

## បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង PRUអ្នកការពារ

តារាងមាតិកា

១. និយមន័យ .....	2
២. កម្មវត្ថុនៃការធានា .....	4
៣. វិសាលភាពនៃការធានា .....	4
៤. អត្ថប្រយោជន៍នៃការធានា .....	4
៥. ការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង .....	5
៦. ករណីមិនធានា .....	5
៧. ទីតាំងភូមិសាស្ត្រនៃការធានា .....	6
៨. លក្ខណៈសម្បត្តិអ្នកទទួលផល ឬ អ្នកទទួលសំណង .....	6
៩. ការកែប្រែកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង .....	6
១០. ការបន្តកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង និង ការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ .....	7
១១. ការបញ្ចប់កិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង .....	7
១២. ការលុបចោលកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង .....	7
១៣. នីតិវិធីនៃការទាមទារសំណង .....	8
១៤. ការរក្សាព័ត៌មានសម្ងាត់ .....	9
១៥. ការផ្សះផ្សារវិវាទ .....	9
១៦. ដែនយុត្តាធិការ .....	9
១៧. ការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតអំពីព័ត៌មានសំខាន់ៗ .....	9
១៨. ប្រការស្តីពី ទណ្ឌកម្ម .....	9



## បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង PRUអ្នកការពារ

នៅក្នុងឯកសារស្តីពី បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ ពាក្យថា “អ្នក” ឬ “របស់អ្នក” សំដៅដល់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។ ពាក្យថា “យើងខ្ញុំ” “របស់យើងខ្ញុំ” “ក្រុមហ៊ុនព្រូឌីនសលកម្ពុជា” ឬ “ក្រុមហ៊ុន” សំដៅដល់ក្រុមហ៊ុន ព្រូឌីនសល (ខេមបូឌា) ឡាយហ្វី អ៊ីស្ត្រីនស៍ ម.ក ។

### ១. និយមន័យ

- ១.១. **ផលិតផលធានារ៉ាប់រង** សំដៅដល់ផលិតផលធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត ដែលមានឈ្មោះដូចកំណត់ក្នុងវិញ្ញាបនបត្រធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត។
- ១.២. **ផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែម** សំដៅដល់អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម ដែលម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាចធ្វើការជ្រើសរើសទិញ រួមជាមួយនឹងផលិតផលធានារ៉ាប់រង។ ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ត្រូវបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងបន្ថែមដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៃលក្ខខណ្ឌបន្ថែមនោះ។
- ១.៣. **ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង** សំដៅដល់អង្គការទាំងឡាយណាដែលបានចុះបញ្ជីនិងកំពុងប្រតិបត្តិការនៅប្រទេសកម្ពុជា ឬ រូបវន្តបុគ្គលទាំងឡាយណាដែលកំពុងរស់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា មានអាយុចាប់ពី ដប់ប្រាំបី (១៨) ឆ្នាំ ឡើងទៅ មានសមត្ថភាពពេញលេញក្នុងការធ្វើសកម្មភាពផ្នែករដ្ឋប្បវេណី និងជាអ្នកដែលបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រង និងជាអ្នកបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង។
- ១.៤. **អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង** សំដៅដល់រូបវន្តបុគ្គលទាំងឡាយណាដែលកំពុងរស់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា នៅពេលជារបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងជាអ្នកដែលត្រូវបានចាត់តាំងដោយម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងក្នុងទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងថាជាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃបណ្ណសន្យានេះ និងត្រូវបានទទួលយកដោយក្រុមហ៊ុនសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង ដូចមានកំណត់នៅក្នុងបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ។
- ១.៥. **អ្នកទទួលបានផល** គឺជារូបវន្តបុគ្គលដែលបានកំណត់ដោយម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ក្នុងការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រង និងត្រូវបានទទួលយកដោយក្រុមហ៊ុនសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង ក្រោមខ និងលក្ខខណ្ឌ ដូចមានកំណត់នៅក្នុងឯកសារនេះ។
- ១.៦. **អត្ថគាហក/អត្ថគាហកចុងក្រោយ** សំដៅដល់រូបវន្តបុគ្គល ដែលត្រូវបានចាត់តាំងដោយម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដើម្បីកាន់កាប់ ឬត្រួតត្រាចុងក្រោយបង្អស់ទៅលើក្រុមហ៊ុន នៅពេលដែលម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងគឺជាក្រុមហ៊ុន។ អត្ថគាហកត្រូវបានកំណត់ថាជាបុគ្គលដែលកាន់កាប់ ឬគ្រប់គ្រងចុងក្រោយបង្អស់ដោយផ្ទាល់ ឬប្រយោលលើ ក្រុមហ៊ុនដោយការកាន់កាប់ភាគហ៊ុនឬសិទ្ធិបោះឆ្នោតឬក៏ជាបុគ្គលកាន់កាប់តាមរយៈមធ្យោបាយផ្សេងៗ នៅពេល ដែលមិនមាន បុគ្គលមានសិទ្ធិជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិណាម្នាក់ឬពុំអាចកំណត់បុគ្គលដែលកំពុងកាន់កាប់សិទ្ធិអត្ថគាហក ចុងក្រោយបាន។ នៅពេលពុំអាចកំណត់ថាបុគ្គលណាមួយជាអត្ថគាហកចុងក្រោយរបស់ក្រុមហ៊ុនបុគ្គលដែលកាន់កាប់មុខតំណែងជាមន្ត្រីគ្រប់គ្រងជាន់ខ្ពស់នៅក្នុងក្រុមហ៊ុនរបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង នឹងត្រូវបានចាត់ទុកជា អត្ថគាហកចុងក្រោយ។
- ១.៧. **រយៈពេលនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង** គឺជារយៈពេលមួយដែលការធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតត្រូវបានផ្តល់ឲ្យ។
- ១.៨. **បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង** សំដៅទៅលើឯកសារចងក្រងរួមគ្នាដែលចេញដោយក្រុមហ៊ុនដោយមានកំណត់ពីខ្លឹមសារសំខាន់ៗ និងចែងពីខ និងលក្ខខណ្ឌលម្អិតដែលបានព្រមព្រៀងរវាងក្រុមហ៊ុន និងម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។



**១.៩. បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង** គឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនឹងត្រូវបង់ទៅឱ្យក្រុមហ៊ុន ដោយខ្លួនឯង ឬដោយភារកិច្ច អាស្រ័យទៅតាមរយៈពេលកំណត់នៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានជ្រើសរើស ហើយម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬភារកិច្ចនោះមានកាតព្វកិច្ចបង់ពន្ធនានាលើបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលបានចេញដោយយោងទៅតាមបទប្បញ្ញត្តិជាធរមាន។ បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងអាចនឹងផ្លាស់ប្តូររៀងរាល់ពេលបន្តបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។ បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសរុបរួមមានបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងនៃផលិតផលធានារ៉ាប់រង និងបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងនៃផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែម។

**១.១០. ទឹកប្រាក់ធានារ៉ាប់រង** គឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងត្រូវការសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងផលិតផលធានារ៉ាប់រងដែលនឹងទទួលបាននៅពេលមានហេតុការណ៍ត្រូវបានធានាណាមួយកើតឡើង ដោយយោងតាមខ និងលក្ខខណ្ឌដូចមានកំណត់នៅក្នុងបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ។

**១.១១. “គ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ”** សំដៅលើហេតុការណ៍ដែលមិនអាចដឹងមុននិងដោយចៃដន្យដែលជាមូលហេតុផ្តាច់ បណ្តាលឱ្យហេតុការណ៍ត្រូវបានធានាកើតឡើងដោយសារកម្លាំងខាងក្រៅ និងដោយកត្តាផ្សេងៗដែលអាច មើលឃើញហើយដែលមិនបណ្តាលមកពីមូលហេតុ ដូចជាជំងឺឬគោរពស្នាមលើខ្លួនឯង ដែលប្រព្រឹត្តដោយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ទោះបីជាស្ថិតក្នុងស្ថានភាពផ្លូវចិត្តប្រក្រតីឬមិនប្រក្រតីក៏ដោយនៅក្នុងអំឡុងពេលណាមួយដែលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង នៅមានសុពលភាពនឹងមិនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យឡើយ។

**១.១២. “ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍”** គឺជាស្ថានភាពមួយដែលអសមត្ថភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ ហើយមានទម្រង់ដូចខាងក្រោម៖

- ក. ការបាត់បង់ទាំងស្រុង ឬការមើលមិនឃើញ និងមិនអាចជាសះស្បើយជារៀងរហូតនៃភ្នែកទាំងពីរ ឬ
- ខ. ការបាត់បង់ទាំងស្រុង និងមិនអាចជាសះស្បើយជារៀងរហូតនៃមុខងារប្រើប្រាស់របស់ដៃ/ជើងទាំងពីរ នៅត្រង់កដៃ/កជើង ឬចាប់ពីផ្នែកខាងលើនៃកដៃ/កជើង ឬ
- គ. ការបាត់បង់ទាំងស្រុង ឬការមើលមិនឃើញ និងមិនអាចជាសះស្បើយជារៀងរហូតនៃភ្នែកម្ខាង និងការបាត់បង់ទាំងស្រុង និងមិនអាចជាសះស្បើយជារៀងរហូតនៃមុខងារប្រើប្រាស់របស់ដៃ/ជើងម្ខាង នៅត្រង់កដៃ/កជើង ឬចាប់ពីផ្នែកខាងលើនៃកដៃ/កជើង។

នៅក្នុងករណីដែលមានការបាត់បង់ទាំងស្រុង និងមិនអាចជាសះស្បើយជារៀងរហូតនៃមុខងារប្រើប្រាស់របស់ដៃ ឬជើងម្ខាង ឬទាំងពីរ នៅត្រឹមកដៃ/កជើង ឬចាប់ពីផ្នែកខាងលើនៃកដៃ/កជើង ដោយសារភាពខ្វិន/ពិការ ការវិភាគកោសល្យវិថ្មីអំពីអាការៈនេះត្រូវធ្វើឡើងដោយមន្ទីរពេទ្យដែលមានចុះបញ្ជីត្រឹមត្រូវនៅថ្នាក់ខេត្ត ឬរាជ ធានី មិនឱ្យតិចជាងរយៈពេលប្រាំមួយ (៦) ខែ ហើយក៏មិនឱ្យលើសពីរយៈពេលប្រាំបួន (៩) ខែ គិតចាប់តាំងពីថ្ងៃដែលមានហេតុការណ៍ត្រូវបានធានាកើតឡើង ឬក៏គិតចាប់ពីថ្ងៃដែលការវិភាគកោសល្យវិថ្មីអំពី អាការៈនេះ ត្រូវបានបញ្ជាក់ត្រឹមត្រូវ។

នៅក្នុងករណីដែលមានការបាត់បង់ទាំងស្រុង និងមិនអាចជាសះស្បើយជារៀងរហូត ដោយសារការកាត់ចេញការវិភាគកោសល្យវិថ្មីអំពីអាការៈនេះ អាចធ្វើឡើងនៅពេលណាមួយក៏បាននៅតាមនីមួយៗនៃមន្ទីរពេទ្យដែលមានចុះបញ្ជីត្រឹមត្រូវនៅថ្នាក់ខេត្ត ឬរាជធានី។ ការវិភាគកោសល្យវិថ្មីអំពីអាការៈនេះអាចធ្វើឡើងនៅពេលណាមួយក៏បាននៅក្នុងរយៈពេលកំណត់នៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនិងនៅក្នុងរយៈពេលដែលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៅមានសុពលភាពនៅឡើយ។

**១.១៣. មរណភាព ឬ ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍** ដោយគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ សំដៅដល់ការទទួលមរណភាព ឬការទទួលរងពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ ដែលបណ្តាលមកពីហេតុការណ៍ដែលមិនអាចដឹងមុន និងដោយចៃដន្យ ដែលជាមូលហេតុផ្តាច់បណ្តាលឱ្យទទួលមរណភាព ឬទទួលរងពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ដោយសារកម្លាំងខាងក្រៅ និងដោយកត្តាផ្សេងៗដែលអាចមើលឃើញហើយដែលមិនបណ្តាល មកពីមូលហេតុ ដូចជា ជម្ងឺ ឬ



អាគាររបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ មរណភាព ឬ ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ដោយសារការធ្វើអគ្គិយាត ឬប៉ុនប៉ងធ្វើអគ្គិយាតឬធ្វើឲ្យរបួសខ្លួនឯងដែលប្រព្រឹត្តដោយ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទោះបីជាស្ថិតក្នុងស្ថានភាពផ្លូវ ចិត្តប្រក្រតីឬមិនប្រក្រតីក៏ដោយនៅក្នុងអំឡុងពេលណាមួយដែលបណ្តុសន្យារ៉ាប់រងនៅមានសុពលភាព នឹងមិនត្រូវ បានចាត់ទុកថាជាមរណភាព ឬ ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ ដោយគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យនោះឡើយ ។

**១.១៤. វិញ្ញាបនបត្រធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត** គឺជាផ្នែកមួយនៃកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង។ បណ្តុសន្យារ៉ាប់រងត្រូវបាន ចេញដោយ ផ្អែកទៅលើព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់មកឱ្យក្រុមហ៊ុននៅក្នុងដំណាក់កាលដាក់ពាក្យស្នើសុំដំណាក់កាលពិនិត្យសុខ ភាពឬវាយតម្លៃណាមួយដែលធ្វើដោយក្រុមហ៊ុនហើយការសម្រេចចិត្តរបស់ក្រុមហ៊ុនផ្អែកលើព័ត៌មានទាំងនោះផង ដែរ បន្ទាប់ពីពេលដែលម្ចាស់បណ្តុសន្យារ៉ាប់រងបានឯកភាពទទួលយកលក្ខខណ្ឌដែលបានកែប្រែណាមួយ ប្រសិន បើមាន។ វិញ្ញាបនបត្រធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត ឬលិខិតបញ្ជាក់ពីការផ្លាស់ប្តូរចុងក្រោយបំផុត (ប្រសិនបើមាន) មាន រួមបញ្ចូលសេចក្តីលម្អិតអំពីបណ្តុសន្យារ៉ាប់រង ដែលបានមកពីដំណើរការវាយតម្លៃខាងលើ។

