



ធានារ៉ាប់រង មេឌីក្រីមីខល សាកល
ពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រង - APPLICATION FORM



លេខសម្ងាត់/Code លេខស្នើសុំ/Proposal Number ទីប្រឹក្សាផ្នែកលក់/Producer

	-									
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

សេចក្តីណែនាំ / INTRODUCTION

លោកអ្នកត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ក្នុងការឆ្លើយសំណួរទាំងអស់អោយបានត្រឹមត្រូវ ដើម្បីអោយស្រួលយើងខ្ញុំផ្តល់ជូននូវកញ្ចប់សេវាកម្ម លក្ខន្តិក និងប្រព្រលាភ ដែលសក្តិសមបំផុតសម្រាប់លោកអ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងកម្រងសំណួរ ឬបញ្ហាទូទៅ សូមទាក់ទង មកកាន់យើងខ្ញុំ ឬអ្នកលក់ផ្ទាល់របស់លោកអ្នក។ ការផ្តល់ព័ត៌មានមិនគ្រប់លក្ខខណ្ឌ ឬមិនត្រឹមត្រូវ អាចបណ្តាលឲ្យមានការបដិសេធសំណងនៅពេលដែលមានការទាមទារសំណង។

You must take care in answering all the following questions which are relevant to us in providing this insurance and setting the terms and premium. Please contact us if you do not understand the question or the nature of the information required or please seek guidance from your broker. Failure to provide information or the provision of incomplete or inaccurate information may result in this insurance not providing cover in the event of a claim.

ព័ត៌មានលម្អិតរបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង / POLICYHOLDER'S DETAILS

ឈ្មោះពេញរបស់អ្នក / Your full name:			
អាសយដ្ឋាន និងលេខកូដប្រៃសណីយ៍ / Full address and postcode:			
ទូរស័ព្ទក្រុមហ៊ុន / Phone:		ទូរស័ព្ទដៃ / Mobile:	
សារអេឡិចត្រូនិច / Email Address:			

ព័ត៌មានលម្អិតរបស់អ្នកត្រូវបានធានា / DETAILS OF THE INSURED PEOPLE

សូមបំពេញព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រូវបានធានាក្នុងបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ដោយចាប់ផ្តើមពីម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង នៅក្នុងតារាងខាងក្រោមនេះ៖

In the table below, list all the people to be covered by the policy, starting with your details.

អ្នកស្នើសុំ / Applicant	ភេទ / Gender	ឈ្មោះ / Name	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត Date of Birth dd/mm/yyyy	ទំនាក់ទំនងជាមួយម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Relationship to you (ប្តី/ប្រពន្ធ ឬកូន) (partner or child)
ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង /Policyholder				ម្ចាស់បណ្ណ / Policyholder
អ្នកត្រូវបានធានាទី២/Insured 2				
អ្នកត្រូវបានធានាទី៣/Insured 3				
អ្នកត្រូវបានធានាទី៤/Insured 4				
អ្នកត្រូវបានធានាទី៥/Insured 5				
អ្នកត្រូវបានធានាទី៦/Insured 6				
អ្នកត្រូវបានធានាទី៧/Insured 7				
អ្នកត្រូវបានធានាទី៨/Insured 8				
អ្នកត្រូវបានធានាទី៩/Insured 9				

ប្រវត្តិជំងឺ / MEDICAL HISTORY

តើលោកអ្នក ឬអ្នកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងណាមួយដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ មានបញ្ហាជំងឺឬក្រោមការអង្កេតរយៈពេល ១០ឆ្នាំចុងក្រោយនេះ ឬ កំពុងតាមដានសុខភាពដែរឬទេ? សូមគូសនៅក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម។

Have you or any of the insured people stated above had any of the following in the last 10 years, or are currently being investigated for any of them? Please tick the relevant box or boxes below.



ធានារ៉ាប់រង មេឌីគ្រីទីវល ភាគល

ពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រង - APPLICATION FORM



- ជំងឺមហារីក ឬការលូតលាស់នៃជំងឺសាច់កាច ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងជំងឺហាស់ត្លីន (Hodgkin)/ Cancer or any type of malignant growth, including Hodgkin's disease.
- គ្រប់ប្រភេទជំងឺសាច់ ឬជំងឺសនៅក្នុងខួរក្បាល ឬលលោងក្បាល / Any kind of tumour or cyst within the brain or skull.
- ជំងឺមហារីកគ្រាប់ឈាម ឬជំងឺឈាមដែលត្រូវធ្វើការព្យាបាលលើសពីមួយខែ / Leukaemia or any blood disorder needing treatment for more than a month.
- គ្រប់ប្រភេទជំងឺចេះដូង / Any form of heart disease
- ជំងឺដាច់សរសៃឈាម ឬឈាមហូរក្នុងខួរក្បាល / A stroke or bleeding into the brain.
- គ្រប់ប្រភេទជំងឺទឹកនោមផ្អែម / Any form of diabetes.

ម្ចាស់បញ្ញត្តិសន្យារ៉ាប់រង /Your (Policyholder)	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស /Yes	<input type="checkbox"/> ទេ /No	អ្នកត្រូវបានធានាទី២ /Insured 2	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស /Yes	<input type="checkbox"/> ទេ /No	អ្នកត្រូវបានធានាទី៣ /Insured 3	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស /Yes	<input type="checkbox"/> ទេ /No
អ្នកត្រូវបានធានាទី៤ /Insured 4	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស /Yes	<input type="checkbox"/> ទេ /No	អ្នកត្រូវបានធានាទី៥ /Insured 5	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស /Yes	<input type="checkbox"/> ទេ /No	អ្នកត្រូវបានធានាទី៦ /Insured 6	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស /Yes	<input type="checkbox"/> ទេ /No
អ្នកត្រូវបានធានាទី៧ /Insured 7	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស /Yes	<input type="checkbox"/> ទេ /No	អ្នកត្រូវបានធានាទី៨ /Insured 8	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស /Yes	<input type="checkbox"/> ទេ /No	អ្នកត្រូវបានធានាទី៩ /Insured 9	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស /Yes	<input type="checkbox"/> ទេ /No

ក្រៅពីសំណួរដែលមានខាងលើ រាល់ករណីដែលមានស្រាប់មុនពេលធានារ៉ាប់រងចាប់ផ្តើម មិនត្រូវបានធានាក្នុងបញ្ញត្តិសន្យារ៉ាប់រង មេឌីគ្រីទីវល ភាគលនេះទេ។
Notwithstanding the questions in this proposal form, all pre-existing conditions are excluded under this MediCritical Worldwide policy.

ម្ចាស់បញ្ញត្តិសន្យារ៉ាប់រង និងអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងត្រូវចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម (ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានធានាមានអាយុក្រោម ១៨ឆ្នាំ ឪពុក/ម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់មានសិទ្ធិចុះហត្ថលេខាជំនួសពួកគេ)។ ការចុះហត្ថលេខាមានន័យថា លោកអ្នកយល់ព្រមថា៖

You and each insured must sign below. (If any insured is under 18, a parent or legal guardian must sign for them.) By signing, each of you is confirming the following:

- ខ្ញុំបានអាន និងយល់អត្ថន័យនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងខាងលើ ហើយខ្ញុំសូមអះអាងទៀតថាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូនពិតជាត្រឹមត្រូវយ៉ាងពិតប្រាកដ និងបានយកចិត្តទុកដាក់មិនឲ្យមានកំហុសក្នុងការប្រកាសព័ត៌មាន ដែលបានស្នើសុំដោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ហួតតេ។
 I have read through this filled-in application and, as far as I know and believe, the answers are true, correct and complete and have taken care not to make any misrepresentation in the disclosing of information requested by the Insurer.
- ខ្ញុំយល់ដឹងថាវាជាទំនុកចិត្តខ្លួនខ្ញុំស្រាប់ផ្ទាល់ខ្លួនក្នុងការបំពេញ និងផ្តល់ជូននូវព័ត៌មានទាំងអស់ ដែលមាននៅក្នុងពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងនេះ។ ប្រសិនបើសេចក្តីប្រកាសខាងលើមិនពិត មិនត្រឹមត្រូវ ឬមានការកែប្រែបន្តិចណាមួយ នោះបញ្ញត្តិសន្យារ៉ាប់រង ឬការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំអាចប្រែប្រួល ឬបញ្ញត្តិសន្យារ៉ាប់រងត្រូវលុបចោលទាំងស្រុង។
 I understand that it is my personal responsibility to fully and completely give all the information requested when answering the questions in this proposal form. If I fail to comply with this, then the cover provided by my policy or the premium charged may be altered or the policy cancelled.

ហត្ថលេខា ម្ចាស់បញ្ញត្តិសន្យារ៉ាប់រង /Your signature (Policyholder)	កាលបរិច្ឆេទ /Date
អ្នកត្រូវបានធានាទី២ /Insured 2	អ្នកត្រូវបានធានាទី៦ /Insured 6
អ្នកត្រូវបានធានាទី៣ /Insured 3	អ្នកត្រូវបានធានាទី៧ /Insured 7
អ្នកត្រូវបានធានាទី៤ /Insured 4	អ្នកត្រូវបានធានាទី៨ /Insured 8
អ្នកត្រូវបានធានាទី៥ /Insured 5	អ្នកត្រូវបានធានាទី៩ /Insured 9

ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់ ហួតតេ នឹងមិនផ្តល់ការធានាអ្វីទាំងអស់ លុះត្រាតែពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងនេះត្រូវបានទទួលស្គាល់ដោយក្រុមហ៊ុន ហើយបុព្វលាភត្រូវបានបង់។ ក្រុមហ៊ុនសុំរក្សាសិទ្ធិក្នុងការបដិសេធពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រង។
 No cover is in force until this proposal is accepted by the insurer and the premium is paid. The insurer reserves the right to decline any insurance proposal.



