងអស់ដើម្បីធានាអនុលោមភាព ឬការអនុវត្តតាមរបស់ខ្លួន (ទោះជាស្ម័គ្រចិត្ត ឬមិនស្ម័គ្រចិត្តក៏ដោយ) តាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវពាក់ព័ន្ធ។

4. We acknowledge that Titan Stone Life may be obliged to comply with or, at its sole and absolute discretion, choose to have regard to, observe or fulfill the application requirements or expectations of the laws, regulations, orders, guidelines, codes, market standard, good practices and requests of or agreements with public, judicial, taxation, governmental and other regulatory authorities or self-regulatory bodies in various jurisdictions as promulgated and amended from time to time. In this connection, we agree that Titan Stone Life may take any and all steps to ensure its compliance or adherence (whether voluntary or otherwise) with the application requirements.

៥. យើងខ្ញុំយល់ព្រមថា ក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តូន ឡាយហ្វី អាចលាតត្រដាងព័ត៌មានលម្អិតរបស់យើងខ្ញុំ ឬព័ត៌មានណាមួយ ដល់អាជ្ញាធរណាមួយ ទាក់ទងនឹង ឬអនុលោមតាម (ទោះជា ស្ម័គ្រចិត្ត ឬមិនស្ម័គ្រចិត្តក៏ដោយ) លក្ខខណ្ឌតម្រូវពាក់ព័ន្ធ។ ការលាតត្រដាងបែបនេះអាចត្រូវបានធ្វើឡើងដោយផ្ទាល់ ឬផ្ញើតាមរយៈទីស្នាក់ការកណ្តាលណាមួយរបស់ក្រុមហ៊ុន ឬក្រុមហ៊ុនពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត ឬតាមរបៀបណាមួយដែលក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តូន ឡាយហ្វី យល់ឃើញថាសមស្រប។ សម្រាប់គោលបំណងខាងលើនិងទោះជាមានបញ្ញត្តិដទៃផ្សេងនៅក្នុងកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ ឬកិច្ចព្រមព្រៀងដទៃទៀតរវាងក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តូន ឡាយហ្វី ក៏ដោយ ក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តូន ឡាយហ្វី អាចត្រូវការឲ្យយើងខ្ញុំផ្តល់ឲ្យក្រុមហ៊ុននូវព័ត៌មានបន្ថែម ដែលចាំបាច់សម្រាប់ការលាតត្រដាងដល់អាជ្ញាធរណាមួយហើយយើងខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មាននោះដល់ក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តូន ឡាយហ្វី ក្នុងអំឡុងពេលមួយដែលត្រូវបានតម្រូវដោយសហគុណ ល។ ក្នុងកម្រិតពេញលេញបំផុត ដែលច្បាប់អនុញ្ញាត យើងខ្ញុំយល់ព្រមបោះបង់សិទ្ធិរបស់យើងខ្ញុំ យោងតាមច្បាប់នៃប្រទេសកម្ពុជាស្តីពីការការពារព័ត៌មានឥណទាន ភាពជាឯកជន និងទិន្នន័យ ឬច្បាប់ស្តីពីការការពារទិន្នន័យពាក់ព័ន្ធដែលមានជាធរមានក្នុងពេលណាមួយ។

5. We agree that Titan Stone Life may disclose our particulars or any information to any authority in connection or adherence (whether voluntary or otherwise) with the application requirements. Such disclosure may be effected directly or sent through any of its Head Office(s) or other related corporations or in such manner as Titan Stone Life deems fit. For the purposes of the foregoing and notwithstanding any other provision in this agreement or any other agreements with the Titan Stone Life, Titan Stone Life may need us to provide it with further information as may be required for disclosure to any authority and we shall provide the same to Titan Stone Life within such time as may be reasonably required. We hereby agree to the fullest extent permitted by law to waive our rights under Cambodia's laws on credit information, privacy and data protection or any applicable data protection legislation from time to time in force.

