

# ពាក្យស្នើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ

## POLICY REINSTATEMENT REQUEST



កាលបរិច្ឆេទ/ Date:

ថ្ងៃ / Day	ខែ / Month	ឆ្នាំ / Year

### I. ព័ត៌មាននៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង / POLICY INFORMATION

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬ ពាក្យស្នើសុំ / Policy or Application Number

លេខទូរស័ព្ទ / Cell phone

ឈ្មោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង(ជាភាសាអង់គ្លេស)/ Policy Owner (in English)

អ៊ីមែល / E-mail

ខ្ញុំ / យើងខ្ញុំ ដែលជាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងខាងលើសូមស្នើសុំ ក្រុមហ៊ុនព្រូដិនស៊ីលកម្ពុជា ឲ្យបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិតឡើងវិញតាមរបៀប ដូចខាងក្រោម៖

I / We, the Policy Owner of the policy mentioned above, request Prudential Cambodia to reinstate the life insurance policy using the method below:

### II. ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / DETAILS OF LIFE ASSURED

#### អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី ១ / LIFE ASSURED 1

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

កម្ពស់/ ទម្ងន់ / Height/Weight

កម្ពស់/Height (cm)	ទម្ងន់ /Weight (kg)

មុខរបរបច្ចុប្បន្ន/ Current Occupation \*

ភារកិច្ចពិតប្រាកដ/ Exact duty \*

#### អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី ២ / LIFE ASSURED 2

កម្ពស់/Height (cm)	ទម្ងន់ /Weight (kg)



\* ខ្ញុំ / យើងខ្ញុំ ដែលជាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សូមស្នើសុំ ក្រុមហ៊ុនព្រូដិនស៊ីលកម្ពុជា ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពព័ត៌មាននៃមុខរបរបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ចំពោះគ្រប់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ / យើងខ្ញុំតាមមុខរបរបច្ចុប្បន្ននេះប្រសិនបើមានផ្សេងទៀតនេះនៅក្នុងកំណត់ត្រារបស់ក្រុមហ៊ុន ហើយខ្ញុំ / យើងខ្ញុំនឹងរក្សាយុទ្ធសាស្ត្រឯកសារបញ្ជាក់ជូន ប្រសិនបើក្រុមហ៊ុនត្រូវការ។

I / We, the policy owner and life assured, request Prudential Cambodia to update occupation of the life assured(s) in all policy(ies) base on this if deem different from its record and I am / We are willing to provide evidence required by the Company, if deem necessary.

បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងបានអស់សុពលភាពដោយឈ្មោះអាសន្ន គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដល់កំណត់បង់ប្រចលកធានារ៉ាប់រង  
Policy has lapsed beginning on the due date:

ថ្ងៃ / Day	ខែ / Month	ឆ្នាំ / Year

### III. សេចក្តីប្រកាសសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / HEALTH DECLARATION FOR LIFE ASSURED

(សូមឆ្លើយសំណួរទាំងអស់ក្នុងផ្នែកទី១ ឬផ្នែកទី២ ខាងក្រោមដោយស្របតាមពេលវេលាដែលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នក)  
(Please answer all questions in Part 1 or Part 2 below according to your policy lapsation duration)

ផ្នែកទី១: ចំពោះបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអស់សុពលភាពតិចជាង ៦ ខែ (គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដល់កំណត់ខាងលើ)

Part 1: Applicable for policy that has lapsed within 6 months only

(សូមត្រួតពិនិត្យ ក្នុងប្រអប់សមស្រប/ Please tick  the appropriate box)

#### អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី ១ Life Assured 1

#### អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី ២ Life Assured 2

1 តើលោកអ្នកមានការប្រែប្រួលជាអវិជ្ជមានចំពោះស្ថានភាពសុខភាពខុសពីពេលដែលបានដាក់ពាក្យស្នើសុំបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងលើកចុងក្រោយ ឬក៏មានជំងឺណាមួយ ឬជំងឺ ឬរបួសណាមួយដែរឬទេ? / Is there any adverse changed to your health condition since the last application date or do you currently experience any symptoms or have any illness/disease or injury?