**២. កម្មវត្ថុនៃការធានា**

ផលិតផលធានារ៉ាប់រង នេះផ្តល់ជូនការធានារ៉ាប់រងទៅលើអាយុជីវិត និង ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍។

**៣. វិសាលភាពនៃការធានា**

ផលិតផលធានារ៉ាប់រង នេះមានវិសាលភាពធានារ៉ាប់រងនៅទូទាំងពិភពលោកទៅលើការការពារអាយុជីវិតនៅក្នុងករណី ដែលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង បានទទួលមរណភាព ឬពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ដែលបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ ចៃដន្យ ឬ មិនមែនចៃដន្យ។

**៤. អត្ថប្រយោជន៍នៃការធានា**

**៤.១. អត្ថប្រយោជន៍ក្នុងករណីមរណភាព ឬ ករណីពិការភាពទាំងស្រុងនិងជាអចិន្ត្រៃយ៍ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ ឬ មិនមែនគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ ៖**

ប្រសិនបើអត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានជ្រើសរើស ក្នុងករណីដែលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងបានទទួលមរណភាពឬអ្នក ត្រូវ បានធានារ៉ាប់រងទទួលរងពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍នៅក្នុងអំឡុងពេលណាមួយដែលបណ្តុសន្យារ៉ាប់រង នៅមាន សុពលភាព នោះ 100% នៃទឹកប្រាក់ធានារ៉ាប់រង នឹងត្រូវផ្តល់ជូន។

**៤.២. អត្ថប្រយោជន៍ក្នុងករណីមរណភាព ឬ ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ៖**

ប្រសិនបើអត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានជ្រើសរើស ក្នុងករណីដែលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទទួលមរណភាពឬអ្នកត្រូវបាន ធានារ៉ាប់រងទទួលរងពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ នៅក្នុងអំឡុងពេលណាមួយ ដែលប ណ្តុសន្យារ៉ាប់រងនៅមានសុពលភាព នោះ 100% នៃទឹកប្រាក់ធានារ៉ាប់រង នឹងត្រូវផ្តល់ជូន។

អត្ថប្រយោជន៍ខាងលើក្នុងចំណុច ៤.១ និង ៤.២ នឹងត្រូវទូទាត់តែម្តងប៉ុណ្ណោះក្នុងអំឡុងរយៈពេលកំណត់នៃបណ្តុសន្យា រ៉ាប់រង។ បណ្តុសន្យារ៉ាប់រងនឹងត្រូវបញ្ចប់បន្ទាប់ពីការទូទាត់ខាងលើហើយពុំមានអត្ថប្រយោជន៍នឹងត្រូវទូទាត់បន្តទៀត ទេ។



**៥. ការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង**

អតិថិជនអាចបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ជាប្រចាំឆ្នាំ ប្រចាំរដូវកាល ប្រចាំត្រីមាស ប្រចាំខែ។ អតិថិជនអាចបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងទៅកាន់គណនីធនាគាររបស់ក្រុមហ៊ុនតាមវិធីផ្សេងៗដែលមាន។ ក្នុងករណីបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងមិនទាន់ បានបង់នៅកាលបរិច្ឆេទដល់កាលកំណត់ត្រូវបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងនោះបណ្តុសនូវរ៉ាប់រងនឹងក្លាយទៅជាអស់សុពលភាព ដោយគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដល់កាលកំណត់ដែលបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងមិនបានបង់មុនគេ ហើយអត្ថប្រយោជន៍ ធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ក្រោមបណ្តុសនូវរ៉ាប់រងនឹងក្លាយទៅជាអស់សុពលភាព។

**៦. ករណីមិនធានា**

**៦.១. អត្ថប្រយោជន៍ក្នុងករណីមរណភាព ឬករណីពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ ឬមិនមែនគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ ៖**

ក្រុមហ៊ុននឹងបដិសេធក្នុងការទូទាត់អត្ថប្រយោជន៍ដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ ប្រសិនបើការទាមទារសំណងរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងត្រូវបានកើតឡើងដោយផ្ទាល់ ឬប្រយោលដោយបុគ្គលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដូចលក្ខខណ្ឌខាងក្រោម៖

- ក. ការធ្វើអត្តឃាត ឬការប៉ុនប៉ងធ្វើអត្តឃាត ឬធ្វើឲ្យរបួសខ្លួនឯង ទោះបីជាស្ថិតក្នុងស្ថានភាពផ្លូវចិត្តប្រក្រតី ឬ មិនប្រក្រតីក៏ដោយ ឬ
- ខ. មេរោគអេដស៍ និង/ឬ ជម្ងឺណាមួយដែលជាប់ទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍ រួមទាំង ជម្ងឺអេដស៍ និង/ឬការផ្លាស់ប្តូរ ការវិវត្តន៍ ឬការប្រែប្រួលនៃមេរោគអេដស៍ ឬ
- គ. ការប្រព្រឹត្តិ ឬការប៉ុនប៉ងប្រព្រឹត្តិបទល្មើសព្រហ្មទណ្ឌ។ ក្នុងករណីបទល្មើសព្រហ្មទណ្ឌត្រូវបានប្រព្រឹត្តិ ដោយអ្នកទទួលបានផលម្នាក់ ឬច្រើននាក់ នោះមានតែអ្នកទទួលបានផលដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងបទល្មើសព្រហ្មទណ្ឌប៉ុណ្ណោះ ដែលនៅមានសិទ្ធក្នុងការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ឬ
- ឃ. ការប្រើគ្រឿងញៀន ឬថ្នាំសប្បាយ ការសេពគ្រឿងស្រវឹងហួសកម្រិត ឬបើកបរយានជំនិះក្រោមឥទ្ធិពលនៃគ្រឿងស្រវឹង ដូចមានចែងនៅក្នុងច្បាប់ និងបទប្បញ្ញត្តិជាធរមាន

**៦.២. អត្ថប្រយោជន៍ក្នុងករណីមរណភាព ឬ ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ៖**

រាល់លក្ខខណ្ឌនៃករណីមិនធានា ដែលមានកំណត់នៅក្នុងប្រការ ៦.១ ក៏ត្រូវបានអនុវត្តផងដែរចំពោះការទាមទារសំណងក្នុងករណីមរណភាព ឬ ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ របស់អ្នកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ដែលបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ។ លើសពីនេះទៅទៀត ក្រុមហ៊ុនរក្សាសិទ្ធិក្នុងការបដិសេធការទាមទារសំណង ចំពោះការទទួលបានមរណភាព ឬ ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ ប្រសិនបើមរណភាព ឬ ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនោះ បណ្តាលមកពីមូលហេតុណាមួយដូចបានរៀបរាប់ ខាងក្រោម ទោះដោយផ្ទាល់ ឬប្រយោលក្តី៖

- ក. ការចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពកីឡាដែលងាយមានគ្រោះថ្នាក់ មានដូចជា ការមុជក្រោមទឹកដែលចាំបាច់ត្រូវប្រើបំពង់អុកស៊ីសែន ការឡើងភ្នំ ការលោតអ៊ែត្រយោង ឬការប្រណាំងយកល្បឿនលឿន ឬសកម្មភាពកីឡាអាជីពផ្សេងៗ ឬសកម្មភាពអាជីពនានាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការដោះសំអាតគ្រឿងមិនទាន់ផ្ទុះ ឬ
- ខ. ការចូលរួមក្នុងសកម្មភាពអាកាសចរណ៍នានា លើកលែងតែជាអ្នកដំណើរដែលត្រូវបង់ប្រាក់ថ្លៃធ្វើដំណើរតាម យន្តហោះពហុម៉ាស៊ីន យន្តហោះមានកាលវិភាគធ្វើដំណើរត្រឹមត្រូវ និងយន្តហោះមានអាជ្ញាបណ្ណធ្វើពាណិជ្ជកម្ម ត្រឹមត្រូវ ឬ



- ក. សកម្មភាពសង្គ្រាម ឬអំពើហិង្សា រួមមានដូចជា ការឈ្លានពាន សកម្មភាពបង្កហេតុដោយប្រទេសបរទេសណាមួយ សកម្មភាពបង្កហេតុដោយសត្រូវណាម្នាក់ (ទោះបីជាមាន ឬគ្មានការប្រកាសសង្គ្រាមក៏ដោយ) សង្គ្រាមស៊ីវិល ការចូលរួម យ៉ាងសកម្មក្នុងសកម្មភាពភេរវកម្ម អំពើបះបោរ បដិវត្តន៍ កុប្បកម្ម ការជ្រៀតជ្រែករបស់អាជ្ញាធរយោធា ឬការដណ្តើមអំណាច ឬ
- ឃ. រាល់ជម្ងឺដែលបណ្តាលមកពីការខាំ ឬទិច ដោយសត្វល្អិត រួមទាំងមូសខាំ និងដង្កូវ ឬសត្វល្អិតភាគតូចៗក្នុងរាងកាយ។

ក្នុងករណីនេះ ប្រសិនបើក្រុមហ៊ុនធ្វើការបដិសេធចំពោះសំណើទាមទារសំណងនោះក្រុមហ៊ុននឹងធ្វើការទូទាត់ឱ្យវិញនូវចំនួនទឹកប្រាក់ ដូចខាងក្រោម៖

- ក. បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសរុបដែលបានបង់ ដោយដកយកមកវិញនូវ
- ខ. ថ្លៃពិនិត្យសុខភាពណាមួយដែលបានចំណាយ (ប្រសិនបើមាន) និង/ឬ
- គ. ចំនួនទឹកប្រាក់ណាមួយដែលនៅជំពាក់ក្រុមហ៊ុន (ប្រសិនបើមាន)។

បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង នឹងត្រូវបញ្ចប់ភ្លាម បន្ទាប់ការទូទាត់ខាងលើចប់សព្វគ្រប់។

**៧. ទីតាំងភូមិសាស្ត្រនៃការធានា**

វិសាលភាពនៃការការពារដែលស្ថិតនៅក្រោមផលិតផលធានារ៉ាប់រងនេះគឺទូទាំងពិភពលោក។

**៨. លក្ខណៈសម្បត្តិអ្នកទទួលផល ឬ អ្នកទទួលសំណង**

- ក. អ្នកទទួលផលត្រូវបានកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ លើកលែងតែមានកែប្រែដោយម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
- ខ. ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និង/ឬ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង អាចកំណត់ ឬ ផ្លាស់ប្តូរអ្នកទទួលផលម្នាក់ ឬច្រើននាក់ភ្លាមៗ ក្រោយពេលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងបានចេញដោយក្រុមហ៊ុន ក្នុងអំឡុងពេលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង នៅមានសុពលភាព។
- គ. លើកលែងតែមានការកំណត់ដោយឡែកចំពោះអ្នកទទួលផលតាមចំណុច ៨.ខ អ្នកទទួលផលត្រូវបានកំណត់ជាស្វ័យប្រវត្តិតាមលក្ខខណ្ឌនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ តាមលំដាប់ដូច ខាងក្រោម៖
  - ក. ៥០% នៃប្រាក់សំណងអត្ថប្រយោជន៍នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនទៅ សហព័ទ្ធ (ប្តី/ប្រពន្ធ) ស្របច្បាប់
  - ខ. ៥០% នៃប្រាក់សំណងអត្ថប្រយោជន៍នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនទៅកាន់លំដាប់ភាគីដូចខាងក្រោម
    - ទី១. សហព័ទ្ធ (ប្តី/ប្រពន្ធ)ស្របច្បាប់ និងកូន(ៗ) ស្មើៗគ្នា
    - ទី២. សហព័ទ្ធ (ប្តី/ប្រពន្ធ)ស្របច្បាប់ និងឪពុក-ម្តាយ ស្មើៗគ្នា
    - ទី៣. សហព័ទ្ធ (ប្តី/ប្រពន្ធ)ស្របច្បាប់ និងបងប្អូនបង្កើត ស្មើៗគ្នា
    - ទី៤. អ្នកដែលបានកំណត់ដោយសេចក្តីសម្រេចរបស់គុណការ។

**៩. ការកែប្រែកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង**

- ក. ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនិងអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើការផ្លាស់ប្តូរអ្នកទទួលផលដូចមានចែងក្នុងចំណុច ៨។
- ខ. ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនិងអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើការតម្កើង ឬ កាត់បន្ថយទឹកប្រាក់ ធានារ៉ាប់រង ក្នុងអំឡុងរយៈពេលកំណត់នៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ដែលយោងទៅតាមសមតុល្យគណនីអេឡិចត្រូនិក (e-





wallet account) របស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ក្នុងសមាមាត្រសមស្របមួយ និង អាស្រ័យទៅលើ ដំណើរការចេញបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងរបស់ក្រុមហ៊ុន។ អត្ថប្រយោជន៍ក្រោមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដូចរៀបរាប់ក្នុងប្រការ 4 នឹងត្រូវកែសំរួលដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅតាមទឹកប្រាក់ធានារ៉ាប់រងចុងក្រោយ ហើយក្នុងករណីមានការទាមទារ សំណងស្របតាមលក្ខខណ្ឌ អត្ថប្រយោជន៍ក្រោមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដូចដែលបានផ្តល់ព័ត៌មានទៅកាន់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនឹងត្រូវផ្តល់ជូន។

**១០. ការបន្តកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង**

- ក. ផលិតផលនេះមានរយៈពេលកំណត់ ១ ឆ្នាំ ដែលមានសុពលភាពចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទមានសុពលភាពដូចមានចែងនៅក្នុងវិញ្ញាបនបត្រធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត រហូតដល់កាលបរិច្ឆេទកម្រប់ខ្ទប់នៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
- ខ. ផលិតផលនេះអនុញ្ញាតឲ្យមានការបន្តសុពលភាពកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រងបានបន្ទាប់ពីកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រងចាស់ផុតកំណត់ដែលការបន្តសុពលភាពនេះអនុញ្ញាតរហូតដល់ពេលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងមានអាយុ ៧០ (ចិតសិប) ឆ្នាំ។
- គ. ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និង/ឬ ក្រុមហ៊ុន មានសិទ្ធិក្នុងការមិនបន្តសុពលភាពកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង។