៦. ទោះជាមានបញ្ញត្តិដទៃទៀតនៅក្នុងកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ ឬកិច្ចព្រមព្រៀងដទៃទៀតរវាងក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តូន ឡាយហ្វី ក៏ដោយ យើងខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់ដល់ក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តូន ឡាយហ្វី នូវជំនួយដែលចាំបាច់ ដើម្បីឲ្យក្រុមហ៊ុនអាចអនុវត្តតាមកាតព្វកិច្ចរបស់ខ្លួនបានយោងតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវពាក់ព័ន្ធទាំងឡាយ ដែលទាក់ទងនឹងយើងខ្ញុំ ឬបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងរបស់យើងខ្ញុំជាមួយក្រុមហ៊ុន។ យើងខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់ព័ត៌មានថ្មីបំផុតដល់ក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តូន ឡាយហ្វី ឲ្យបានទាន់ពេលវេលាទាក់ទងនឹងការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានលម្អិតណាមួយដែលផ្តល់ជូនក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តូន ឡាយហ្វី កាលពីមុន ទោះបីជានៅពេលដាក់ពាក្យស្នើសុំ ឬនៅពេលណាមួយផ្សេងទៀតក៏ដោយ។ ជាពិសេស ជាការសំខាន់ណាស់ដែលយើងខ្ញុំត្រូវជូនដំណឹងដល់ក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តូន ឡាយហ្វី ភ្លាមៗ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំជាបុគ្គលមានការផ្លាស់ប្តូរ សញ្ជាតិ លេខអត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួន អាសយដ្ឋាន លេខទូរស័ព្ទ ស្ថានភាពពន្ធ ឬការផ្លាស់ប្តូរនិវេសន៍ដ្ឋានពន្ធ ឬប្រសិនបើយើងខ្ញុំក្លាយជានិវេសន៍ជនជាប់ពន្ធនៅក្នុងប្រទេសច្រើនជាងមួយ ឬប្រសិនបើយើងខ្ញុំជាក្រុមហ៊ុន ឬប្រភេទផ្សេងទៀតនៃអង្គការ មានការផ្លាស់ប្តូរ អាសយដ្ឋានចុះបញ្ជីរបស់យើងខ្ញុំ អាសយដ្ឋានទីតាំងអាជីវកម្មរបស់យើងខ្ញុំ ម្ចាស់ភាគហ៊ុនសំខាន់ៗ កម្មសិទ្ធិកម្ម ឬអ្នកគ្រប់គ្រងស្របច្បាប់ និងទទួលបាន (ដែលកាន់កាប់ ឬគ្រប់គ្រងភាគហ៊ុន ឬផលប្រយោជន៍កម្មសិទ្ធិ ឬការគ្រប់គ្រងរបស់យើងខ្ញុំលើសពី ១០%) ស្ថានភាពពន្ធ ការផ្លាស់ប្តូរនិវេសន៍ដ្ឋានពន្ធ ឬប្រសិនបើក្លាយជានិវេសន៍ជនជាប់ពន្ធនៅក្នុងប្រទេសច្រើនជាងមួយ។ ប្រសិនបើការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះណាមួយកើតមានឡើង ឬប្រសិនបើព័ត៌មានដទៃទៀតណាមួយលេចឡើងទាក់ទងនឹងការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ ក្រុមហ៊ុនអាចចាំបាច់ត្រូវស្នើសុំឯកសារ ឬព័ត៌មានជាក់លាក់មួយចំនួនពីយើងខ្ញុំ។ ព័ត៌មាន និងឯកសារទាំងនេះ រួមមានជាអាទិ៍ លិខិតប្រកាសពន្ធ ឬទម្រង់បែបបទពន្ធដែលបំពេញ និង/ឬ ចុះហត្ថលេខាច្បាប់យ៉ាងត្រឹមត្រូវ (និងប្រសិនបើចាំបាច់ ត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយសាការី)។ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំមិនផ្តល់ឲ្យក្រុមហ៊ុននូវព័ត៌មាន ឬឯកសារដែលស្នើសុំឲ្យបានទាន់ពេលវេលា ឬប្រសិនបើព័ត៌មាន ឬឯកសារណាមួយដែលផ្តល់ជូនពុំមានបច្ចុប្បន្នភាព មិនត្រឹមត្រូវ ឬមិនពេញលេញទេនោះ យើងខ្ញុំយល់ព្រមថា អត្ថប្រយោជន៍មួយចំនួន ឬទាំងអស់ យោងតាមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ អាចមិនមានសម្រាប់យើងខ្ញុំឡើយ។ ជាពិសេស យើងខ្ញុំយល់ព្រមថា ដើម្បីធានាអនុលោមភាព ឬការគោរពតាមបន្តរបស់ខ្លួនតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវពាក់ព័ន្ធក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តូន ឡាយហ្វី អាច៖ ក. កាត់ទុកប្រាក់ក្នុងចំនួនណាមួយ ដែលត្រូវបង់អោយយើងខ្ញុំ ឬអ្នកប្រតិបត្តិមរតកសាសន៍របស់យើងខ្ញុំ យោងតាមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងរបស់យើងខ្ញុំ អនុលោមតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវពាក់ព័ន្ធ និង/ឬ ទូទាត់ទឹកប្រាក់នេះដល់អាជ្ញាធរពាក់ព័ន្ធ និង/ឬ ខ. ចាត់វិធានការណាមួយ និងទាំងអស់ ប្រសិនបើក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តូន ឡាយហ្វី យល់ឃើញថាសមស្រប ដើម្បីធានាអនុលោមភាព ឬការគោរពតាមរបស់ខ្លួន (ទោះជាស្ម័គ្រចិត្ត ឬមិនស្ម័គ្រចិត្តក៏ដោយ) តាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវពាក់ព័ន្ធ ឬដើម្បីការពារផលប្រយោជន៍ស្របច្បាប់ និង/ឬ ផលប្រយោជន៍ពាណិជ្ជកម្មរបស់ខ្លួន។