គ្មាន NO	មាន YES	បើមាន សូមរៀបរាប់លម្អិត If "Yes", please give details
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

គ្មាន NO	មាន YES	បើមាន សូមរៀបរាប់លម្អិត If "Yes", please give details
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

2 ចាប់តាំងពីពេលដែល ក្រុមហ៊ុនព្រូដិនស៊ីលកម្ពុជា បានចេញបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញម្តងលោក លោកស្រីលើកចុងក្រោយ បង្កើតរហូតមកដល់បច្ចុប្បន្ននេះ តើលោកអ្នកធ្លាប់៖  
Since the issuance of the Policy/ies or the last reinstatement, have you ever:

#### បើមាន សូមរៀបរាប់លម្អិត If "Yes", please give details

#### បើមាន សូមរៀបរាប់លម្អិត If "Yes", please give details

2.1 បានទៅពិគ្រោះយោបល់ជាមួយ គ្រូពេទ្យ ឬបានសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ទទួលបានការដោះដាយសត្វខណ្ឌណាមួយ ឬធ្លាប់មានគ្រោះថ្នាក់ណាមួយដែលទាមទារឲ្យមានការតាមដានសុខភាពដែរឬទេ? / Had any medical consultation, received any treatment, hospitalization, or surgical operation due to any condition or any accident requiring medical attention?

គ្មាន NO	មាន YES	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

គ្មាន NO	មាន YES	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

2.2 មានបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងណាមួយដែលមានការដំឡើងថ្លៃប្រចលកធានារ៉ាប់រង មានការលុបចោល ផ្អាក ឬបង្ខំសេចក្តី ឬក៏មានការដាក់ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង ឬក៏ពុំដាក់ ពាក្យសុំទាមទារសំណង ចំពោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពីក្រុមហ៊ុន ធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតណាមួយមួយខាង ក្រុមហ៊ុនព្រូដិនស៊ីលកម្ពុជាដែរឬទេ? / Had any policy where there has been an increase in premium, cancellation, postponement or denial or has the Life Assured requested or is currently requesting claims for insurance at any life insurance companies, including Prudential Cambodia?

គ្មាន NO	មាន YES	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

គ្មាន NO	មាន YES	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

2.3 មានការប្រែប្រួលណាមួយទាក់ទងនឹង ប្រទេសរស់នៅ សកម្មភាពកីឡា ឬសកម្មភាពកំសាន្តផ្សេងៗណាមួយដែរឬទេ? / Changed your country of residence, sports activities or other entertainment activities?

គ្មាន NO	មាន YES	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

គ្មាន NO	មាន YES	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

3 សម្រាប់ស្ត្រីតែប៉ុណ្ណោះ/ FOR FEMALE ONLY  
តើអ្នកកំពុងមានផ្ទៃពោះឬទេ? ប្រសិនបើមាន តើប៉ុន្មានខែ?  
Are you pregnant? If YES, how many months?

គ្មាន NO	មាន YES	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

គ្មាន NO	មាន YES	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**ផ្នែកទី២ ចំពោះបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអស់សុពលភាពលើសពីរយៈពេល ៦ខែឡើងទៅ (គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដល់កំណត់ខាងលើ)**  
**Part 2 Applicable for policy that has lapsed more than 6 months only**

(សូមគូស  ក្នុងប្រអប់សមស្រប/ Please tick  the appropriate box)

	អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី ១ LIFE ASSURED 1			អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី ២ LIFE ASSURED 2		
	គ្មាន NO	មាន YES	បើមាន សូមរៀបរាប់លម្អិត If "Yes", please give details	គ្មាន NO	មាន YES	បើមាន សូមរៀបរាប់លម្អិត If "Yes", please give details
1 តើលោកអ្នកមាន ការផ្លាស់ប្តូរ ប្រទេសរស់នៅ ឬសកម្មភាពកីឡា ឬសកម្មភាពកំសាន្ត ផ្សេងៗគ្នា គិតពីកាលបរិច្ឆេទដាក់ពាក្យស្នើសុំ ឬបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងលើកចុងក្រោយដែរឬទេ? Have you changed your country of residence or sports activities or other entertainment activities from the dated of application date/ last revival date?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 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.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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/ Age of Onset						

ប្រសិនបើចម្លើយ “ឆ្លាច” នៅសំណួរទី៣ ឬទី៤ សូមបញ្ជាក់ពីចំនួន និងផ្តល់សេចក្តីលម្អិត ពាក់ព័ន្ធនឹងសភាពជំងឺ ការរះកាត់ ឬការព្យាបាល កាលបរិច្ឆេទ និងរយៈពេល សភាពធ្ងន់ធ្ងរ និងលទ្ធផល ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់គ្រូពេទ្យព្យាបាល គ្លីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យ។

