

បែបបទប្រកាសសុខភាព/ HEALTH DECLARATION FORM

កាលបរិច្ឆេទ/ Date:

ថ្ងៃ / Day	ខែ / Month	ឆ្នាំ / Year

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ Policy Number

ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ Policy Owner

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ Details of Life Assured

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី ១/ LIFE ASSURED 1

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី ២/ LIFE ASSURED 2

ឈ្មោះពេញតាមអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ លិខិតឆ្លងដែន
Full name as on ID Card/Passport (Capital Letter)

 ភាសាខ្មែរ

 ភាសាខ្មែរ

កម្ពស់/ ទម្ងន់ / Height/Weight

 ភាសាអង់គ្លេស

 ភាសាអង់គ្លេស

មុខរបរ/Occupation

កម្ពស់/Height	ទម្ងន់ /Weight

កម្ពស់/Height	ទម្ងន់ /Weight

ភារកិច្ចពិតប្រាកដ/ Exact duty

សេចក្តីប្រកាសសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ HEALTH DECLARATION FOR LIFE ASSURED

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី ១ LIFE ASSURED 1

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី ២ LIFE ASSURED 2

(សូមគូស ក្នុងប្រអប់សមស្រប/ Please tick the appropriate box)

	ទាន NO	មាន YES	បើមាន សូមរៀបរាប់លម្អិត If "Yes", please give details	ទាន NO	មាន YES	បើមាន សូមរៀបរាប់លម្អិត If "Yes", please give details
1 តើមានសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់របស់លោកអ្នក (ឪពុក ម្តាយ បងប្អូន) មាន ឬស្លាប់ដោយសារជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺតម្រងនោម ជំងឺផ្លូវចិត្ត ជំងឺមហារីក ។ល។ ដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់ឲ្យបានលម្អិត។ 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 1.1 ទំនាក់ទំនង/ Relationship 1.2 ជំងឺ(ធានា)/ Disease(s) 1.3 នៅរស់ ឬស្លាប់?/ Living or dead? 1.4 ចាប់ផ្តើមនៅអាយុ/ Onset age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

ប្រសិនបើចម្លើយ "បាទ" នៅសំណួរទី២ ឬទី៣ សូមបញ្ជាក់ពីទំនួន និងផ្តល់សេចក្តីលម្អិត ពាក់ព័ន្ធនឹងសភាពជំងឺ ការវះកាត់ ឬការព្យាបាល កាលបរិច្ឆេទ និងរយៈពេល សភាពធ្ងន់ធ្ងរ និងលទ្ធផល ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់គ្រូពេទ្យព្យាបាល គ្លីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យ។
 If YES to question 2 or 3 below, please indicate the number and give details as to the nature of illness, operation or treatment, date and duration, severity and results, name and address of attending physician, clinics or hospitals.

	ទិន្នន័យ NO	បាទ YES	បើបាទ សូមរៀបរាប់លម្អិត If "Yes", please give details	ទិន្នន័យ NO	បាទ YES	បើបាទ សូមរៀបរាប់លម្អិត If "Yes", please give details
2 តើលោកអ្នកធ្លាប់/ Have you ever: 2.1 ឆ្លុះកាំស្រីក្នុងមានការតត្រាចលនាបេះដូងដោយប្រើ ចរន្តអគ្គីសនី ការវិភាគឈាម ឬការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺទៀត ដែរឬទេ?/ Had X-ray, electrocardiogram, blood studies or other diagnostic test? 2.2 ទៅមន្ទីរពេទ្យ គ្លីនិក អនាម័យដ្ឋាន ឬវិទ្យាស្ថានដើម្បីធ្វើការអង្កេតរក រោគវិនិច្ឆ័យ វះកាត់ ឬព្យាបាល ដែរឬទេ?/ Been in a hospital, clinic, sanitarium, or institute for observation, diagnosis, operation or treatment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