6. Notwithstanding any other provision in this agreement or any other agreements with Titan Stone Life, we agree to provide Titan Stone Life with such assistance as may be necessary to enable it to comply with its obligations under all application requirements concerning us or our policies with Titan Stone Life. We agree to update Titan Stone Life in a timely manner of any change of any of the details previously provided to Titan Stone Life whether at time of application or at any times. In particular, it is very important that we notify Titan Stone Life immediately if where we are an individual, our nationality, personal identification numbers, addresses, telephone numbers, tax status or tax residency changes or if we become tax resident in more than one country or where we are a corporation or any other type of entity, our registered address, address of our place of business, substantial shareholders, legal

and beneficial owners or controllers (who own or control more than 10% of our shares or ownership interest or control), tax status, tax residency changes or if we become tax resident in more than one country. If any of these changes occurs or if any other information comes to light concerning such changes, the Titan Stone Life may need to request certain documents or information from us. Such information and documents include but are not limited to duly completed and / or executed (and, if necessary, notarized) tax declarations or forms.

If we do not provide the Titan Stone Life with the information or documents requested in a timely manner or if any information or documents provided are not up-to-date, accurate or complete we agree some or all of the benefits under this policy may not be available to us. In particular, we agree that Titan Stone Life may, in order to ensure its ongoing compliance or adherence with the application requirements:

- a) Withhold payment of any amount due to us or our executors under our policy in compliance with application requirements and/or pay the same to any relevant authority and/or
- b) Take any and all steps as Titan Stone Life deems fit to ensure its compliance or adherence (whether voluntary or otherwise) with the applicable requirements, or other wise to protect its legal and/or commercial interests.

៧. បណ្តុំសន្យារ៉ាប់រងនេះ អាចត្រូវបានបញ្ចប់ដោយក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តុន ឡាយហ្វ ដោយផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំ ឬអ្នកប្រតិបត្តិមតកសាសន៍ របស់យើងខ្ញុំក្នុងរយៈពេល៣០ថ្ងៃប្រតិទិននូវការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដោយមានបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទ ដោយការបញ្ចប់នេះត្រូវមានសុពលភាព។ ក្នុងករណីនេះប្រសិនបើមានការពាក់ព័ន្ធ ក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តុន ឡាយហ្វ នឹងប្រគល់ជូនយើងខ្ញុំវិញ តែបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងណាមួយដែលក្រុមហ៊ុន បានទទួលសម្រាប់ចំណែកដែលមិនទាន់ផុតកំណត់នៃការធានារ៉ាប់រងតែប៉ុណ្ណោះ។ ទឹកប្រាក់នេះ គឺជាកម្រិតទូទាត់ដែលបានព្រមព្រៀងគ្នា ដែលត្រូវបង់ដោយក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តុន ឡាយហ្វ ក្នុងករណីមានការបញ្ចប់ស្របតាម ប្រការនេះ ។

7. This policy may be terminated by Titan Stone Life by giving us or our executors 30 (thirty) calendar days written notice stating the date on which the termination shall be effective. In such an event, where relevant, Titan Stone Life will return to us the amount of any premium received by Titan Stone Life for the unexpired portion of insurance only. Such sum will be the agreed limit of any compensation payable by Titan Stone Life in the event of termination in accordance with this clause.

៨. យើងខ្ញុំសូមអនុញ្ញាត និងព្រមព្រៀងបន្ថែមទៀតថា ព័ត៌មានគួរលេខ (នានា) និងទិន្នន័យទាំងស្រុងដែលត្រូវបានផ្តល់នៅក្នុងពាក្យស្នើសុំ អាចត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់គោលបំណងស្របតាមច្បាប់ ដូចជាការផ្សព្វផ្សាយទីផ្សារ ការសិក្សាទីផ្សារនិងការបម្រើអតិថិជនដោយក្រុមហ៊ុន សម្ព័ន្ធក្រុមហ៊ុន ឬជាដៃគូពាណិជ្ជកម្មរបស់ក្រុមហ៊ុនដោយមិនចាំបាច់មានការយល់ព្រម និងជូនដំណឹងបន្ថែមពីយើងខ្ញុំឡើយ។ ក្រៅពីចំណុច (៥), (៦) ក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តុន ឡាយហ្វ មិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឲ្យបញ្ចេញព័ត៌មានណាមួយទៅភាគីទី៣ណាមួយឬប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននោះសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀត ដែលមិនទាក់ទងនឹងគោលបំណងទាំងឡាយខាងលើឡើយ ប្រសិនបើគ្មានការព្រមព្រៀងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនោះ ។