**១១. ការបញ្ចប់កិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង**

លោកអ្នកមានសិទ្ធិបោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងលើផលិតផលធានារ៉ាប់រងនេះនៅពេលណាមួយក៏បានក្នុងអំឡុងរយៈពេលកំណត់នៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។ លោកអ្នកអាចស្នើសុំបោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះដោយប្រើប្រាស់ទម្រង់ពាក្យបោះបង់ បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលផ្តល់ជូនដោយក្រុមហ៊ុន។ កាលបរិច្ឆេទមានសុពលភាពនៃការស្នើសុំបោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ នឹងចាប់ផ្តើមគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលក្រុមហ៊ុនទទួលបានទម្រង់ស្នើសុំបោះបង់យ៉ាងត្រឹមត្រូវនិងបំពេញយ៉ាងពេញលេញពីអ្នក។

បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើសុំបោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងរបស់អ្នក បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះនឹងត្រូវបញ្ចប់។ ពុំមានតម្លៃនៃការបោះបង់កិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រងនឹងត្រូវផ្តល់ជូនទេ ហើយពុំមានអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយនៅក្នុងបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះត្រូវបានទូទាត់ឡើយ។

**១២. ការលុបចោលកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង**

បន្ថែមពីលើលក្ខខណ្ឌខាងលើ បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនឹងត្រូវបញ្ចប់ដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលដែលហេតុការណ៍ណាមួយខាងក្រោមកើតឡើង៖

- ក. មរណភាពឬ ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ របស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬ
- ខ. ក្រុមហ៊ុនបានទូទាត់សំណងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្រោមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬ
- គ. បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើរបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ក្នុងការបោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬ
- ឃ. ដល់ថ្ងៃផុតកំណត់នៃរយៈពេលកំណត់នៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬ
- ង. អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងឈានដល់អាយុចិតសិប (៧០) ឆ្នាំ (អាយុថ្ងៃខ្ទប់កំណើតចុងក្រោយ) ឬ
- ច. ក្រុមហ៊ុនបញ្ចប់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃផលិតផលធានារ៉ាប់រងស្របតាមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃកិច្ចសន្យារ៉ាប់រងដែលមានចែងក្នុងឯកសារនេះ ឬ
- ឆ. មានស្ថានភាពផ្សេងទៀតដែលកំណត់ដោយបទប្បញ្ញត្តិស្តីពីធានារ៉ាប់រងដែលមានជាធរមាន។



**១៣. នីតិវិធីនៃការទាមទារសំណង**

ក្រុមហ៊ុនមានកាតព្វកិច្ចទូទាត់ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ ក្រោមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ ទៅឲ្យបុគ្គលណាដែលមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ស្របតាមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃកិច្ចសន្យារ៉ាប់រងនេះ លុះត្រាណាតែក្រុមហ៊ុនទទួលបានភស្តុតាងដែលចាំបាច់ និងអាចទុកចិត្តបានសម្រាប់ការដោះស្រាយសំណង។ ឯកសារខាងក្រោមនេះ ចាំបាច់ត្រូវមានសម្រាប់ការវាយ តម្លៃទៅលើការទាមទារសំណង៖

- ក. ទម្រង់បែបបទមួយដែលបានបំពេញចប់សព្វគ្រប់ ស្របតាមបទដ្ឋានរបស់ក្រុមហ៊ុនស្តីពីការស្នើសុំការទូទាត់ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រង និង
- ខ. ឯកសារពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ ដូចជា សំបុត្រមរណភាព សំបុត្រមរណភាពក្រៅប្រទេស ឬលិខិតនៃការដឹកសព ចូលមកក្នុងប្រទេសកំណើតវិញ ឬ លិខិតបូជាសព ប្រសិនបើហេតុការណ៍មរណភាពកើតឡើងនៅក្រៅប្រទេស កម្ពុជា ឬលិខិតបញ្ជាក់ពីការពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ និង
- គ. ឯកសារដែលបញ្ជាក់ពីគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យនិងឯកសារវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលចេញដោយអាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ច (សម្រាប់ករណីគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ) ឬឯកសារវេជ្ជសាស្ត្រ (សម្រាប់ករណីមិនមែនគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ)
- ឃ. សម្រាប់ការទាមទារសំណងករណីមរណភាព ឯកសារបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនង (លិខិតថតចម្លង សៀវភៅគ្រួសារ ឬសៀវភៅស្នាក់នៅរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង) និង លិខិតថតចម្លង លិខិតឆ្លងដែនឬអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណអ្នកទាមទារសំណង
- ង. លិខិតថតចម្លង គណនីធនាគារ

ក្រុមហ៊ុនរក្សាសិទ្ធិក្នុងការស្នើសុំពីអ្នកទាមទារសំណងនូវឯកសារបន្ថែមទាក់ទងនឹងការទាមទារសំណងនេះ។ យើងនឹងប្រើប្រាស់សិទ្ធិនេះតែក្នុងករណីណាដែលមានភាពមិនច្បាស់លាស់ចំពោះស្ថានភាពជំងឺ និង/ឬស្ថានភាពរបួស និង/ឬតែក្នុងករណីពិសេសណាមួយដែលការទាមទារសំណងមានភាពមិនប្រក្រតីឬគួរឲ្យសង្ស័យ។

ក្នុងករណីមានការទាមទារសំណង អ្នកទាមទារសំណងអាចទាមទារដោយផ្ទាល់តាមរយៈពាក្យស្នើសុំតាមប្រព័ន្ធដីជីថលរបស់យើងដែលមានឈ្មោះថា Pulse ឬរាយការណ៍អំពីការទាមទារសំណងទៅកាន់ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាជ្ញាធិការ(LC) ឬ ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ(FC) ឬ ជើងសារធានារ៉ាប់រង ឬទាក់ទងមកកាន់ក្រុមការងារផ្នែកទាមទារសំណងរបស់ក្រុមហ៊ុន តាមរយៈមធ្យោបាយទំនាក់ទំនងដូចដែលបានបង្ហាញក្នុងគេហទំព័រ (website) របស់ក្រុមហ៊ុន។ រយៈពេលកំណត់សម្រាប់ការទាមទារអត្ថប្រយោជន៍ ក្រោមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ ត្រូវមានអំឡុងពេល ដូចខាងក្រោម៖

- ក. ម្ភៃបួន (២៤) ខែ គិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទទួលមរណភាព
- ខ. ដប់ពីរ (១២) ខែ គិតចាប់ពីពេលអាជ្ញាធរសុខាភិបាលចេញលិខិតវាយតម្លៃ ស្តីពីពិការភាពទាំងស្រុង និងជា អចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។

ក្រុមហ៊ុនទទួលខុសត្រូវក្នុងការវាយតម្លៃលើការទាមទារសំណងក្នុងរយៈពេលសាមសិប (៣០) ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចុះបញ្ជីការទាមទារសំណង និងគិតចាប់ពីពេលដែលក្រុមហ៊ុនទទួលបានគ្រប់ទម្រង់ និងឯកសារភស្តុតាង ដែលចាំបាច់ក្នុងការទូទាត់សំណងទាំងអស់។

បន្ទាប់ពីការសំរេចចិត្តរបស់ក្រុមហ៊ុនក្នុងការដោះស្រាយការទាមទារសំណង អត្ថប្រយោជន៍នឹងត្រូវផ្ទេរទៅគណនីធនាគាររបស់អ្នកទាមទារសំណង គណនីអេឡិចត្រូនិក e-wallet (ប្រសិនបើមាន) ឬតាមរយៈមូលប្បទានប័ត្រ (ប្រសិនបើមាន) ដោយផ្អែកលើព័ត៌មានដែលផ្តល់ដោយអ្នកទាមទារសំណងក្នុងអំឡុងពេលស្នើសុំការទាមទារសំណង។





**១៤. ការរក្សាព័ត៌មានសម្ងាត់**

រាល់ព័ត៌មាន របស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ដែលបានផ្តល់ជូនដល់ក្រុមហ៊ុន នឹងត្រូវរក្សា ជាការសម្ងាត់យ៉ាងតឹងរ៉ឹង ហើយមិនមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និង/ឬ ព័ត៌មានដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសុខភាពណាមួយ ត្រូវបានបង្ហាញដល់ភាគីទីបីដរាបណា៖

- ក. គ្មានការយល់ព្រមជាមុន ឬ
- ខ. ជាតម្រូវការផ្នែកច្បាប់ ឬ ការអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ ឬ បទប្បញ្ញត្តិជាធរមាន។

**១៥. ការផ្សះផ្សារវិវាទ**

ចំពោះគ្រប់វិវាទដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអាជីវកម្មធានារ៉ាប់រង ភាគីណាមួយនៃភាគីវិវាទអាចនាំយកវិវាទទៅជូនក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ ដើម្បីសម្រុះសម្រួលធ្វើការផ្សះផ្សារវិវាទមុននឹងប្តឹងទៅវេទិកាមជ្ឈត្តកម្ម ឬតុលាការមានសមត្ថកិច្ចលើកលែងតែរឿងព្រហ្មទណ្ឌ។

ចំពោះវិវាទដែលមិនអាចដោះស្រាយតាមរយៈការផ្សះផ្សារខាងលើ ភាគីនីមួយៗអាចដាក់វិវាទនេះទៅដោះស្រាយនៅតុលាការដែលមានអាយុក្នុងតំបន់ដែលទីស្នាក់ការកណ្តាលរបស់ក្រុមហ៊ុនតាំងនៅ។ ថ្ងៃចំណាយផ្សេងៗលើតុលាការជាបន្តករបស់ភាគីចាញ់ក្តី។ រយៈពេលកំណត់សម្រាប់ការដាក់បណ្តឹង ត្រូវមានអំឡុងពេលប្រាំ (៥) ឆ្នាំ គិតចាប់ពី កាលបរិច្ឆេទនៃព្រឹត្តិការណ៍ដែលនាំឲ្យកើតមានវិវាទដោយយោងទៅតាមបទប្បញ្ញត្តិពាក់ព័ន្ធដែលមានជាធរមាន។

**១៦. ដែនយុត្តាធិការ**

កិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រងនេះ ត្រូវអនុវត្តក្រោមដែនយុត្តាធិការនៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា។

**១៧. ការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតអំពីព័ត៌មានសំខាន់ៗ**

អ្នក និង អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ក្រោមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ មានកាតព្វកិច្ចផ្តល់នូវរាល់ព័ត៌មានពិតទាំងឡាយណាដែលមានសារៈសំខាន់សម្រាប់ធ្វើការវាយតម្លៃអំពីហានិភ័យ ដើម្បីចេញបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងការធានារ៉ាប់រងនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ។

ប្រសិនបើព័ត៌មានណាមួយដែលបានផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំពុំមានភាពត្រឹមត្រូវ យើងខ្ញុំរក្សាសិទ្ធិក្នុងការបញ្ចប់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬបដិសេធលើការស្នើសុំទាមទារសំណង។ ក្នុងករណីបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងត្រូវបានបញ្ចប់ នោះបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដែលបានបង់រួចនឹងមិនត្រូវបានទូទាត់ជូនវិញឡើយ។

**១៨. ប្រការស្តីពី ទណ្ឌកម្ម**

“ទណ្ឌកម្ម” មានន័យថា វិធានការរឹតត្បិតដែលបានដាក់លើ របបនយោបាយ ប្រទេស រដ្ឋាភិបាល អង្គការ បុគ្គល និង ឧស្សាហកម្មទាំងឡាយណា ដែលបានកំណត់ដោយស្ថាប័នអន្តរជាតិ ឬរដ្ឋាភិបាលក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ឬនៅក្រៅប្រទេស កម្ពុជាដែលរាប់បញ្ចូលដូចជា ការិយាល័យអនុវត្តទណ្ឌកម្មហិរញ្ញវត្ថុនៃរតនាគារជាតិរបស់ចក្រភពអង់គ្លេស អង្គការសហ ប្រជាជាតិ សហភាពអឺរ៉ុប ការិយាល័យគ្រប់គ្រងទ្រព្យសម្បត្តិបរទេសនៃនាយកដ្ឋានរតនាគារសហរដ្ឋអាមេរិក និងអង្គការ ស៊ើបការណ៍ហិរញ្ញវត្ថុកម្ពុជា។



ផ្ទុយពីព័ត៌មានដែលបានផ្តល់នៅក្នុងបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ ប្រសិនបើ៖

- ក. យើងដឹង ឬទទួលបានដំណឹងថាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬអគ្គហិរញ្ញវត្ថុដទៃទៀត ដែលមានឈ្មោះក្នុងដំណាក់កាលដាក់ពាក្យស្នើសុំ អ្នកត្រូវបានចាត់តាំង (nominee) អ្នកទទួលបាន បុគ្គលណាម្នាក់ ឬអង្គការទាំងឡាយណាដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ (រាប់បញ្ចូលទាំងអ្នកបង់ប្រាក់) មានឈ្មោះក្នុងបញ្ជីទណ្ឌកម្មណាមួយ ឬ
- ខ. ប្រសិនបើយើង ឬធនាគារ ឬភាគីទីបីដែលពាក់ព័ន្ធត្រូវបានរកឃើញថាមានការរំលោភបំពានទៅលើកាតព្វកិច្ច នៃគោលការណ៍ដាក់ទណ្ឌកម្ម តាមរយៈការចាត់វិធានការណាមួយទៅលើបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ វាចាំបាច់ដែល សុពលភាពរបស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះត្រូវបានបញ្ចប់ភ្លាមៗ និង/ឬការចាត់វិធានការផ្សេងទៀតដែលយើងគិតថា សមរម្យដូចជា ការជូនដំណឹងដល់អាជ្ញាធរ រដ្ឋាភិបាលដែលពាក់ព័ន្ធ នឹងការឃាត់ឃាំងការទូទាត់ប្រាក់ការបង្កក ប្រាក់ណាមួយដែលបានទូទាត់ជូនយើងខ្ញុំ និងការផ្ទេរ ឬទូទាត់សាច់ប្រាក់ ទៅកាន់អាជ្ញាធររដ្ឋាភិបាលដែល ពាក់ព័ន្ធនាមួយ។

យើងក៏នឹងមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះរាល់ការខាតបង់ណាមួយដែលអ្នក ឬនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតអាចនឹងទទួលបានដោយសារការចាត់វិធានការរបស់យើងក្រោមប្រការខាងលើនោះទេ។

ប្រការនេះ ក៏ដូចជាលទ្ធភាពរបស់យើងក្នុងការទាមទារសំណងសម្រាប់ការខាតបង់ណាមួយដែលកើតមានឡើងដោយប្រការណាមួយ នឹងនៅតែមានសុពលភាពដដែល ទោះបីបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះត្រូវបានបញ្ចប់ក៏ដោយ។



**បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង**  
**ផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែម PRUសុខភាពខ្ញុំ**

តារាងមាតិកា

១. និយមន័យ .....	12
២. កម្មវត្ថុនៃការធានា .....	17
៣. វិសាលភាពនៃការធានា .....	17
៤. អត្ថប្រយោជន៍នៃការធានា .....	17
៥. បង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង.....	27
៦. ករណីមិនធានា.....	28
៧. ទីតាំងភូមិសាស្ត្រនៃការធានា.....	30
៨. លក្ខណៈសម្បត្តិអ្នកទទួលបានផល ឬ អ្នកទទួលសំណង .....	30
៨. ការកែប្រែកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង .....	30
១០. ការបន្តសុពលភាព ឬ ការបន្តសុពលភាពកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រងឡើងវិញ.....	31
១១. ការបញ្ចប់កិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង.....	33
១២. ការលុបចោលកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង .....	34
១៣. នីតិវិធីនៃការទាមទារសំណង .....	34
១៤. ការរក្សាព័ត៌មានសម្ងាត់ .....	37
១៥. ការផ្សព្វផ្សាយវិវាទ.....	37
១៦. ដែនយុត្តាធិការ .....	37



## បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែម PRUសុខភាពខ្ញុំ

បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះ ជាកិច្ចព្រមព្រៀងបន្ថែមរវាងក្រុមហ៊ុនព្រូឌីនស៊ីលកម្ពុជា និងម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ដើម្បីផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដល់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។

ពាក្យដែលប្រើនៅក្នុងផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះ ត្រូវមានន័យដូចគ្នាទៅនឹងពាក្យដែលប្រើក្នុងបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃផលិតផល ដែលផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះត្រូវបានភ្ជាប់មកជាមួយ។ ក្នុងករណីមានភាពខុសគ្នារវាងផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះ និងបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃផលិតផលដែលផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះត្រូវបានភ្ជាប់មកជាមួយនោះបញ្ញត្តិនៅក្នុងផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះត្រូវយកជាគោល។

### ១. និយមន័យ

- ១.១ **គម្រោងសុខភាព** សំដៅលើគម្រោងសុខភាពដែលបានកំណត់ដោយក្រុមហ៊ុនព្រូឌីនស៊ីលកម្ពុជា និងបានជ្រើសរើសដោយម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៅពេលជ្រើសរើសផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះ ដោយត្រូវបានបញ្ជាក់នៅក្នុងវិញ្ញាបនបត្រធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត ឬលិខិតបញ្ជាក់ការផ្លាស់ប្តូរចុងក្រោយបំផុត (ប្រសិនបើមាន)។ ក្រុមហ៊ុនរក្សាសិទ្ធិក្នុងការដកហូតគម្រោងសុខភាពណាមួយដែលបានផ្តល់ជូន។ ក្រុមហ៊ុននឹងជូនដំណឹងទៅម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរយ៉ាងហោចណាស់ 30 (សាមសិប) ថ្ងៃមុនកាលបរិច្ឆេទបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះ។
- ១.២ **កាលបរិច្ឆេទចេញបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង** គឺជាកាលបរិច្ឆេទដែលក្រុមហ៊ុនចេញវិញ្ញាបនបត្រធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត ជូនម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងត្រូវបានបញ្ជាក់នៅក្នុងវិញ្ញាបនបត្រធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត។
- ១.៣ **កាលបរិច្ឆេទមានសុពលភាពនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង** គឺជាកាលបរិច្ឆេទដែលត្រូវបានបញ្ជាក់នៅក្នុងវិញ្ញាបនបត្រធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត ហើយគឺជាកាលបរិច្ឆេទដែលម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងបានបំពេញយ៉ាងត្រឹមត្រូវនូវទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រង និងបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងគ្រប់ចំនួន ដោយយកកាលបរិច្ឆេទចុងក្រោយគេ យោងតាមឯកសារនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដូចមានចែងក្នុងឯកសារនេះ ដរាបណាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅតែមានជីវិតនៅកាលបរិច្ឆេទចេញវិញ្ញាបនបត្រធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត។
- ១.៤ **កាលបរិច្ឆេទបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ** គឺជាកាលបរិច្ឆេទដែលសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង នៃផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះ ត្រូវបានបន្តឡើងវិញដោយមានការអនុម័តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីក្រុមហ៊ុន។
- ១.៥ **កាលបរិច្ឆេទខួបប្រចាំឆ្នាំនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង** គឺជាកាលបរិច្ឆេទខួបប្រចាំឆ្នាំនៃកាលបរិច្ឆេទមានសុពលភាពនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
- ១.៦ **កាលបរិច្ឆេទបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង** គឺជាថ្ងៃនៃកាលបរិច្ឆេទខួបប្រចាំឆ្នាំនៃផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះ។
- ១.៧ **ឆ្នាំបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង** គឺជារយៈពេលចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទមានសុពលភាពនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងរហូតដល់កាលបរិច្ឆេទខួបប្រចាំឆ្នាំនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងបន្ទាប់។
- ១.៨ **រយៈពេលរងចាំ** សំដៅទៅលើរយៈពេលជាក់លាក់ណាមួយ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចេញបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ ឬបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការផ្លាស់ប្តូរផែនការសុខភាព (បន្ថែមអត្ថប្រយោជន៍ថ្មី ឬតម្លើងអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានស្រាប់) នៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះ ឬផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមណាមួយផ្សេងទៀត ដោយយកកាលបរិច្ឆេទចុងក្រោយគេ ហើយនៅក្នុងអំឡុងពេលនេះនឹងមិនមានសំណង ឬអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយត្រូវផ្តល់ជូនទេ។
- ១.៩ **ទីតាំងភូមិសាស្ត្រ** សំដៅលើប្រទេស និងទឹកដីណាមួយដែលក្រុមហ៊ុនយល់ព្រមក្នុងការទូទាត់ចំណាយ វេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ក្នុងកំឡុងពេលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃ



ផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះនៅមានសុពលភាព ដោយផ្អែកទៅលើគម្រោងសុខភាពដែលបាន ជ្រើសរើស និង មានសុពលភាពសម្រាប់ផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះ។

- ១.១០ ការចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយ (Co-Payment)** គឺជាចំនួនទឹកប្រាក់នៃថ្លៃព្យាបាលជាក់ស្តែងដែលម្ចាស់ បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងត្រូវទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់សម្រាប់ព្រឹត្តិការណ៍ធានារ៉ាប់រងនីមួយៗនៅក្រោមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃ ផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះ ដោយកំណត់ជាអតិបរមាត្រឹមចំនួនទឹកប្រាក់ដូចបានបញ្ជាក់ក្នុងប្រការ 4.1 ស្តីពី គម្រោងសុខភាព។ ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្នុងការចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយ អាច លើស ពីចំនួនទឹកប្រាក់កំណត់ នៅពេលដែលការទាមទារសំណងសម្រាប់ប្រភេទនៃការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រនីមួយៗ លើ សពីទំហំអត្ថប្រយោជន៍រង (Sub-Limit)។
- ១.១១ វេជ្ជបណ្ឌិត/អ្នកអនុវត្តវេជ្ជសាស្ត្រ/គ្រូពេទ្យឯកទេស/គ្រូពេទ្យ/គ្រូពេទ្យរះកាត់** សំដៅលើបុគ្គលដែលមានសញ្ញា បត្រជំនាញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលទទួលស្គាល់ដោយអាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ច និង ផ្តល់អាជ្ញាបណ្ណឱសថ ក្នុងវិសាល ភាពនៃអាជ្ញាបណ្ណដែលផ្តល់ដោយច្បាប់ និងបទប្បញ្ញត្តិពាក់ព័ន្ធនានា។
- ១.១២ គិលានុបដ្ឋាយិកា** សំដៅលើបុគ្គលដែលមានសញ្ញាបត្រជំនាញផ្នែកថែទាំអ្នកជំងឺដែលទទួលស្គាល់ដោយអាជ្ញាធរ មានសមត្ថកិច្ច និង ផ្តល់អាជ្ញាបណ្ណថែទាំអ្នកជំងឺក្នុងវិសាលភាពនៃអាជ្ញាបណ្ណដែលផ្តល់ដោយច្បាប់ នៅកន្លែង ដែលបុគ្គលនេះអនុវត្តសេវាថែទាំអ្នកជំងឺ។
- ១.១៣ ស្ថាប័នផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺដោយមិនចាំបាច់សម្រាកព្យាបាល (Outpatient Health Service Provider)** សំដៅលើអង្គការដែលមានអាជ្ញាបណ្ណស្របច្បាប់ និងធ្វើប្រតិបត្តិការដោយអនុលោមតាមច្បាប់របស់ប្រទេស ដែលស្ថាប័នផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺដោយមិនចាំបាច់សម្រាកព្យាបាលនោះស្ថិតនៅ ក្នុងគោលបំណងចម្បងផ្តោត ទៅលើការពិនិត្យសុខភាព និងការព្យាបាលជំងឺដោយមិនតម្រូវឲ្យមានការតាមដានជំងឺឆ្លងថ្ងៃ។
- ១.១៤ មន្ទីរពេទ្យ** សំដៅលើគ្រឹះស្ថានរដ្ឋ ឬឯកជនស្របច្បាប់ដែលបានចុះបញ្ជី និងត្រូវបានទទួលស្គាល់ ដោយអាជ្ញា ធរមានសមត្ថកិច្ច ទៅតាមទីតាំងភូមិសាស្ត្រ ហើយស្របតាមលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម៖

  - ក. ប្រតិបត្តិការជាចម្បងសម្រាប់ការទទួលថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺចំពោះអ្នកឈឺ និងរងរបួសដែលសម្រាក នៅ មន្ទីរពេទ្យ
  - ខ. ផ្តល់ជូនសេវាថែទាំ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាដែលបានចុះបញ្ជី ឬបញ្ចប់ការ សិក្សាត្រឹម ត្រូវ
  - គ. មានបុគ្គលិកដែលជាគ្រូពេទ្យយ៉ាងតិចមួយនាក់ដែលប្រចាំការគ្រប់ពេលវេលា
  - ឃ. មានគ្រឿងបរិក្ខារគ្រប់គ្រាន់ត្រឹមត្រូវ ដើម្បីធ្វើការវិភាគកោសល្យវិច័យ និងការរះកាត់ធំៗ
  - ង. មិនមែនជាគ្លីនិក ស្ថាប័នផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺដោយមិនចាំបាច់សម្រាកព្យាបាល មណ្ឌលថែទាំ ឬគ្រឹះ ស្ថានប្រហាក់ប្រហែល ឬមណ្ឌលថែទាំទាស់ជរា អ្នកដែលមានបញ្ហាផ្លូវចិត្ត អ្នកញៀនស្រា ឬគ្រឿងញៀន និង
  - ច. មានបំពាក់ឧបករណ៍សម្រាប់ ការថតកាំរស្មីអិច (X-Ray) និងគ្រឿងបរិក្ខារសម្រាប់រះកាត់ជាដើម។
- ១.១៥ បន្ទប់ និង ការស្នាក់នៅ** សំដៅដល់គ្រែ និងបន្ទប់របស់មន្ទីរពេទ្យ ហើយរួមបញ្ចូលអាហារស្នាក់នៅសម្រាប់អ្នកជំងឺ។
- ១.១៦ បន្ទប់រះកាត់** គឺជាផ្នែកមួយនៃមន្ទីរពេទ្យដែលបំពាក់នូវឧបករណ៍ត្រឹមត្រូវ និងចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការ រះ កាត់។
- ១.១៧ ការចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬ សេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ** គឺជាសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលបានបញ្ជាក់ ដោយវេជ្ជ បណ្ឌិត និងកំណត់របស់ក្រុមហ៊ុនថា៖

  - ក. សមស្រប និងចាំបាច់សម្រាប់ការវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលក្នុងការកំណត់សម្រាប់ជំងឺ ឬ របួសរបស់ អ្នកត្រូវ បានធានារ៉ាប់រង និង
  - ខ. មានរបៀប នីតិវិធី និង រយៈពេលនៃការព្យាបាលដែលស្របទៅនឹងគោលការណ៍ណែនាំនៃវេជ្ជសាស្ត្រ ការ ថែទាំសុខភាព អង្គការស្រាវជ្រាវ ឬ ស្ថាប័នរដ្ឋាភិបាល ដែលបានអនុម័តដោយក្រុមហ៊ុន និង
  - គ. មិនមែនសម្រាប់ភាពងាយស្រួលរបស់អ្នកជំងឺ ឬ សាច់ញាតិអ្នកជំងឺ ឬ វេជ្ជបណ្ឌិត។



**១.១៨ ការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ** សំដៅដល់ការចំណាយទៅលើផលិតផលវេជ្ជសាស្ត្រ និង/ឬ សេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដោយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ដូចបានបញ្ជាក់នៅក្នុងបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ ហើយត្រូវតែបំពេញនូវលក្ខខណ្ឌ ដូចខាងក្រោម៖