<p>2.3 បាន ឬត្រូវបានប្រាប់ថា លោកអ្នកមានជំងឺអេដស៍ ភាពស្មុគស្មាញទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ ឬស្ថានភាពទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ ដែរឬទេ? / Had or been told you had AIDS, AIDS-related complex or AIDS-related conditions?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>2.4 មានទម្រង់ណាមួយនៃជំងឺកាមរោគដូចជា រោគស្វាយ និងរោគស្វាយប្រមេះ? តើមានបញ្ហាណាមួយអំពីរបៀបរស់នៅរបស់លោកអ្នក ដែលអាចឲ្យអ្នកប្រឈមនឹងហានិភ័យកើតជំងឺអេដស៍ដែរឬទេ? / Had any form of sexually transmitted disease such as syphilis and gonorrhea? Is there anything about your lifestyle which could expose you to risks of AIDS?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>2.5 បានធ្វើតេស្តរកមើលភ្នាក់ងារប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ឃើញថាវិជ្ជមានដែរឬទេ? / Been tested positive for antibodies the AIDS virus?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>2.6 មានភាពមិនប្រក្រតី ការខូចរូបរាង ជំងឺ ឬវិបល្លាស ឬក៏លោកអ្នកកំពុងទទួលការព្យាបាល ឬទទួលខុសត្រូវ ប្រភេទណាមួយ ឬទេ? / Any abnormality, deformity, disease or disorder, or are you receiving treatment or taking medication of any kind?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>2.7 ធ្លាប់ពិសាភេសជ្ជៈ: មានជាតិអាល់កុលហ្វូស្កាត ប្រើប្រាស់ឱសថ ដែលបង្កើតជាទម្លាប់ ឬស្វែងរកជំនួយ ឬការព្យាបាលចំពោះការញៀនគ្រឿងស្រវឹង ទម្លាប់ប្រើប្រាស់ឱសថ ឬការញៀនដទៃទៀតដែរឬទេ? / Ever 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"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>2.8 ជក់បារីក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅដែរឬទេ? ប្រសិនបើធ្លាប់/ Smoked cigarettes within the past year? If YES, តើលោកអ្នកបានជក់បារីអស់រយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំហើយ? How many years have you smoked cigarettes? ចំនួនបារីជាមធ្យមដែលលោកអ្នកជក់ជារៀងរាល់ថ្ងៃ/ Average number of cigarettes daily</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3 តើលោកអ្នកធ្លាប់មាន ឬត្រូវបានប្រាប់ថាលោកអ្នកមាន ឬបានស្វែងរកជំនួយចំពោះ: / Have you ever had or been told that you had, or sought advice for:

	មិនធ្លាប់	ធ្លាប់	ប្រសិនបើធ្លាប់ សូមរៀបរាប់លម្អិត	មិនធ្លាប់	ធ្លាប់	ប្រសិនបើធ្លាប់ សូមរៀបរាប់លម្អិត
	NO	YES	If "Yes", please give details	NO	YES	If "Yes", please give details
<p>3.1 អាការៈវិលមុខ ធ្លាក់ស្បែក ជំងឺឆ្លុះឆ្លុះ វិកលចរិត ឈឺក្បាលធ្ងន់ធ្ងរ ឬជំងឺណាមួយ ឬក៏ជំងឺពាក់ព័ន្ធនឹងប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ ដែរឬទេ? / Dizziness, fainting spells, epilepsy, nervous breakdown, severe headaches, or any disease or disorder of the brain or nervous system?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>3.2 ជំងឺហឺត តឹងច្រមុះ ក្អកក្អិន កូតឈាម របេង ឬជំងឺណាមួយ ឬក៏ជំងឺស្បែកនៃប្រព័ន្ធដំណកដង្ហើម ដែរឬទេ? / Asthma, hay fever, chronic cough, spitting of blood, tuberculosis or any disease or disorder of the lungs or respiratory system?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>3.3 ជំងឺលើសឈាម ដាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល ឈឺច្រូងដកដង្ហើមចប់ៗ សម្លេងញ័ររបេះដូង ឬជំងឺណាមួយ ឬជំងឺបេះដូង ឬប្រព័ន្ធរបត់ឈាម ដែរឬទេ? / High blood pressure, stroke, chest pain, shortness of breath, heart murmur, or any disease or disorder of the heart or circulatory system?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3.4 ជំងឺណាមួយ ឬជំងឺចំណង់រំលាយអាហារ ក្រពះ ពោះវៀនតូច ពោះវៀនធំ ចុងពោះវៀន ខ្លួងពោះវៀន ធ្មើម ឬប្រមាត់ ជាល ដែរឬទេ? / Any disease or disorder of the oesophagus, stomach, intestines, bowel, rectum, appendix, liver, gall bladder or spleen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.5 ជំងឺរលាកតម្រងនោម ក្រសក្កងតម្រងនោម ឬជំងឺណាមួយ ឬក៏ជំងឺ តម្រងនោម ធ្លាក់នោម ឬក្រពេញប្រូស្តាត ដែរឬទេ? / Nephritis, kidney stones, or any disease or disorder of the kidney, bladder or prostate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.6 ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ក្រពេញទីរ៉ូអ៊ីត ឬជំងឺក្រពេញអង់ដូគ្រីន ដែរឬទេ? / Diabetes, thyroid or other endocrine disorders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.7 ជំងឺរលាកសន្លាក់ឆ្អឹង ជំងឺឈឺសន្លាក់ឆ្អឹង ឬជំងឺណាមួយ ឬក៏ភាពមិនប្រក្រតី ផ្នែកខ្នង ឆ្អឹងខ្នង ឆ្អឹង សន្លាក់ ឬសាច់ ដុំ ដែរឬទេ? / Arthritis, rheumatism, or any disease or disorder of the back, spine, bones, joints or muscles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.8 មហារីក ឬដុំសាច់ ដំបៅក្រពះប្រភេទណាមួយ ដែរឬទេ? Cancer or a tumor or ulcer of any kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.9 ជំងឺហើមសរសៃវ៉ែន ដំបៅសរសៃវ៉ែន ឬរលាកសរសៃវ៉ែន ឬជំងឺក្លិនប្រភេទណាមួយ ដែរឬទេ? / Varicose veins, varicose ulcers or phlebitis or hernia of any kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.10 ជំងឺស្លឹ (ជំងឺសើស្បែកម្យ៉ាង) ឬជំងឺស្វ័យប្រព័ន្ធភាពស្រាំដទៃទៀត និង ជំងឺខ្លះណាមួយ ឬជំងឺឈាមដទៃទៀតដែរឬទេ? / SLE or other autoimmune diseases? Anaemia or other blood diseases?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.11 ជំងឺណាមួយ ឬជំងឺភ្នែក ត្រចៀក ត្រមុះ ឬបំបង់កដៃ ឬទេ? / Any disease or disorder of the eyes, ears, nose or throat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.12 រោគ ជំងឺ របួសធ្ងន់ធ្ងរ ឬការវះកាត់ផ្សេងទៀតដែលមិន បានបញ្ជាក់ខាងលើដែរឬទេ? / Any other serious illness, disease or injury or surgery not mentioned above?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4 សម្រាប់ស្ត្រីតែប៉ុណ្ណោះ / FOR FEMALE ONLY

	គ្មាន NO	មាន YES	បើមាន សូមរៀបរាប់លម្អិត If "Yes", please give details	គ្មាន NO	មាន YES	បើមាន សូមរៀបរាប់លម្អិត If "Yes", please give details
4.1 តើអ្នកកំពុងមានផ្ទៃពោះឬទេ? ប្រសិនបើមាន តើប៉ុន្មានខែ? ២ខែ ៣ខែ ៤ខែ ។ល។? សូមបញ្ជាក់ Are you pregnant? If YES, how many months? 2 months, 3 months, 4 months, etc? Please state	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2 មានភាពមិនប្រក្រតីណាមួយលើការមានផ្ទៃ ពោះ សុដន់ ឬសរីរាង្គបន្តពូជដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់សេចក្តីលម្អិត។ / Any abnormality in menstruation, pregnancy, of the breast or reproductive organs? If YES, give details.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5 តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងមាន ការផ្លាស់ប្តូរមុខរបរ កន្លែងស្នាក់នៅ ដំណើរកំសាន្តគិតពីកាលបរិច្ឆេទ ដាក់ពាក្យស្នើសុំ ការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងចុងក្រោយ?
Has the Life Assured changed his/her occupation/ Residence/ Avocation from the date of Application date/ Last revival?
 ប្រសិនបើមាន គឺជាមុខរបរ (ឧទាហរណ៍៖ រោងចក្រសារធាតុគីមី មីន ការផ្ទុះ ថាមពលកម្មរស្មី គីមីឆាប់រលាយ។/ ដំណើរកំសាន្ត (ឧទាហរណ៍៖ អាកាសចរណ៍ លើកលែងតែជាអ្នកដំណើរបង់ប្រាក់ លោតទឹក ឡើងភ្នំ ទម្រង់ជាការប្រណាំងណាមួយ) មានការផ្សារភ្ជាប់ជាមួយនឹងគ្រោះថ្នាក់ជាក់លាក់ ឬមានហានិភ័យណាមួយ។
 If yes, is the occupation (e.g. chemical factory, mines, explosives, radiation, corrosive chemicals)/ avocation (e.g. aviation, other than as a fare paying passenger, diving, mountaineering, any form of racing, etc.) associated with any specific hazard/ risk.
 សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត៖ / Please give details:

ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ សូមប្រកាសថា ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ម្ចាស់ហត្ថលេខាខាងក្រោម បានអាន/ត្រូវបានណែនាំដោយទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត និងបានយល់ពីខ្លឹមសារសំណួរនានាទាំងស្រុង និងសេចក្តីប្រកាសសុខភាពនេះ ហើយសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានទាំងនេះមានភាពពេញលេញ ត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដ។ ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំ ជាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងបែបបទប្រកាសសុខភាពនេះ យល់ព្រមឲ្យអ្នកស្នើសុំ (ម្ចាស់បញ្ញត្តិសុខភាពរ៉ាប់រង) ដាក់ពាក្យសុំបន្តសុពលភាពបញ្ញត្តិសុខភាពរ៉ាប់រងជូនខ្លួនខ្ញុំផ្ទាល់។

I/we, the undersigned, hereby declare that I/we read/ to be advised by the Life Insurance Specialist/ Life Insurance Consultant and have understood the entire questions and declaration in this Health Declaration form and confirm that this provided information is complete, accurate and true. I/we – the Life Assured in this Health Declaration form agree for the Applicant (Policy Owner) to apply reinstatement for myself/ourself.

ហត្ថលេខាម្ចាស់បញ្ញត្តិសុខភាពរ៉ាប់រង / Signature of Policy Owner

ឈ្មោះពេញ/ Full name:.....កាលបរិច្ឆេទ/ date:.....

ហត្ថលេខាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី ១/ Signature of Life Assured 1

ឈ្មោះពេញ/ Full name:.....កាលបរិច្ឆេទ/ date:

ហត្ថលេខាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី ២/ Signature of Life Assured 2

ឈ្មោះពេញ/ Full name:.....កាលបរិច្ឆេទ/ date:.....

**សេចក្តីប្រកាសរបស់ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត
FINANCIAL CONSULTANT/ LIFE CONSULTANT'S DECLARATION**

ខ្ញុំសូមប្រកាសថា ព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងបែបបទប្រកាសសុខភាពនេះ គឺជាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឲ្យខ្ញុំដោយអ្នកដាក់ពាក្យសុំបញ្ញត្តិសុខភាព ហើយខ្ញុំមិនបានដកចេញនូវព័ត៌មានផ្សេងៗទៀតដែលអាចប៉ះពាល់ដល់ការទទួលយកបែបបទប្រកាសសុខភាពឡើយ។

I hereby declare that the information provided in this Health Declaration is the only information given to me by the Applicant and I have not withheld any other information which may influence the acceptance of the Health Declaration.

ខ្ញុំសូមប្រកាសទៀតថា ខ្ញុំបានណែនាំអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យផ្តល់ព័ត៌មានពេញលេញទាំងអស់ ហើយខ្ញុំមិនបានផ្តល់ការបញ្ជាក់អះអាងណាមួយ ទៅលើសេចក្តីប្រកាសសុខភាព ដែលអាចមានឥទ្ធិពលអវិជ្ជមាន ចំពោះភាពពេញលេញនៃសេចក្តីប្រកាសសុខភាពនេះទេ។

I further declare that I have advised the Applicant to fully disclose all information, and that I have not given any statements to the Health Declaration which may adversely influence the completeness of this Health Declaration.

**ហត្ថលេខាទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត
Signature of FINANCIAL CONSULTANT/ LIFE CONSULTANT**

ឈ្មោះពេញ/ Full name:.....កាលបរិច្ឆេទ/ date:.....