If YES to question 3 or 4 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		បើឆ្លាច សូមរៀបរាប់លម្អិត If "Yes", please give details	ទិន្នន័យ		បើឆ្លាច សូមរៀបរាប់លម្អិត If "Yes", please give details
	ទិន្នន័យ NO	ឆ្លាច YES		ទិន្នន័យ NO	ឆ្លាច YES	
3 តើលោកអ្នកធ្លាប់/ Have you ever:						
3.1 ឆ្លុះកាំរស្មីឌីច មានការកត់ត្រាចលនាបេះដូងដោយប្រើចរន្តអគ្គិសនី ការវិភាគឈាម ឬការធ្វើតេស្តរកមេរោគវិទ្យុយេដទៀត ដែរឬទេ? Had X-ray, electrocardiogram, blood studies or other diagnostic test?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2 បាន ឬត្រូវបានប្រាប់ថា លោកអ្នកមានជំងឺអេដស៍ ភាពស្មុគស្មាញទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ ឬ ស្ថានភាពទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ដែរឬទេ? តើមានបញ្ហាណាមួយអំពីរបៀបរស់នៅរបស់លោកអ្នក ដែលអាចឲ្យអ្នកប្រឈមនឹងហានិភ័យកើតជំងឺអេដស៍ដែរឬទេ? / Had or been told you had AIDS, AIDS-related complex or AIDS-related conditions? Is there anything about your lifestyle which could expose you to risks of AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.3 បានធ្វើតេស្តរកមេរោគវិទ្យុយេដទៀតនឹងមេរោគអេដស៍ ឬប្រើប្រាស់វិទ្យុមានដែរឬទេ? / Been tested positive for antibodies the AIDS virus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.4 មានទម្រង់ណាមួយនៃជំងឺកាមរោគដូចជា មេរោគស្វាយ និងមេរោគស្វាយប្រមុះដែរឬទេ? / Had any form of sexually transmitted disease such as syphilis and gonorrhea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.5 ពិសាភេសជ្ជៈមានជាតិអាល់កុលហ្សែត ប្រើប្រាស់ឱសថ ដែលបង្កើតជាទម្លាប់ ឬស្វែងរកកម្រិតខ្ពស់ ឬការព្យាបាលចំពោះការញៀនគ្រឿងស្រវឹង ទម្លាប់ប្រើប្រាស់ឱសថ ឬការញៀនដទៃទៀតដែរឬទេ? Used alcoholic beverages to excess, taken habit-forming drugs or sought advice or treatment for alcoholism, drug habit or other addiction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.6 ជក់បារីក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅដែរឬទេ? ប្រសិនបើឆ្លាច តើលោកអ្នកបានជក់បារីអស់រយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំហើយ? ចំនួនបារីជាមធ្យមដែលលោកអ្នកជក់ជាញឹកញយក្នុងមួយថ្ងៃ។ Smoked cigarettes within the past year? If YES, How many years have you smoked cigarettes? Average number of cigarettes daily.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ទិន្នន័យ		បើឆ្លាច សូមរៀបរាប់លម្អិត If "Yes", please give details	ទិន្នន័យ		បើឆ្លាច សូមរៀបរាប់លម្អិត If "Yes", please give details
	ទិន្នន័យ NO	ឆ្លាច YES		ទិន្នន័យ NO	ឆ្លាច YES	
4 តើលោកអ្នកធ្លាប់មាន ឬត្រូវបានប្រាប់ថាលោកអ្នកមាន ឬបានស្វែងរកជំនួយចំពោះ Have you ever had or been told that you had, or sought advice for:						
4.1 អាការៈវិលមុខ ភ្លើងភ្នែក ជំងឺឆ្លុះផ្លូវកាយ វិកលចរិត ឬការបាក់បែកធ្ងន់ធ្ងរ ឬជំងឺណាមួយ ឬក៏ជំងឺពាក់ព័ន្ធនឹងប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ ដែរឬទេ? Dizziness, fainting spells, epilepsy, nervous breakdown, severe headaches, or any disease or disorder of the brain or nervous system?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2 ជំងឺហឺត តឹងច្រមុះ ក្អកក្អិន ក្អកឈាម របេង ឬជំងឺណាមួយ ឬក៏ជំងឺសួតនៃប្រព័ន្ធដំណកដង្ហើម ដែរឬទេ? Asthma, hay fever, chronic cough, spitting of blood, tuberculosis or any disease or disorder of the lungs or respiratory system?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ទិន្នន័យ NO	ទិន្នន័យ YES		ទិន្នន័យ NO	ទិន្នន័យ YES