8. We hereby further authorize and grant permission that the full information, figure(s) and data given in the application can be used for any legal purpose of, including but not limited to, marketing, market studying and serving customers by Titan Stone Life its affiliates or business partners without our further consent or notification. Apart from point (5), (6) Titan Stone Life is not permitted to disclose any information to any third party or use it for any other purpose not related to the aforesaid purposes if it is not agreed in writing.

៩. យើងខ្ញុំសូមអះអាងថា យើងខ្ញុំមិនបានជាប់ពន្ធកាត់ទុករបស់សហរដ្ឋអាមេរិកនោះទេពីព្រោះ៖ (ក) យើងខ្ញុំត្រូវបានលើកលែងពីពន្ធកាត់ទុករបស់សហរដ្ឋអាមេរិក ឬ (ខ) យើងខ្ញុំមិនបានទទួលការជូនដំណឹងពី Internal Revenue service (IRS) ថាយើងខ្ញុំត្រូវជាប់ពន្ធកាត់ទុករបស់សហរដ្ឋអាមេរិកដែលបណ្តាលមកពីយើងខ្ញុំមិនបានរាយការណ៍ពីប្រាក់ចំណូលការប្រាក់ ឬភាគលាភទាំងអស់របស់យើងខ្ញុំ ឬ (គ) IRS បានជូនដំណឹងដល់យើងខ្ញុំថា យើងខ្ញុំលែងជាប់កាតព្វកិច្ចបង់ពន្ធកាត់ទុករបស់សហរដ្ឋអាមេរិកទៀតហើយ។

9. We certify that we are not subject to U.S backup withholding because: (a) we are exempt form U.S backup withholding, or (b) we have not been notified by the Internal Revenue Service (IRS) that we are subject to U.S backup withholding as a result of a failure to report all interest por dividends, or (c) the IRS has notified me that we are no longer subject to U.S backup withholding.

១០. យើងខ្ញុំសូមប្រកាសថា យើងខ្ញុំមិនជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងបញ្ហាការរំលោភបំពានច្បាប់និងបទប្បញ្ញត្តិដែលអនុវត្តទាក់ទងទៅនឹងការប្រឆាំងការសម្អាតប្រាក់(AML) និង ហិរញ្ញប្បទានកេរ្តិ៍រកម្ម(CFT) ឡើយ ។

10. We declare that we are not involved in matters violating applicable laws and regulations relating to the combat against money laundering (AML) and terrorism financing (CFT).

១១. យើងខ្ញុំមិនបានផ្តល់ឲ្យទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ នូវព័ត៌មានណាមួយក្រៅតែពីអ្វីដែលបានសរសេរក្នុងទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំនេះឡើយ។ “ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំ/ យើងខ្ញុំសូមប្រកាសថា ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំ/យើងខ្ញុំបានអាន/ត្រូវបានណែនាំដោយទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ និងបានយល់ពីខ្លឹមសារ សំណូមពរនានាទាំងស្រុង និងសេចក្តីប្រកាសនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ ហើយសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងនេះមានភាពពេញលេញត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដ។ ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំ ជាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត នៅក្នុងពាក្យស្នើសុំយល់ព្រមឲ្យអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ (ម្ចាស់បណ្តុំសន្យារ៉ាប់រង) ដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងជូនខ្លួនខ្ញុំផ្ទាល់។

11. We have given to your Financial Advisor no information other than what have been written in this application. “I/ We, the undersigned, declare that I/ We have read / have been advised by the Financial Advisor and have understood the entire questions, declaration in the application and hereby confirm that this information is complete, accurate and true. I, the Life Insured in the application, agree for the Policy Owner (applicant) to apply insurance for myself.”

ចុះហត្ថលេខានៅ/Signed at.....
កាលបរិច្ឆេទ/Date ថ្ងៃទី/Day.....ខែ/Month.....ឆ្នាំ/Year.....

ហត្ថលេខាម្ចាស់បណ្តុំសន្យារ៉ាប់រង/ Signature of Policy Owner	ហត្ថលេខាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ Signature of Life Insured	ហត្ថលេខាទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ Signature of Financial Advisor
ឈ្មោះពេញ/Full Name:	ឈ្មោះពេញ/Full Name:	ឈ្មោះពេញ/Full Name: