

**ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង  
ធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតមានកាលកំណត់ជាក្រុម**

<p><b>កំណត់សម្គាល់សំខាន់</b> ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងនេះត្រូវបានចេញដោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត <b>ហ្វតេ ឡាយហ្វី អ៊ីស្ត្រុនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក</b>។ ដើម្បីការពារផលប្រយោជន៍របស់លោកអ្នក សូមប្រាកដថាអ្នកបំពេញ និងប្រគល់ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងនេះជាមួយនិងឯកសារគាំទ្រក្នុងរយៈពេល 30 (សាមសិប) ថ្ងៃ សម្រាប់ក្រុមហ៊ុនក្នុងការពិនិត្យមើលការទាមទារ និងកំណត់ការទទួលខុសត្រូវរបស់យើង។</p>			
<p><b>ផ្នែកទី១ ព័ត៌មានបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង</b></p>			
<p>លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង</p> <p>.....</p>		<p>ឈ្មោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង</p> <p>.....</p>	
<p>អាសយដ្ឋាន (ការិយាល័យកណ្តាល/សាខា)</p> <p>.....</p>			
<p>ឈ្មោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង</p> <p>.....</p>	<p>មុខដំណែង</p> <p>.....</p>	<p>លេខទំនាក់ទំនង</p> <p>.....</p>	
<p><b>ផ្នែកទី២ ព័ត៌មានអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត</b></p>			
<p>ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត</p> <p>.....</p>	<p>ភេទ</p> <p>.....</p>	<p>ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ កំណើត</p> <p>.....</p>	<p>អាយុ</p> <p>.....</p>
<p>ការងារ/មុខរបរ</p> <p>.....</p>		<p>កាលបរិច្ឆេទក្លាយជាបុគ្គលិក</p> <p>.....</p>	
<p>អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅ</p> <p>.....</p>			
<p><b>ផ្នែកទី៣ ព័ត៌មានអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត</b></p>			
<p><b>សូមគូស (✓) ប្រភេទនៃសំណងដូចខាងក្រោម</b></p>			
<p><b>ការទាមទារសំណងទៅលើ៖</b></p> <p><input type="checkbox"/> មរណភាព</p> <p><input type="checkbox"/> ពីការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍</p> <p><input type="checkbox"/> ពីការភាពដោយផ្នែក និងជាអចិន្ត្រៃយ៍</p>		<p><b>ការទាមទារសំណងនេះកើតចេញពីមូលហេតុនៃការបាត់បង់៖</b></p> <p><input type="checkbox"/> ជំងឺ</p> <p><input type="checkbox"/> គ្រោះថ្នាក់</p>	
<p><b>សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម</b> (ក ប្រសិនបើការបាត់បង់បណ្តាលមកពី ជំងឺ / ខ ប្រសិនបើការបាត់បង់បណ្តាលមកពី គ្រោះថ្នាក់)</p>			
<p><b>ក ព័ត៌មានការបាត់បង់បណ្តាលមកពី ជំងឺ</b></p>			
<p>រោគវិនិច្ឆ័យ</p> <p>.....</p>		<p>កាលបរិច្ឆេទបាត់បង់</p> <p>.....</p>	
<p>កាលបរិច្ឆេទចូលមន្ទីរពេទ្យ</p> <p>.....</p>		<p>កាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យ</p> <p>.....</p>	
<p>កាលបរិច្ឆេទចុងក្រោយនៃការពិគ្រោះយោបល់</p> <p>.....</p>	<p>ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ</p> <p>.....</p>	<p>លេខទំនាក់ទំនងមន្ទីរពេទ្យ</p> <p>.....</p>	

អាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ

.....

.....

.....

ទីកន្លែងបាត់បង់

.....

តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតធ្លាប់បានឈប់សម្រាកព្យាបាលជាប់ៗគ្នាជាងលើសពី ២ សប្តាហ៍ដែរ ឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម៖

.....

.....

.....

.....

.....

តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតចាប់ផ្តើមមានរោគសញ្ញាតាំងពីពេលណាមក? សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម៖

.....

.....

.....

.....

តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតធ្លាប់បានទៅពិនិត្យសុខភាពជាប្រចាំដែរ ឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម៖

.....

.....

.....

សូមពណ៌នាអំពីរោគសញ្ញា និងព្រឹត្តិការណ៍ ៦ ម៉ោង មុនពេលបាត់បង់របស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតនៅខាងក្រោម៖

.....

.....

.....

សូមពណ៌នាអំពីរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិច នៅខាងក្រោម៖

.....

.....

**ខ ព័ត៌មានការបាត់បង់បណ្តាលមកពី គ្រោះថ្នាក់**

មូលហេតុនៃគ្រោះថ្នាក់	កាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់	កាលបរិច្ឆេទបាត់បង់
.....	.....	.....

ទីកន្លែងបាត់បង់

.....

កាលបរិច្ឆេទចូលមន្ទីរពេទ្យ	កាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យ
.....	.....

កាលបរិច្ឆេទចុងក្រោយនៃការពិគ្រោះយោបល់	ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ	លេខទំនាក់ទំនងមន្ទីរពេទ្យ
--------------------------------------	------------------	--------------------------

អាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ

.....

.....

សូមពណ៌នាអំពីរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិច នៅខាងក្រោម៖

.....

.....

.....

**កំណត់សម្គាល់សំខាន់នៃការទាមទារសំណង**  
 អ្នកទាមទារសំណង ឬម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងត្រូវភ្ជាប់មកជាមួយនូវរបាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ រួមទាំងប៉ុន្តែមិនកំណត់ចំពោះ វិញ្ញាបនបត្រវេជ្ជសាស្ត្រ ឬរបាយការណ៍ រីក័យប័ក្រ ដើម/បង្កាន់ដៃ វេជ្ជបញ្ជា លទ្ធផលតេស្ត (CT Scan, X-Ray, MRI, Lab Test, Echo, ECG, ។ល។) និង ឯកសារផ្សេងៗទៀតដែលទាមទារដោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង អាយុជីវិត **ហ្វតតេ ឡាយហ្វ អ៊ីស្ត្រុនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក** ដែលទាក់ទងនឹងជំងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់។ របាយការណ៍ប៉ូលីសត្រូវផ្តល់ជូនក្នុងករណីមានឧបទ្វរហេតុ ឬតម្រូវការណាមួយពីក្រុមហ៊ុន។

**ផ្នែកទី៤ ព័ត៌មានរបស់អ្នកទទួលបាន**

ឈ្មោះអ្នកទទួលបាន	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែន	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត	លេខទំនាក់ទំនង

**ការអះអាងរបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យាធានារ៉ាប់រង**

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំទទួលស្គាល់ និងបញ្ជាក់ថា៖

- ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលយើងបានផ្តល់គឺពិតជាត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ។
- សារតាមនៃអ្នកទទួលបានដែលមានឈ្មោះត្រូវបានពិនិត្យ និងបញ្ជាក់ពីភាពស្របច្បាប់របស់អ្នកទទួលបានរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត។
- អនុញ្ញាតឲ្យក្រុមហ៊ុនប្រើប្រាស់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូននេះ តាមតម្រូវការដោយអាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ច និង/ឬបទប្បញ្ញត្តិជាធរមាន។

ជនណាដែលមាន ចេតនាភ្លែងបន្លំមកកាន់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត ហ្វតតេ ឡាយហ្វ អ៊ីស្ត្រុនស៍។ ឬបុគ្គលណាមួយដាក់ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង ដែលមានព័ត៌មានមិនពិត ឬលាក់បាំងក្នុងគោលបំណងបំបាត់ ព័ត៌មានណាមួយទាក់ទងនឹងការទាមទារសំណង គឺជាបទឧក្រិដ្ឋ។

**ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលទទួលបានសិទ្ធិ និងគ្រាបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង**

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ មុខដំណែង \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_