- ក. កើតឡើងដោយអនុលោមតាមវិសាលភាពនៃអាជ្ញាបណ្ណធ្វើប្រតិបត្តិការរបស់មន្ទីរពេទ្យ ឬ ស្ថាប័នផ្តល់ សេវាព្យាបាលជំងឺដោយមិនចាំបាច់សម្រាកព្យាបាល និង
- ខ. កើតឡើងដោយអនុលោមតាមកស្មតាងវិទ្យាសាស្ត្រដែលបានទទួលស្គាល់ និង
- គ. កើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះមានសុពលភាព និង
- ឃ. ត្រូវបង់សម្រាប់សេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និង
- ង. មិនមែនជាការចំណាយ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ភាពងាយស្រួលរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និង
- ច. មិនស្ថិតក្នុងករណីមិនធានាដែលមានចែងក្នុងបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ និង
- ឆ. ត្រូវតែជាការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានកម្រិតសមហេតុផល និងប្រក្រតី។

**១.១៩ ការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានកម្រិតសមហេតុផល និងប្រក្រតី** សំដៅដល់

- ក. តម្លៃ ដែលមន្ទីរពេទ្យ និង/ឬ ស្ថាប័នផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺដោយមិនចាំបាច់សម្រាកព្យាបាល អនុវត្ត ទៅលើអ្នកជំងឺដែលមានស្ថានភាពសុខភាពដូចគ្នាទៅនឹងអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និង
- ខ. តម្លៃ បានកំណត់និងអនុវត្តស្រដៀងគ្នានៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និង/ឬ ស្ថាប័នផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺដោយ មិនចាំបាច់សម្រាកព្យាបាល ដែលមានកម្រិតស្តង់ដារដូចគ្នា ប្រភេទដូចគ្នា និងនៅក្នុងតំបន់ដូចគ្នា។

**១.២០ ទំហំអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំឆ្នាំសរុប (Policy Annual Limit)** គឺជាចំនួនទឹកប្រាក់អតិបរមាទូទាត់សម្រាប់ ការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រដែលកើតឡើងសម្រាប់សេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ក្នុងអំឡុងឆ្នាំបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនីមួយៗ ដូចបញ្ជាក់នៅក្នុងប្រការ 4.1 ស្តីពីគម្រោងសុខភាព។

**១.២១ ទំហំអត្ថប្រយោជន៍រង (Sub-Limit)** គឺជាការចំណាយអតិបរមាទៅលើប្រភេទនៃការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រនីមួយៗ ដែលកើតឡើងសម្រាប់សេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចបញ្ជាក់នៅក្នុងប្រការ 4.1 ស្តីពីគម្រោងសុខភាព។

**១.២២ ជំងឺ** គឺជាស្ថានភាពមិនប្រក្រតីនៃទម្រង់ រចនាសម្ព័ន្ធ ឬ មុខងារនៃសរីរាង្គ ឬ ជាលិកាមួយ ឬច្រើនក្នុងរាងកាយដែលកើតឡើងដោយសារតែភាពមិនប្រក្រតីខាងក្នុង ឬ កត្តាខាងក្រៅ។ គេចាត់ទុកថាជំងឺមួយបានចាប់ផ្តើម នៅពេលជំងឺនោះត្រូវបានពិនិត្យ ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ព្យាបាលដោយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬ វាបង្កឲ្យមានរោគសញ្ញាដែលធ្វើឲ្យ មនុស្សធម្មតាស្វែងរកការពិគ្រោះយោបល់ ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬ ព្យាបាលពីវេជ្ជបណ្ឌិត។

**១.២៣ ការដាក់ថ្នាំសណ្តាំ (Anesthesia)** សំដៅលើការប្រើប្រាស់ថ្នាំដើម្បីការពារការឈឺចាប់អំឡុងពេលវះកាត់ និងទម្រង់ការផ្សេងៗ។ គេអាចផ្តល់ឲ្យតាមការចាក់ ដកដង្ហើមចូល លាបលើស្បែក ថ្នាំបាញ់ បន្តក់ភ្នែក ឬបិទលើស្បែក។ វាធ្វើឲ្យអ្នកជំងឺបាត់បង់វិញ្ញាណឈឺចាប់ទាំងស្រុង ឬ ដោយផ្នែក ដោយមាន ឬ គ្មានបាត់បង់ស្មារតី។

**១.២៤ ជំងឺដាក់លាក់ដែលបានកំណត់** សំដៅដល់ជំងឺទាំងឡាយណាដែលបានរាយឈ្មោះនៅក្នុងជំងឺដាក់លាក់ដែលបានកំណត់ ដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងចំណុច 4.4 នៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ។

**១.២៥ ផលវិបាកនៃការមានគភ៌** សំដៅដល់ចំណុចដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងចំណុច 4.5 នៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ។

**១.២៦ ការសម្រាកព្យាបាល** សំដៅដល់ពេលដែលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ត្រូវបានអនុញ្ញាតិឲ្យចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យណាមួយ ក្រោមការថែទាំពីអ្នកអនុវត្តវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានអាជ្ញាបណ្ណត្រឹមត្រូវ ហើយដោយមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងការសម្រាកនៅលើគ្រែរបស់មន្ទីរពេទ្យ រយៈពេលអប្បបរមា 6 ម៉ោងជាប់គ្នាសម្រាប់ការព្យាបាលដោយវេជ្ជសាស្ត្រ និងសមស្របទៅនឹងរយៈពេលនៃការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។ នេះក៏រួមបញ្ចូលទាំងស្ថានភាព នៅពេលដែលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងបានទទួលមរណភាពមុនរយៈពេល 6 ម៉ោង បន្ទាប់ពីចូលសម្រាកព្យាបាល ក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។

**១.២៧ ការព្យាបាលដោយមិនចាំបាច់សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ** សំដៅដល់ការព្យាបាលដោយវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទទួលបានពីស្ថាប័នផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺដោយមិនចាំបាច់សម្រាកព្យាបាល ឬ មន្ទីរពេទ្យដែល បានបញ្ជាក់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិត។





**១.២៨ ការព្យាបាលមុនពេលចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ** សំដៅលើការពិនិត្យ ការធ្វើតេស្ត ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរូបភាព ដែលពាក់ព័ន្ធដោយផ្ទាល់ទៅនឹងជំងឺ ឬ រូបសដែលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងត្រូវចូលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ដែលមានការបញ្ជាក់ពីវេជ្ជបណ្ឌិត និងត្រូវធ្វើឡើងក្នុងអំឡុងរយៈពេល 30 (សាមសិប) ថ្ងៃមុនពេលចូលសម្រាក នៅមន្ទីរពេទ្យ។

**១.២៩ ការព្យាបាលក្រោយពេលចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ** សំដៅលើការតាមដានព្យាបាល ដែលបញ្ជាក់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិត ក្រោយពីចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យភ្លាម ហើយរួមមានការផ្តល់ដំបូន្មានផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ការពិនិត្យ ការធ្វើតេស្ត ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរូបភាព ការចេញវេជ្ជបញ្ជាថ្នាំ ដែលពាក់ព័ន្ធដោយផ្ទាល់ទៅនឹងជំងឺ ឬ រូបសដែល អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងត្រូវចូលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ និងដែលត្រូវធ្វើឡើងក្នុងអំឡុងរយៈពេល 60 (ហុកសិប) ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។

**១.៣០ មហារីក** សំដៅលើរោគវិនិច្ឆ័យនៃសាច់ដុំកាច កំណត់ដោយការលូតលាស់ដែលមិនអាចគ្រប់គ្រងបាន និងការរាលដាលនៃកោសិកាកាចជាមួយការរាតត្បាត និងបំផ្លាញជាលិកាធម្មតា។ ជំងឺមហារីកត្រូវមានការបញ្ជាក់កស្ថតាង ជាលិកាសាស្ត្រនៃភាពកាចរបស់វាដោយគ្រូពេទ្យឯកទេសកោសិការោគវិទ្យា។ ពាក្យមហារីករួមមានជំងឺមហារីកគ្រាប់ឈាមស ជំងឺមហារីកកូនកណ្តុរ មហារីកជាលិកាសន្ទាន មហារីកខ្នងឆ្អឹង និង មហារីកកោសិកាសុក។

ករណីខាងក្រោមនេះមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលទេ៖

- ក. ដុំសាច់ទាំងអស់ដែលជាដុំមហារីកមិនទាន់រីករាលដាល (carcinoma-in-situ) និង ដុំដែលត្រូវបាន ធ្វើចំណាត់ថ្នាក់តាមជាលិកាសាស្ត្រដូចជា ដុំដែលមិនទាន់ក្លាយជាមហារីក ដុំដែលមិនរីករាលដាលទៅ កោសិកាដទៃ រាប់បញ្ចូលទាំងដុំមហារីកមិនទាន់រីករាលដាលនៃសុដន់ ការលូតលាស់មិនធម្មតានៃ កោសិកាអេពីស្យូមមាត់ស្បូន (CIN) ដែលបង្ហាញពីដំណាក់កាលទី 1 (CIN I) ដំណាក់កាលទី 2 (CIN II) និង ដំណាក់កាលទី 3 (CIN III)
- ខ. មហារីកកោសិកាស្តាមីស ឬ មហារីកកោសិកាបាសលនៃមហារីកស្បែក ដែលត្រូវព្យាបាលដោយការព្យាបាលរះកាត់តែប៉ុណ្ណោះ
- គ. ជំងឺមហារីកស្បែក (Melanoma) ដំណាក់កាលដំបូង ត្រូវបានគេធ្វើចំណាត់ថ្នាក់តាម ប្រព័ន្ធ (The American Joint Committee on Cancer)
- ឃ. គ្រប់ដុំសាច់ទាំងអស់ដែលកើតមានលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (HIV)
- ង. ដុំដែលមានប៉ូតង់ស្យែលវិវត្តទៅជាដុំមហារីកក្នុងកម្រិតទាប
- ច. មហារីកដែលកើតឡើងវិញ ឬ រាលដាលដល់ផ្នែកផ្សេងទៀតនៃរាងកាយ ដែលដុំសាច់ ដំបូងកើតឡើងមុនពេលបណ្តុះសន្យារ៉ាប់រងមានសុពលភាព ឬ ក្នុងអំឡុងរយៈពេលរងចាំបន្ទាប់ពីបណ្តុះសន្យារ៉ាប់រងមានសុពលភាព។

**១.៣១ ការព្យាបាលជំងឺមហារីក** រួមមានការព្យាបាលដោយសម្រាក និងមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ជាមួយការព្យាបាលដោយប្រើគីមី ការព្យាបាលដោយកាំរស្មី និងការព្យាបាលជំងឺមហារីកដោយកំណត់គោលដៅ។ ការពិនិត្យសុខភាពតាមដានក្រោយជាសះស្បើយមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមអត្ថប្រយោជន៍នេះទេ។

**១.៣២ ការរះកាត់ដោយសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ** សំដៅលើការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រដោយទម្រង់ការរះកាត់ ដែលតម្រូវឲ្យមានការប្រើប្រាស់ថ្នាំស្តីកឬថ្នាំសណ្តំដើម្បីព្យាបាលជំងឺ ឬ រូបសដោយគ្រូពេទ្យសព្វសាស្ត្រមានអាជ្ញាបណ្ណត្រឹមត្រូវនៅក្នុងបន្ទប់រះកាត់នៃមន្ទីរពេទ្យ។ ទម្រង់ការរះកាត់ធ្វើឡើងក្រៅបន្ទប់រះកាត់នៃមន្ទីរពេទ្យមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនោះទេ។ អត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងនឹងទូទាត់ទៅលើថ្ងៃចំណាយដូចខាងក្រោម៖

- ក. ថ្លៃរះកាត់
- ខ. ថ្លៃសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំស្តីក និងអុកស៊ីសែនសម្រាប់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និង
- គ. ថ្លៃបន្ទប់ និងបរិក្ខាររះកាត់។

**១.៣៣ ការរះកាត់ក្នុងថ្ងៃ** សំដៅលើទម្រង់ការរះកាត់ដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងការព្យាបាលដែលពាក់ព័ន្ធ ដែលចេញវេជ្ជបញ្ជាពីគ្រូពេទ្យ ចំពោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងបន្ទប់រះកាត់ក្នុងថ្ងៃនៃមន្ទីរពេទ្យ ហើយដែល អ្នកត្រូវបាន



ធានារ៉ាប់រងចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ប៉ុន្តែមិនមែនសម្រាកមួយយប់ទេ។ ការរះកាត់ក្នុងថ្ងៃណាមួយ ដែលធ្វើឡើងក្នុងគោលបំណងពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និង/ឬ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងការព្យាបាលជំងឺ ឬ រូបសណ្ឋានមួយ និងមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនោះឡើយ។ ទម្រង់ការរះកាត់ធ្វើឡើងក្រៅបន្ទប់រះកាត់នៃមន្ទីរពេទ្យ មិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនោះទេ។ អត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងនេះមានទៅលើថ្ងៃចំណាយដូចខាងក្រោម៖

- ក. ថ្ងៃរះកាត់
- ខ. ថ្ងៃសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំស្ត្រីក និងអុកស៊ីសែនសម្រាប់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និង
- គ. ថ្ងៃបន្ទប់ និងបរិក្ខាររះកាត់។

**១.៣២ ថ្ងៃរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់** គឺជាការដឹកបញ្ជូនលើគោលបំណងចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលបានចុះបញ្ជី ទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យក្នុងតំបន់ ដោយសារតម្រូវការសង្គ្រោះបន្ទាន់។ “ក្នុងតំបន់” សំដៅលើក្នុងប្រទេសដែលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងស្ថិតនៅ នៅពេលពួកគេត្រូវការសេវានេះ។ គ្រប់មធ្យោបាយនៃការដឹកជញ្ជូនផ្សេងទៀត (ឧទ្ធាហ៍គម្រ យន្តហោះ -ល-) មិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលឡើយ។

**១.៣៥ ការលាងសម្អាតតំរងនោម (ការលាងឈាម)** គឺជាការព្យាបាលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយការលាងឈាម ដោយមិនកំណត់ថាការព្យាបាលនេះទទួលបាន ដោយការសម្រាក ឬមិនសម្រាកនៅមជ្ឈមណ្ឌលលាងឈាមដែលបានចុះបញ្ជីស្របច្បាប់នោះឡើយ។