4.3 ជំងឺលើសឈាម ដាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល ឈឺចាប់ ដកដង្ហើមចប់ៗ សម្លេងឃ្លីរេដង ឬជំងឺណាមួយ ឬជំងឺលើសឈាម ឬប្រព័ន្ធរចនាសម្រួល ដៃ ឬទ្រូង? / High blood pressure, stroke, chest pain, shortness of breath, heart murmur, or any disease or disorder of the heart or circulatory system?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 ជំងឺណាមួយ ឬជំងឺចំពោះរំលាយអាហារ ក្រពះ ពោះវៀនតូច ពោះវៀនធំ ចុងពោះវៀន ខ្លួនពោះវៀន ឆ្អើម ឬប្រចាំតំ ផាល ដៃដូរឬទេ? 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"/>
4.5 ជំងឺរលាកតម្រងនោម ត្រួសក្នុងតម្រងនោម ឬជំងឺណាមួយ ឬក៏ជំងឺតម្រងនោម ញោកនោម ឬក្រពេញប្រូស្តាត ដៃដូរឬទេ? 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"/>
4.6 ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ក្រពេញទីរ៉ូអ៊ីត ឬជំងឺក្រពេញអង់ដូគ្រីនផ្សេងៗទៀត ដៃដូរឬទេ? Diabetes, thyroid or other endocrine disorders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7 ជំងឺរលាកសន្លាក់ឆ្អឹង ជំងឺឈឺសន្លាក់ឆ្អឹង ឬជំងឺណាមួយ ឬក៏ភាពមិនប្រក្រតី ផ្នែកខ្នង ឆ្អឹងខ្នង ឆ្អឹង សន្លាក់ ឬសាច់ដុំ ដៃដូរឬទេ? 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"/>
4.8 មហារីក ឬដុំសាច់ ឬដុំចោប្រភេទណាមួយ ដៃដូរឬទេ? Cancer or a tumor or ulcer of any kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9 ជំងឺហើមសរសៃវែន ដំបៅសរសៃវែន ឬរលាកសរសៃវែន ឬជំងឺក្លិនប្រភេទណាមួយ ដៃដូរឬទេ? Varicose veins, varicose ulcers or phlebitis or hernia of any kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10 ជំងឺស្លី (ជំងឺសើរស្បែកម្យ៉ាង) ឬជំងឺស្វ័យប្រព័ន្ធភាពស៊ាំដទៃទៀត និងជំងឺខ្លះឈាមក្រហម ឬជំងឺឈាមដទៃទៀតដៃដូរឬទេ? SLE or other autoimmune diseases? Anaemia or other blood diseases?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11 ជំងឺណាមួយ ឬជំងឺភ្នែក ត្រចៀក ច្រមុះ ឬចំពង់កដៃដូរឬទេ? Any disease or disorder of the eyes, ears, nose or throat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.12 ជំងឺដែលទាក់ទងទៅនឹងសុខភាពរាងកាយ ឬប្រព័ន្ធប្រសាទ ភាពមិនប្រក្រតី ការរងរបួស ឬក៏ការរះកាត់ផ្សេងទៀតដែលមិនបានរៀបរាប់ខាងលើដៃដូរឬទេ (មិនរាប់បញ្ចូលជំងឺផ្តាសាយធម្មតា គ្រុនផ្តាសាយធំ ឬបញ្ហាសុខភាពបន្តិចបន្តួច)? Any illness, disease, disorder, abnormality, injury or surgery not mentioned above (other than common cold, flu or minor ailments)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 សម្រាប់ស្ត្រីតែប៉ុណ្ណោះ / FOR FEMALE ONLY	គ្មាន NO	មាន YES	ប្រសិនបើមាន សូមរៀបរាប់លម្អិត If "Yes", please give details	គ្មាន NO	មាន YES	ប្រសិនបើមាន សូមរៀបរាប់លម្អិត If "Yes", please give details
5.1 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"/>	
5.2 មានភាពមិនប្រក្រតីណាមួយលើការមានផ្ទៃពោះ ការមានផ្ទៃពោះ សុដន់ ឬសរីរាង្គបន្តពូជដៃដូរឬទេ? 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"/>	