ធានារ៉ាប់រង មេឌីគ្រីមីខល សាកល
ពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រង - APPLICATION FORM



ការគាំពារទិន្នន័យ / DATA PROTECTION

ព័ត៌មានដែលផ្តល់ជូនក្នុងពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងនេះ រួមជាមួយរបាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ និងរាល់ព័ត៌មានផ្សេងៗទៀតដែលទទួលបានពីលោកអ្នក ឬភាគីដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងបណ្តាញសន្យារ៉ាប់រងនេះ នឹងត្រូវបានប្រើដោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងក្នុងគោលបំណងវាយតម្លៃលើពាក្យស្នើសុំ ប្រតិបត្តិការធានារ៉ាប់រង (ដោយរួមបញ្ចូលទាំងការវិភាគពាក្យស្នើសុំ រដ្ឋបាល ការទាមទារសំណង និងការដោះស្រាយបញ្ហារបស់អតិថិជន) ការស្វែងរក និងការការពារការក្លែងបន្លំ។

The information provided on this form, together with medical and any other information obtained from you or from other parties about you in connection with this policy, will be used by the Insurer for the purposes of determining your application, the operation of insurance (which includes the process of underwriting, administration, claims management and customer concerns handling) and fraud protection and detection.

នៅពេលដែលលោកអ្នកបំពេញព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ មានន័យថាលោកអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ហួតតេ ធ្វើដំណើរការលើទិន្នន័យផ្ទាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក (ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្ទាល់ខ្លួន) បញ្ជូនទិន្នន័យផ្ទាល់ខ្លួនទៅក្រៅប្រទេសក្នុងគោលបំណងដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ ទៅអ្នកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យផ្សេងៗ។

By completing and submitting this form, you consent to the processing of any personal data about you, including sensitive personal data, the transfer of such personal data about you overseas for these purposes as set out in this notice by the Insurer and any other data controllers to which the personal data are transferred or disclosed for these purposes.

ព័ត៌មានអាចត្រូវបានចែករំលែកក្នុងគោលបំណងខាងលើ ពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងហួតតេ ទៅក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងដទៃទៀត ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងបន្ត អន្តរការីធានារ៉ាប់រង និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម។ ភាគីដែលពាក់ព័ន្ធទាំងនេះ មានសិទ្ធិគ្រប់គ្រងទិន្នន័យរបស់លោកអ្នក។

Information may be shared by the Insurer for these purposes with group companies and third party insurers, reinsurers, insurance intermediaries and service providers. Such parties may become data controllers in respect of your personal data.

ទិន្នន័យផ្ទាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នកនឹងត្រូវបានដំណើរការដោយយុត្តិធម៌ និងដោយសំខាន់ស្របទៅតាមច្បាប់។ ទិន្នន័យផ្ទាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នកអាចទៅដល់ដៃអ្នកដែលត្រូវការវាតែប៉ុណ្ណោះ។ ឧទាហរណ៍ ទិន្នន័យសំខាន់ៗផ្ទាល់ខ្លួន ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ នឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្នុងគោលបំណងនៃការវាយតម្លៃ (underwriting) ឬការទាមទារសំណង (claim management) តែ ប៉ុណ្ណោះ។

Your personal data will be processed fairly and securely in accordance with the Data Protection Act 1998. Your personal data will only be available to those who need to see it. For example, sensitive data, such as medical records will be used for the purposes of underwriting or claim management only.

លោកអ្នកអាចទទួលបានឯកសារចម្លងនូវរាល់ទិន្នន័យផ្ទាល់ខ្លួន នៅពេលដែលបានដាក់បិទិតស្នើសុំមកកាន់អាសយដ្ឋានខាងក្រោម៖

You are entitled to a copy of all your personal data upon receipt of a written request to the following address:

ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ហួតតេ (កម្ពុជា) ភីអិលស៊ី
 អគារវិញ្ញាណ ជាន់ទី១៨ អគារ១៦ មហាវិថីព្រះមុនីវង្ស សង្កាត់វត្តភ្នំ ខណ្ឌដូនពេញ រាជធានីភ្នំពេញ ប្រទេសកម្ពុជា
 ទូរស័ព្ទ ៖ (+៨៥៥) ២៣ ៨៨៥ ០៧៧ / ០៦៦
 ទូរសារ ៖ (+៨៥៥) ២៣ ៨៨៦ ៧២២ / ៨៨២ ៧៨៨
 គេហទំព័រ ៖ www.forteinsurance.com

Forte Insurance (Cambodia) Plc.
 Vattanac Capital, Level 18, No.66 Monivong Blvd, Sangkat Wat Phnom, Khan Daun Penh, Phnom Penh City, Kingdom of Cambodia.
 Tel: (+855) 23 885 077 / 066
 Fax: (+855) 23 986 922 / 882 798
www.forteinsurance.com