**១.៣៦ សេវាក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងសេវាពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗ** សំដៅលើថ្ងៃចំណាយដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងដែលមានកម្រិតសមហេតុផល និងប្រក្រតី កើតឡើងសម្រាប់សេវាដូចខាងក្រោម ក្នុងអំឡុងពេលសម្រាក នៅមន្ទីរពេទ្យ ដោយសារជំងឺ ឬ រូបសណ្ឋានដែលណាមួយ៖

- ក. ថ្នាំទាំងអស់ ការរុំរូបស ឬ ឌីសថដែលចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយគ្រូពេទ្យព្យាបាលសម្រាប់ការ ប្រើប្រាស់ក្នុងមន្ទីរពេទ្យ
  - ខ. ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និង/ឬ ពិនិត្យស្រាវជ្រាវ (ឧទាហរណ៍ ECG CT/MRI/PET ការធ្វើតេស្តឈាម ពិនិត្យជាលិកាសាស្ត្រ ការស្ទង់រូប (X-ray) ជាដើម) ដែលចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយគ្រូពេទ្យពិនិត្យ
  - គ. ថ្លៃពិគ្រោះ និងព្យាបាលរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស និង/ឬ វេជ្ជបណ្ឌិត នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ
  - ឃ. សេវាកិលានុប្បដ្ឋាយិកាទូទៅ
  - ង. ការចាក់បញ្ចូលតាមសរសៃឈាមនូវថ្នាំ និងសូលុយស្យុង ឬ ការបញ្ចូលឈាម និង ប្លាស្មា ដែលត្រូវបានប្រើខណៈពេលដែលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាកព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ
  - ច. សេវា និងការផ្គត់ផ្គង់បន្ថែមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត ដែលចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយគ្រូពេទ្យព្យាបាលសម្រាប់ ការប្រើប្រាស់ក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។
- ក្រុមហ៊ុននឹងមិនទូទាត់សម្រាប់ការចំណាយទៅលើផលិតផល ឬ សេវាណាដែលមិនចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររួមមាន តែមិនកំណត់ដូចជា ទូរស័ព្ទ សេវាអ៊ីនធើណែត ស្ប៉ា អាហារសម្រាប់អ្នកកំដរ ឬ ភ្ញៀវ វិទ្យុ ទូរទស្សន៍ ម៉ាស៊ីនថតចម្លង វត្ថុផ្ទាល់ខ្លួន របាយការណ៍ ឬ ភស្តុតាងវេជ្ជសាស្ត្រ និងការចំណាយស្រដៀងគ្នាផ្សេងទៀត ដែលបានកំណត់ដោយក្រុមហ៊ុនតាមភាពសមហេតុផល នឹងមិនត្រូវបានទូទាត់ជូនក្រោមបណ្តាសន្យារ៉ាប់រងនៃ ផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះឡើយ។

**១.៣៧ ផ្នែកប្រពោធនកម្ម (ICU)** សំដៅទៅលើនាយកដ្ឋាន ឬផ្នែកនៃមន្ទីរពេទ្យ មិនមែនបន្ទប់សម្រាកក្រោយការរះកាត់ ឬបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ និងមានកន្លែងសម្រាប់សម្រាកព្យាបាលដែលមានលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម៖

- ក. បង្កើតឡើងដោយមន្ទីរពេទ្យដើម្បីផ្តល់សេវាផ្នែកប្រពោធនកម្ម និងកម្មវិធីព្យាបាល និង
- ខ. សម្រាប់តែអ្នកជំងឺធ្ងន់ធ្ងរដែលតម្រូវឲ្យមានការត្រួតពិនិត្យ 24/7 ដោយវេជ្ជបណ្ឌិត ក្រោមការវិនិច្ឆ័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត និង
- គ. មានបំពាក់បរិក្ខារពេទ្យចាំបាច់ ថ្នាំ និងឧបករណ៍សង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលអាចប្រើបានក្នុងករណីបន្ទាន់។

**១.៣៨ ស្ថានភាព ឬជំងឺមានពីមុនស្រាប់** សំដៅទៅលើរូបសណ្ឋានដែលបង្កឡើងដោយគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ ឬ ជំងឺដែលត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ/ចាប់ផ្តើមចេញរោគសញ្ញា/បានចេញរោគសញ្ញា ឬ ការចេញរោគសញ្ញានៃជំងឺណាមួយដែលបណ្តាល



ឲ្យអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងស្វែងរកការប្រឹក្សា ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬ ការព្យាបាលដោយវេជ្ជបណ្ឌិតនៅមុន កាលបរិច្ឆេទចេញបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬ កាលបរិច្ឆេទបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ ដោយយកកាលបរិច្ឆេទចុងក្រោយគេ។ កំណត់ត្រានៃការព្យាបាល ប្រវត្តិនៃការព្យាបាលដែលតម្កល់នៅមន្ទីរពេទ្យ ឬ ស្ថាប័នផ្តល់សេវាព្យាបាលដំដៅដោយមិនចាំបាច់សម្រាកព្យាបាលដែលស្របច្បាប់ ព័ត៌មានដែលបានអះអាងដោយអ្នកត្រូវ បានធានារ៉ាប់រង ត្រូវបានចាត់ទុកជាកត្តាពេញលេញ និងស្របច្បាប់នៃស្ថានភាព ឬដំដៅមានពីមុនស្រាប់។

- ១.៣៩ **ក្នុងហេតុការណ៍តែមួយ** សំដៅលើការព្យាបាលទៅលើគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ ឬ ជំងឺដូចគ្នា និង ដែលមានរយៈពេល អតិបរមា 360 (បីរយហុកសិប) ថ្ងៃ។
- ១.៤០ **ការសង្គ្រោះបន្ទាន់** សំដៅលើរបួស ឬ ជំងឺដែលមានលក្ខណៈស្រួចស្រាវ បង្កហានិភ័យភ្លាមៗដល់អាយុជីវិត ឬ សុខភាពរយៈពេលវែងរបស់មនុស្ស និងតម្រូវឲ្យមានការអន្តរាគមន៍វេជ្ជសាស្ត្រជាបន្ទាន់ ដែលអ្នកត្រូវបាន ធានារ៉ាប់រងត្រូវទទួលបានបន្ទាប់ពីការចាប់ផ្តើមនៃស្ថានភាពនេះនេះ (ឬមិនយូរប៉ុន្មានអាចមានការថែទាំ ប៉ុន្តែក្នុងករណីមិនលើសពី 24 (ម្ភៃបួន) ម៉ោងបន្ទាប់ពីការចាប់ផ្តើម)។

**២. កម្មវត្ថុនៃការធានា**

ផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែម នេះផ្តល់ជូនការធានារ៉ាប់រងទៅលើរូបរាងកាយ ដែលរងរបួស និង/ឬ មានជំងឺដែល បណ្តាលឲ្យអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទទួលបានការព្យាបាលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

**៣. វិសាលភាពនៃការធានា**

ផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែម នេះមានវិសាលភាព ធានារ៉ាប់រងទៅលើ រូបរាងកាយ ដែលរងរបួស និង/ឬ មាន ជំងឺ ដែលបណ្តាលឲ្យអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទទួលបានការព្យាបាលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលបង្កមកពីគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ ឬ មិនមែនគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ។

**៤. អត្ថប្រយោជន៍នៃការធានា**

**៤.១ គម្រោងសុខភាព**

ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាចជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពមួយក្នុងចំណោមគម្រោងសុខភាពដែលបានបង្ហាញក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ខាងក្រោម។ គម្រោងសុខភាពដែលបានជ្រើសរើសដោយម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនឹងត្រូវបានបញ្ជាក់នៅលើវិញ្ញាបនបត្រធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត។

ក្នុងអំឡុងពេលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងមានសុពលភាព ក្រុមហ៊ុននឹងទូទាត់ការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រកើតឡើងដោយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ក្រោមគម្រោងសុខភាពដែលបានជ្រើសរើស និងផ្អែកទៅលើទំហំអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំឆ្នាំសរុប និងទំហំអត្ថប្រយោជន៍រង ដែលមានចែងក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ និងទៅតាមទីតាំងភូមិសាស្ត្រ។

អត្ថប្រយោជន៍ (ជាដុល្លារអាមេរិក ក្នុងមួយឆ្នាំបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង)	គម្រោង 1 (កញ្ចប់សំរិទ្ធ)	គម្រោង 2 (កញ្ចប់ប្រាក់)	គម្រោង 3 (កញ្ចប់មាស)	គម្រោង 4 (កញ្ចប់ពេជ្រ)
ទីតាំងភូមិសាស្ត្រ	ប្រទេសកម្ពុជា	ប្រទេសកម្ពុជា វៀតណាម និង ថៃ	ប្រទេសក្នុង តំបន់អាស៊ាន លើកលែងសិង្ហ បុរី	ប្រទេសក្នុង តំបន់អាស៊ាន



អត្ថប្រយោជន៍ (ជាដុល្លារអាមេរិក ក្នុងមួយឆ្នាំបណ្តុះបណ្តាលសរុបរ៉ាប់រង)		គម្រោង 1 (កញ្ចប់សំរិទ្ធ)	គម្រោង 2 (កញ្ចប់ប្រាក់)	គម្រោង 3 (កញ្ចប់មាស)	គម្រោង 4 (កញ្ចប់ពេជ្រ)
ទំហំអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំឆ្នាំសរុប (អនុវត្តទៅលើចំណុចទី 1 ដល់ ទី 4)		5,000	10,000	30,000 (ទំហំអត្ថប្រយោជន៍រងសម្រាប់ប្រទេសកម្ពុជា 10,000)	50,000 (ទំហំអត្ថប្រយោជន៍រងសម្រាប់ប្រទេសកម្ពុជា 10,000)
ចំនួនអតិបរមានៃការចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយ (20%) ក្នុងហេតុការណ៍តែមួយ		100	150	500	700
<b>1 ការព្យាបាលជំងឺមហារីក</b>					
1.1	ការសម្រាកព្យាបាលជំងឺមហារីកដោយសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ និងមិនសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (រួមមានការព្យាបាលដោយប្រើគីមី ការព្យាបាលដោយកាំរស្មី ការព្យាបាលដោយកំណត់គោលដៅ) (មិនមានទំហំអត្ថប្រយោជន៍តាមប្រភេទ ប៉ុន្តែទំហំអត្ថប្រយោជន៍ថ្លៃបន្ត និងការស្នាក់នៅអនុវត្តតាមចំណុច 1.2)	រហូតដល់ទំហំអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំឆ្នាំសរុប	រហូតដល់ទំហំអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំឆ្នាំសរុប	រហូតដល់ទំហំអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំឆ្នាំសរុប	រហូតដល់ទំហំអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំឆ្នាំសរុប
1.2	ថ្លៃបន្ត និង ការស្នាក់នៅជាក់ស្តែងក្នុងមួយថ្ងៃ (ច្រើនបំផុតត្រឹម 80 ថ្ងៃ រួមបញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកប្រពោធនកម្ម)	25	50	250	500
<b>2 ការសម្រាកព្យាបាល ដែលមិនមែនជាការព្យាបាលជំងឺមហារីក</b>					
ទំហំអត្ថប្រយោជន៍រង (លើកលែងជំងឺមហារីក)					
2.1	ថ្លៃបន្ត និង ការស្នាក់នៅជាក់ស្តែងក្នុងមួយថ្ងៃ (ច្រើនបំផុតត្រឹម 80 ថ្ងៃ រួមបញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកប្រពោធនកម្ម)	25	50	250	500
2.2	ថ្លៃចំណាយជាក់ស្តែងផ្នែកប្រពោធនកម្មក្នុងមួយថ្ងៃ (ច្រើនបំផុតត្រឹម 30 ថ្ងៃ)	50	100	500	1,000
2.3	ថ្លៃចំណាយជាក់ស្តែងទៅលើការរកកាត់ដោយសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ	500	1,000	10,000	25,000 (10,000 សម្រាប់កម្ពុជា)
2.4	ថ្លៃចំណាយជាក់ស្តែងទៅលើការព្យាបាលមុនពេលចូលសម្រាកនៅមន្ទីរ	100	250	500	1,000



អត្ថប្រយោជន៍ (ជាដុល្លារអាមេរិក ក្នុងមួយឆ្នាំបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង)		គម្រោង 1 (កញ្ចប់សំរឹទ្ធ)	គម្រោង 2 (កញ្ចប់ប្រាក់)	គម្រោង 3 (កញ្ចប់មាស)	គម្រោង 4 (កញ្ចប់ពេជ្រ)
	ពេទ្យ (រហូតដល់ 30 ថ្ងៃមុនថ្ងៃចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ)				
2.5	ថ្លៃចំណាយជាក់ស្តែងទៅលើការព្យាបាលក្រោយពេលចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ច្រើនបំផុតត្រឹម 5 ដង (60 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីថ្ងៃចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ)	100	250	500	1,000
2.6	ថ្លៃចំណាយជាក់ស្តែងទៅលើសេវាក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងសេវាពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗ	1,000	2,000	6,000	10,000
2.7	ថ្លៃចំណាយជាក់ស្តែងទៅលើរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់	50	100	300	500
<b>3</b>	<b>ការព្យាបាលដោយមិនចាំបាច់សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ</b>				
3.1	ថ្លៃចំណាយជាក់ស្តែងទៅលើការរក្សាក្នុងថ្ងៃ	100	200	500	2,000
3.2	ថ្លៃចំណាយជាក់ស្តែងទៅលើការលាងឈាម	500	1,000	3,000	5,000
<b>4</b>	<b>ផលវិបាកនៃការមានគភ៌ (អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងត្រូវមានអាយុចាប់ពី 20 ទៅ 49 ឆ្នាំ)</b>				
4.1	ថ្លៃសម្រាកព្យាបាលនៅ ឬ មិននៅមន្ទីរពេទ្យជាក់ស្តែង (រយៈពេលរងចាំ 365 ថ្ងៃ)	500	1,000	3,000	5,000