**IV. សេចក្តីប្រកាស / STATEMENT OF DECLARATION**

1 ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ សូមប្រកាសថា ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ម្ចាស់ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃស្ត្រី ខាងក្រោម បានអាន/ត្រូវបានណែនាំដោយទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត និងបានយល់ពីខ្លឹមសារសំណួរនានា ទាំងស្រុង និងសេចក្តីប្រកាសសុខភាពនេះ ហើយសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានទាំងនេះមានភាពពេញលេញ ត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដ។ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ជាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងបែបបទប្រកាសសុខភាពនេះ យល់ព្រមឲ្យអ្នកស្នើសុំ (ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង) ដាក់ពាក្យសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងជូនខ្លួនខ្ញុំផ្ទាល់។  
I/we, the undersigned, hereby declare that I/we read/ to be advised by the Financial Consultant/ Life Consultant and have understood the entire questions and declaration in this Health Declaration Form and confirm that the information above will be used as the legal basis for underwriting the reinstatement request and agree that violations of this commitment will void the reinstatement of the policy according to the Terms and Conditions of the policy and current laws.

2 ខ្ញុំ / យើងខ្ញុំ យល់ផងដែរថា ព័ត៌មានខាងលើនឹងត្រូវបានយកទៅប្រើប្រាស់ដើម្បីធ្វើជាមូលដ្ឋានផ្នែកច្បាប់ សម្រាប់វាយតម្លៃលើការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ ហើយខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ យល់ព្រមថា រាល់ការមិនបានផ្តល់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដខាងលើ នឹងធ្វើឲ្យការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ក្លាយជា មោឃៈ ដោយផ្អែកលើ ខ និងលក្ខខណ្ឌនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងច្បាប់ជាធរមាន។  
I / We also understand that the information above will be used as the legal basis for underwriting the reinstatement request and agree that violations of this commitment will void the reinstatement of the policy according to the Terms and Conditions of the policy and current laws.

**សេចក្តីប្រកាស (បន្ត) / STATEMENT of DECLARATION (Continued)**

- 3 ខ្ញុំ / យើងខ្ញុំ សូមធានាផ្តល់នូវរាល់ភស្តុតាង ត្រឹមត្រូវ ឬព័ត៌មានចាំបាច់ផ្សេងៗទៀតដែលក្រុមហ៊ុនត្រូវការ និងយល់ព្រមឲ្យក្រុមហ៊ុនជ្រើសរើសសម្រាប់ប្រមូលព័ត៌មានសម្រាប់វាយតម្លៃលើការផ្លាស់ប្តូរដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។  
I / We guarantee to provide any proof, evidence or other required information and agree for Prudential Cambodia to collect information for underwriting on the change mentioned above.
- 4 ខ្ញុំ / យើងខ្ញុំ ក៏យល់ផងដែរទៀតថា សំណើខាងលើនឹងមានប្រសិទ្ធភាពបាន លុះត្រាតែក្រុមហ៊ុនជ្រើសរើសសម្រាប់ប្រមូលព័ត៌មានសម្រាប់វាយតម្លៃលើការផ្លាស់ប្តូរ (ប្រសិនបើមាន)។  
I / We also understand that the request above is only effective when Prudential Cambodia approves the request in writing and collects an additional premium, if any.

ហត្ថលេខា ឬ ស្នាមមេដៃស្តាំរបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Signature or Right Thumbprint of Policy Owner	ហត្ថលេខា ឬ ស្នាមមេដៃស្តាំរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី ១ (ប្រសិនបើជាមនុស្សផ្សេងគ្នាពីម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង) Signature or Right Thumbprint of Life Assured 1 (If other than Policy Owner)	ហត្ថលេខា ឬ ស្នាមមេដៃស្តាំរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី ២ Signature or Right Thumbprint of Life Assured 2
ឈ្មោះពេញ/ Full name:.....	ឈ្មោះពេញ/ Full name:.....	ឈ្មោះពេញ/ Full name:.....

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

ខ្ញុំសូមប្រកាសថា ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូនក្នុងពាក្យស្នើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញនេះ គឺជាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឲ្យខ្ញុំដោយអ្នកដាក់ពាក្យសុំតែប៉ុណ្ណោះ ហើយខ្ញុំមិនបានដកចេញនូវព័ត៌មានផ្សេងៗទៀតដែលអាចប៉ះពាល់ដល់ការទទួលយកបែបបទប្រកាសសុខភាពឡើយ។  
I hereby declare that the information provided in this Policy Reinstatement Request 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 ចំពោះភាពពេញលេញនៃសេចក្តីប្រកាស សុខភាពនេះទេ។  
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.

<b>ហត្ថលេខាទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត Signature of Financial Consultant/ Life Consultant</b>
ឈ្មោះពេញ/ Full name:.....
លេខកូដ / Code of FC/LC:.....
លេខទូរស័ព្ទ / Cell phone:.....
កាលបរិច្ឆេទ/ Date:.....