**កំណត់ចំណាំ៖** ក្នុងករណីមរណភាព ឬ ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ ក្នុងអំឡុងពេល ឬ បន្ទាប់ពីពេលចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ អត្ថប្រយោជន៍នៃការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការព្យាបាលចុងក្រោយ នៅមុនពេលមានការបញ្ជាក់ពីមរណភាព ឬ ពិការភាពទាំងស្រុង និង ជាអចិន្ត្រៃយ៍ដោយវេជ្ជបណ្ឌិត នឹងអាចទាមទារសំណងបាន។ បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនឹងត្រូវបញ្ចប់ដោយស្វ័យប្រវត្តិ បន្ទាប់ពីការទូទាត់អត្ថប្រយោជន៍មរណភាព ឬ ពិការទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍។

**ការចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយ៖** ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងមានតួនាទីក្នុងការចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយ 20% ដោយកំណត់ជាអតិបរមាត្រឹមចំនួនទឹកប្រាក់ក្នុងហេតុការណ៍តែមួយ ដូចបានបញ្ជាក់ក្រោមគម្រោងសុខភាពនីមួយៗ។

**ការទូទាត់អត្ថប្រយោជន៍៖** ឧទាហរណ៍អំពីរបៀបនៃការទូទាត់អត្ថប្រយោជន៍សំណង ត្រូវបានរៀបរាប់នៅក្នុងចំណុច 4.2 នៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ។

**៤.២ ឧទាហរណ៍លើការគណនាអត្ថប្រយោជន៍ទូទាត់សំណងនៃគម្រោងសុខភាព**

ឧទាហរណ៍ខាងក្រោមបង្ហាញពីរបៀបនៃការគណនាអត្ថប្រយោជន៍ទូទាត់សំណង។ ជាដំបូង ទំហំអត្ថប្រយោជន៍រងសម្រាប់ អត្ថប្រយោជន៍នីមួយៗ ត្រូវអនុវត្តទៅលើថ្លៃចំណាយជាក់ស្តែង។ បន្ទាប់មក ថ្លៃចំណាយក្រោយពីគិតទៅលើទំហំអត្ថប្រយោជន៍នឹងត្រូវដកបន្ថែម 20% ទៀតសម្រាប់ការចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយដែលកំណត់ត្រឹមចំនួនអតិបរមាមួយក្នុងហេតុការណ៍តែមួយ។ អត្ថប្រយោជន៍ទូទាត់សំណងចុងក្រោយ ត្រូវផ្អែកទៅតាមទំហំអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំឆ្នាំសរុប។

**ឧទាហរណ៍ទី 1៖** អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងម្នាក់បានទិញ កញ្ចប់ផលិតផលធានារ៉ាប់រង **PRUសុខភាពខ្ពំ** គម្រោងទី 1 (5,000 ដុល្លារអាមេរិក) ហើយបានជួបគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍។ គាត់បានចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរយៈពេល 4 ថ្ងៃ ជាមួយថ្លៃចំណាយ



ជាក់ស្តែងសរុប 1,000 ដុល្លារអាមេរិកសម្រាប់ការព្យាបាល។ ក្នុងករណីសំណងមានសុពលភាពដោយ ផ្អែកលើបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង អត្ថប្រយោជន៍នឹងត្រូវទូទាត់ដូចខាងក្រោម៖

លេខ	អត្ថប្រយោជន៍	ថ្លៃចំណាយជាក់ស្តែង	ទំហំអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំឆ្នាំសរុប ឬ ទំហំអត្ថប្រយោជន៍រង	អត្ថប្រយោជន៍ទូទាត់សំណងក្រោយដកចេញទំហំអត្ថប្រយោជន៍រង	ការចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយ 20%	អត្ថប្រយោជន៍ទូទាត់សំណងក្រោយដកចេញការចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយ
	ការព្យាបាល	A	B	C= អប្បបរមានៃ (A,B)	D=20%*C	E=C-D
(1)	បន្ទប់ និង ការស្នាក់នៅប្រចាំថ្ងៃ	100 (25 ដុល្លារអាមេរិកក្នុងមួយថ្ងៃ x 4)	100 (25 ដុល្លារអាមេរិកក្នុងមួយថ្ងៃ x 4)	100	20	80
(2)	ការវះកាត់ដោយសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ	650	500	500	100	400
(3)	សេវាក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងសេវាពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗ	250	1,000	250	50	200
<b>(4)</b>	<b>សរុប (1) + (2) + (3)</b>	<b>1,000</b>		<b>850</b>	<b>170</b>	<b>680</b>
(5)	ចំនួនអតិបរមានៃការចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយក្នុងហេតុការណ៍តែមួយ				100	
(6)	ការកែតម្រូវលើការចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយ (D4) -(D5)					70
<b>(7)</b>	<b>ចំនួនសំណង</b>		<b>5,000</b>			<b>750</b>
	<b>អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវទូទាត់ជូនអប្បបរមានៃ (B7, E7)</b>					<b>750</b>

ចំនួនទឹកប្រាក់សំណងសរុប **750 ដុល្លារអាមេរិក** ត្រូវបានទូទាត់ជូន។ បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៅបន្តផ្តល់ការធានារ៉ាប់រង ដល់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនូវអត្ថប្រយោជន៍ដែលនៅសល់។





**ឧទាហរណ៍ទី 2៖** អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងម្នាក់បានទិញ កញ្ចប់ផលិតផលធានារ៉ាប់រង **PRUសុខភាពខ្ញុំ** គម្រោងទី 1 (5,000 ដុល្លារអាមេរិក)។ ក្នុងអំឡុងឆ្នាំបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង គាត់ត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺមហារីក។ គាត់បានទទួលការសម្រាកព្យាបាលទៅលើស្ថានភាពដែលមានការធានា ជាមួយថ្លៃចំណាយជាក់ស្តែងសរុប 3,000 ដុល្លារអាមេរិក ក្នុងការទាមទារសំណងលើកដំបូង។

លេខ	អត្ថប្រយោជន៍	ថ្លៃចំណាយជាក់ស្តែង	ទំហំអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំឆ្នាំសរុប ឬ ទំហំអត្ថប្រយោជន៍រង	អត្ថប្រយោជន៍ទូទាត់សំណងក្រោយដកចេញទំហំអត្ថប្រយោជន៍រង	ការចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយ 20%	អត្ថប្រយោជន៍ទូទាត់សំណងក្រោយដកចេញការចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយ
	សំណងលើកទី 1	A	B	C= អប្បបរមានៃ (A,B)	D=20%*C	E=C-D
(1)	ជំងឺមហារីក	2,000	5,000	2,000	400	1,600
(2)	បន្ទប់ និង ការស្នាក់នៅប្រចាំថ្ងៃ	1,000 (50 ដុល្លារអាមេរិកក្នុងមួយថ្ងៃ x 20)	500 (25 ដុល្លារអាមេរិកក្នុងមួយថ្ងៃ x 20)	500	100	400
<b>(3)</b>	<b>សរុប (1)+(2)</b>	<b>3,000</b>		<b>2,500</b>	<b>500</b>	<b>2,000</b>
(4)	ចំនួនអតិបរមានៃការចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយក្នុងហេតុការណ៍តែមួយ				100	
(5)	ការកែតម្រូវលើការចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយ (D3) - (D4)					400
<b>(6)</b>	<b>ចំនួនសំណង</b>		<b>5,000</b>			<b>2,400</b>
	អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវទូទាត់ជូនអប្បបរមានៃ (B6, E6)					<b>2,400</b>

អត្ថប្រយោជន៍នៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលនៅសល់	ថ្លៃចំណាយជាក់ស្តែង	ទំហំអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំឆ្នាំសរុប	អត្ថប្រយោជន៍ទូទាត់សំណងក្រោយដកចេញ	ការចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយ 20%	អត្ថប្រយោជន៍ទូទាត់សំណងក្រោយដកចេញ
--	--------------------	---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------



			ឬ ទំហំអត្ថប្រយោជន៍រង	ទំហំអត្ថប្រយោជន៍រង		ការចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយ
(7)	ទំហំអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំឆ្នាំសរុបដែលនៅសល់					2,600

ចំនួនទឹកប្រាក់សំណងសរុប **2,400 ដុល្លារអាមេរិក** ត្រូវបានទូទាត់ជូន។ បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៅបន្តផ្តល់ការធានារ៉ាប់រង ដល់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនូវអត្ថប្រយោជន៍ដែលនៅសល់។ បន្ទាប់មក មានការទាមទារសំណងជាលើកទី 2 ក្នុងអំឡុងឆ្នាំបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងតែមួយ ដែលមានថ្លៃចំណាយជាក់ស្តែងសរុប 5,000 ដុល្លារអាមេរិក ហើយវាត្រូវបានបញ្ជាក់ ថាជាហេតុការណ៍តែមួយទៅនឹងការទាមទារសំណងលើកដំបូង ផ្អែកលើនិយមន័យក្រោមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ។

លេខ	អត្ថប្រយោជន៍	ថ្លៃចំណាយជាក់ស្តែង	ទំហំអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំឆ្នាំសរុប ឬ ទំហំអត្ថប្រយោជន៍រង	អត្ថប្រយោជន៍ទូទាត់សំណងក្រោយដកចេញទំហំអត្ថប្រយោជន៍រង	ការចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយ 20%	អត្ថប្រយោជន៍ទូទាត់សំណងក្រោយដកចេញការចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយ
	សំណងលើកទី 2	A	B	C= អប្បបរមានៃ (A,B)	D=20%*C	E=C-D
(1)	ជំងឺមហារីក	2,500	3,400	2,500	500	2,000
(2)	បន្ទប់ និង ការស្នាក់នៅប្រចាំថ្ងៃ	2,500 (25 ដុល្លារអាមេរិកក្នុងមួយថ្ងៃ x 100)	1,500 (25 ដុល្លារអាមេរិកក្នុងមួយថ្ងៃ x 60)	1,500	300	1200
<b>(3)</b>	<b>សរុប (1)+(2)</b>	<b>5,000</b>		<b>4,000</b>	<b>800</b>	<b>3,200</b>
(4)	ចំនួនអតិបរមានៃការចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយក្នុងហេតុការណ៍តែមួយ				0	
(5)	ការកែតម្រូវលើដែនកំណត់នៃការចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយ (D3) -(D4)					800
<b>(6)</b>	<b>ចំនួនសំណង</b>		<b>2,600</b>			<b>4,000</b>



លេខ	អត្ថប្រយោជន៍	ថ្ងៃចំណាយ ជាក់ស្តែង	ទំហំអត្ថប្រយោជន៍ ប្រចាំឆ្នាំសរុប ឬ ទំហំអត្ថប្រយោជន៍រង	អត្ថប្រយោជន៍ ទូទាត់សំណង ក្រោយដកចេញ ទំហំអត្ថប្រយោជន៍រង	ការចូលរួម ចំណែកក្នុងការ ចំណាយ 20%	អត្ថប្រយោជន៍ ទូទាត់សំណង ក្រោយដកចេញ ការចូលរួម ចំណែកក្នុងការ ចំណាយ
	អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវទូទាត់ជូន អប្សរមាតិកា (B6, E6)					<b>2,600</b>

ចំនួនទឹកប្រាក់សំណង **2,600 ដុល្លារអាមេរិក** ត្រូវបានទូទាត់ជូន។ ដូច្នោះ អត្ថប្រយោជន៍សរុបចំនួន **5,000 ដុល្លារអាមេរិក** ត្រូវបានផ្តល់ជូនទៅកាន់អតិថិជន។

**ឧទាហរណ៍ទី 3៖** អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងម្នាក់បានទិញ កញ្ចប់ផលិតផលធានារ៉ាប់រង **PRUសុខភាពខ្ញុំ** គម្រោងទី 4 (50,000 ដុល្លារអាមេរិក)។ គាត់ត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យអស់រយៈពេល 30ថ្ងៃ ដោយសារជំងឺបេះដូងស្ថិតនៅក្នុងព្រឹត្តិការណ៍នៃការធានា ហើយថ្ងៃចំណាយជាក់ស្តែងសរុបសម្រាប់ការទាមទារសំណងលើកដំបូងត្រូវបានបង្ហាញតាមប្រភេទនីមួយៗដូចខាងក្រោម។

លេខ	អត្ថប្រយោជន៍	ថ្ងៃចំណាយ ជាក់ស្តែង	ទំហំអត្ថប្រយោជន៍ ប្រចាំឆ្នាំសរុប ឬ ទំហំអត្ថប្រយោជន៍រង	អត្ថប្រយោជន៍ ទូទាត់សំណង ក្រោយដកចេញ ទំហំអត្ថប្រយោជន៍រង	ការចូលរួម ចំណែកក្នុងការ ចំណាយ 20%	អត្ថប្រយោជន៍ ទូទាត់សំណង ក្រោយដកចេញ ការចូលរួម ចំណែកក្នុងការ ចំណាយ
	ការព្យាបាល	A	B	C= អប្សរមាតិកា នៃ (A,B)	D=20%*C	E=C-D
(1)	បន្ទប់ និង ការស្នាក់នៅ ប្រចាំថ្ងៃ	15,000 (500 ដុល្លារ អាមេរិកក្នុង មួយថ្ងៃ x 30)	15,000 (500 ដុល្លារអាមេរិ កក្នុងមួយថ្ងៃ x 30)	15,000	3,000	12,000
(2)	ការរកកាត់ដោយសម្រាក នៅមន្ទីរពេទ្យ	25,000	25,000	25,000	5,000	20,000
(3)	សេវាក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងសេ វាពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗ	10,000	10,000	10,000	2,000	8,000
<b>(4)</b>	<b>សរុប (1)+(2)+(3)</b>	<b>50,000</b>			<b>10,000</b>	<b>40,000</b>
(5)	ចំនួនអតិបរមាសនៃការចូល រួមចំណែកក្នុងការចំណាយ ក្នុងហេតុការណ៍តែមួយ				700	
(6)	ការកែតម្រូវលើការចូលរួម ចំណែកក្នុងការចំណាយ  (D3) -(D4)					9,300



លេខ	អត្ថប្រយោជន៍	ថ្ងៃចំណាយ ជាក់ស្តែង	ទំហំអត្ថប្រយោជន៍ ប្រចាំឆ្នាំសរុប ឬ ទំហំអត្ថប្រយោជន៍រង	អត្ថប្រយោជន៍ ទូទាត់សំណង ក្រោយដកចេញ ទំហំអត្ថប្រយោជន៍រង	ការចូលរួម ចំណែកក្នុងការ ចំណាយ 20%	អត្ថប្រយោជន៍ ទូទាត់សំណង ក្រោយដកចេញ ការចូលរួម ចំណែកក្នុងការ ចំណាយ
(7)	ចំនួនសំណង		50,000			49,300
(8)	អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវទូទាត់ជូន អប្សបរមា (B7, E7)					49,300

	អត្ថប្រយោជន៍នៃបណ្ណ សន្យារ៉ាប់រងដែលនៅសល់	ថ្ងៃចំណាយ ជាក់ស្តែង	ទំហំអត្ថប្រយោជន៍ ប្រចាំឆ្នាំសរុប ឬ ទំហំអត្ថប្រយោជន៍រង	អត្ថប្រយោជន៍ ទូទាត់សំណង ក្រោយដកចេញ ទំហំអត្ថប្រយោជន៍រង	ការចូលរួម ចំណែកក្នុងការ ចំណាយ 20%	អត្ថប្រយោជន៍ ទូទាត់សំណង ក្រោយដកចេញ ការចូលរួម ចំណែកក្នុងការ ចំណាយ
(9)	ទំហំអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំឆ្នាំ សរុបដែលនៅសល់					700

ចំនួនទឹកប្រាក់សំណងសរុប **49,300 ដុល្លារអាមេរិក** ត្រូវបានទូទាត់ជូន។ បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៅបន្តផ្តល់ការធានា រ៉ាប់រង ដល់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនូវអត្ថប្រយោជន៍ដែលនៅសល់។ បន្ទាប់មកក៏មានការទាមទារសំណងជាលើកទី 2 ក្នុងអំឡុង ឆ្នាំបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងតែមួយ ដែលមានថ្ងៃចំណាយជាក់ស្តែង សរុបដូចបានបង្ហាញតាមប្រភេទនីមួយៗខាងក្រោម ហើយវា ត្រូវបានបញ្ជាក់ថាមិនមែនជាហេតុការណ៍តែមួយជាមួយនឹងការទាមទារសំណងលើកដំបូងឡើយ ផ្អែកលើនិយម ន័យក្រោម បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ។

លេខ	អត្ថប្រយោជន៍	ថ្ងៃចំណាយ ជាក់ស្តែង	ទំហំអត្ថប្រយោជន៍ ប្រចាំឆ្នាំសរុប ឬ ទំហំអត្ថប្រយោជន៍រង	អត្ថប្រយោជន៍ ទូទាត់សំណង ក្រោយដកចេញ ទំហំអត្ថប្រយោជន៍រង	ការចូលរួម ចំណែកក្នុងការ ចំណាយ 20%	អត្ថប្រយោជន៍ ទូទាត់សំណង ក្រោយដកចេញ ការចូលរួម ចំណែកក្នុងការ ចំណាយ
	ការព្យាបាល	A	B	C= អប្សបរមា នៃ (A,B)	D=20%*C	E=C-D
(1)	បន្ទប់ និង ការស្នាក់នៅ ប្រចាំថ្ងៃ	1,000 (500 ដុល្លារ អាមេរិកក្នុង មួយថ្ងៃ x 2)	1,000 (500 ដុល្លារអាមេរិក ក្នុងមួយថ្ងៃ x 2)	1,000	200	800
(2)	ការវះកាត់ដោយសម្រាក នៅមន្ទីរពេទ្យ	1,000	5,000	1,000	200	800
(3)	សេវាក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងសេវា ពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗ	500	2,000	500	100	400



លេខ	អត្ថប្រយោជន៍	ថ្លៃចំណាយ ជាក់ស្តែង	ទំហំអត្ថប្រយោជន៍ ប្រចាំឆ្នាំសរុប ឬ ទំហំអត្ថប្រយោជន៍ ប្រយោជន៍រង	អត្ថប្រយោជន៍ ទូទាត់សំណង ក្រោយដកចេញ ទំហំអត្ថប្រយោជន៍ ប្រយោជន៍រង	ការចូលរួម ចំណែកក្នុងការ ចំណាយ 20%	អត្ថប្រយោជន៍ ទូទាត់សំណង ក្រោយដកចេញ ការចូលរួម ចំណែកក្នុងការ ចំណាយ
(4)	សរុប <b>(1)+(2)+(3)</b>	<b>2,500</b>			<b>500</b>	2,000
(5)	ចំនួនអតិបរមានៃការចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយក្នុងហេតុការណ៍តែមួយ				700	
(6)	ការកែតម្រូវលើការចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយ					0
(7)	<b>ចំនួនសំណង</b>		<b>700</b>			<b>2,000</b>
(8)	<b>អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវទូទាត់ជូនអប្បបរមានៃ (B7, E7)</b>					<b>700</b>

ចំនួនទឹកប្រាក់សំណង **700 ដុល្លារអាមេរិក** ត្រូវបានទូទាត់ជូន។ ដូច្នោះ អត្ថប្រយោជន៍សរុបចំនួន **50,000 ដុល្លារអាមេរិក** ត្រូវបានផ្តល់ជូនទៅកាន់អតិថិជន។

**៤.៣ រយៈពេលរង់ចាំ (Waiting Period)**

ការទាមទារសំណងនឹងមិនត្រូវបានផ្តល់ជូនឡើយក្នុងករណីជំងឺបួសសំណាកដោយដែលបានកើតឡើង ឬត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ក្នុងអំឡុងរយៈពេលរង់ចាំ ឬកើតឡើងក្រោយពេលបញ្ចប់រយៈពេលរង់ចាំ ប៉ុន្តែករណីនោះទាក់ទងនឹង ស្ថានភាពជំងឺបួសដែលកើតឡើងហើយ ឬត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរួចរាល់មុនក្នុងអំឡុងរយៈពេលរង់ចាំ។

- ក. សម្រាប់ការព្យាបាលដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ មានរយៈពេលរង់ចាំចំនួន 1 (មួយ) ថ្ងៃ។
- ខ. សម្រាប់ការព្យាបាលដោយសារជំងឺជាក់លាក់ដែលបានកំណត់ ដូចមានរៀបរាប់នៅក្នុងចំណុច 4.4 មានរយៈពេលរង់ចាំ 120 (មួយរយម្ភៃ) ថ្ងៃ។
- គ. សម្រាប់ផលវិបាកនៃការមានគភ៌ ដូចមានរៀបរាប់នៅក្នុងចំណុច 4.5 មានរយៈពេលរង់ចាំ 365 (បីរយហុកសិបប្រាំ) ថ្ងៃ។
- ឃ. សម្រាប់ការព្យាបាលដោយសារជំងឺផ្សេងៗ លើកលែងជំងឺជាក់លាក់ដែលបានកំណត់ មានរយៈពេលរង់ចាំ 30 (សាមសិប) ថ្ងៃ។

**៤.៤ រាយឈ្មោះនៃជំងឺជាក់លាក់ដែលបានកំណត់**

ជំងឺជាក់លាក់ដែលបានកំណត់រួមមានដូចខាងក្រោមនេះ (រួមទាំងផលវិបាកដោយជំងឺ) ដោយមិនគិតថាតើអ្នកត្រូវបានធានា រ៉ាប់រងបានដឹង ឬ មិនបានដឹង:

- ក. រាល់ដុំសាច់, មហារីក, ដុំទឹក (Cysts), ដុំពក (Nodules), និង ប៉ូលីប (Polyps)
- ខ. ដុំគ្រួសក្នុងប្រព័ន្ធទឹកម៉ូតនិងប្រព័ន្ធទឹកប្រម៉ាត់
- គ. រាល់បញ្ហាត្រចៀកច្រមុះ (រួមបញ្ចូលទាំងស៊ីនីស (Sinuses) និងបំពង់ក)
- ឃ. កូន, ឬសដួងបាត, មានរន្ធផ្តុះឬធ្លាយ (Fistulae), ពងកោបឬពងទឹក (Hydrocele), សរសៃវ៉ែនរីកប៉ោង (Varicocele)
- ង. ជំងឺនៃប្រព័ន្ធបន្តពូជ



- ច. ជំងឺឆ្អឹងកងខ្នងនិងខ្នងឆ្អឹងខ្នង (រួមបញ្ចូលទាំងឆ្អឹងទ្រនាប់ឆ្អឹងកងខ្នង) និងបញ្ហាជង្គង់
- ឆ. ជំងឺលើសសំពាធឈាម, ជំងឺទឹកនោមផ្អែម, និង ជំងឺបេះដូងនិងសរសៃឈាម
- ជ. កន្ទុយថ្លែន, ផ្នែកសនៃភ្នែកឡើងក្រិន (Pinguecula), ភ្នែកឡើងបាយ
- ឈ. កាត់ថ្មស៊ីល (Tonsil) ឬ កាត់កូនកណ្តុរ
- ញ. សរសៃឈាមខ្មៅរីក

**៤.៥ រាយឈ្មោះ និង និយមន័យនៃផលវិបាកនៃការមានគភ៌**

ផលវិបាកនៃការមានគភ៌រាប់បញ្ចូលស្ថានភាពដូចខាងក្រោម៖

លេខ	ស្ថានភាព	និយមន័យ
(1)	សុករបើកពីស្បូន	ការរើកសុកដែលភ្ជាប់ក្នុងទីតាំងធម្មតានៃផ្ទៃស្បូនក្រោយគភ៌បានអាយុ20ខែ និងមុនដល់ពេលប្រសូត។ វាកំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិតទារកក្នុងផ្ទៃ ឬ បណ្តាលឲ្យម្តាយ មានសភាពស្តុក។ រោគវិនិច្ឆ័យត្រូវបញ្ជាក់ដោយគ្រូពេទ្យជំនាញសមស្រប និងមានភស្តុតាងវេជ្ជសាស្ត្របញ្ជាក់ថាជាការរើកសុក កំរិតទី2 ឬ កំរិតទី3 ដែលតម្រូវឲ្យធ្វើការរះកាត់យកទាក់ចេញជាបន្ទាន់។
(2)	រលាកធ្មេមដោយសារខ្លាញ់ស្រួចស្រាវនិងធ្ងន់ធ្ងរលើស្ត្រីមានគភ៌	វាជាប្រភេទជម្ងឺដែលអាចកើតមានតែនៅលើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងសំគាល់ដោយការជ្រៀតចូលនៃជាតិខ្លាញ់ទៅក្នុងធ្មេម។ វាស្តែងចេញជាការខ្សោយធ្មេមយ៉ាងកំហុក ដោយមានវិបត្តិខ្លួនក្បាលស្រួចស្រាវ ក្នុងកំឡុង8សប្តាហ៍ បន្ទាប់ពីបានរកឃើញថាមានជម្ងឺធ្មេមនៅលើអ្នកជម្ងឺដែលពីមុនមកមិនដែលមានបញ្ហាធ្មេមសោះ។ រោគវិនិច្ឆ័យត្រូវបញ្ជាក់ដោយគ្រូពេទ្យជំនាញសមស្រប និងមានការពិនិត្យសាច់ធ្មេម។
(3)	ស្ទះសរសៃឈាមដោយសារទឹកភ្លោះ	ជាបណ្តាំរោគសញ្ញា ដែលកើតឡើងបន្ទាប់ពីទឹកភ្លោះបានហូរចូលទៅក្នុងចរន្តឈាម ម្តាយ។ វាបណ្តាលឲ្យមាន ការខ្សោយដង្ហើម និងមានសភាពស្តុកភ្លាមៗ។ រោគវិនិច្ឆ័យត្រូវបញ្ជាក់ដោយគ្រូពេទ្យជំនាញសមស្រប និងមានភស្តុតាងវេជ្ជសាស្ត្រ នៃ ការខ្សោយដង្ហើម ខ្សោយបេះដូងនិងសរសៃឈាម មានកំណកឈាមពាសពេញតាមសរសៃ សន្លប់ហើយការស្ថានស្ថិតមានឃើញកំណកឈាម។
(4)	មហារីកកោសិកាសុក និង កូនពងកាច	មហារីកកោសិកាសុក ជាដុំសាច់មហារីកមានប្រភពពីកោសិកាដែលត្រូវក្លាយជាសុក នៅពេលមានការកំណើត។ រោគវិនិច្ឆ័យត្រូវបញ្ជាក់ដោយគ្រូពេទ្យជំនាញសមស្រប និងមានភស្តុតាងជាលិកាសាស្ត្រ។  កូនពងកាចជាការកើតពងទឹកជាច្រើនក្នុងស្បូន បន្ទាប់ពីកោសិកាទារកត្រូវខូចក្នុងកំឡុងពេលមានគភ៌។ វាត្រូវមានលក្ខណៈជាដុំកាច។ រោគវិនិច្ឆ័យត្រូវបញ្ជាក់ដោយគ្រូពេទ្យជំនាញសមស្រប និងមានភស្តុតាងជាលិកាសាស្ត្រ។
(5)	ឈាមកកដេរដាសក្នុងសរសៃឈាម	សកម្មភាពមិនប្រក្រតីនៃប្រព័ន្ធ កំណកឈាម និង រំលាយកំណកឈាម បណ្តាលឲ្យកើតជាកំណកឈាមនៅក្នុងសរសៃឈាមតូចៗ ការធ្លាក់ចុះចំនួនប្លាកែត ការធ្លាក់ចុះកត្តា





លេខ	ស្ថានភាព	និយមន័យ
		កំណកឈាម និងបណ្តាលឲ្យមានចេញឈាមច្រើន ដែលតម្រូវឲ្យព្យាបាលដោយប្រើ ប្លាស្មា និងប្លាកែត។ រោគវិនិច្ឆ័យត្រូវបញ្ជាក់ដោយគ្រូពេទ្យជំនាញសមស្រប។ មានតែកំណកឈាមដេរដាសក្នុងសរសៃឈាម ជាផលវិបាកនៃគ្រោះថ្នាក់មានវិបត្តិ ប៉ុណ្ណោះដែលត្រូវបានទទួលការធានា។ កំណកឈាមដេរដាសក្នុងសរសៃឈាម កើតឡើងនៅក្នុង7ខែដំបូងនៃគ្រោះថ្នាក់ មិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលទេ។
(6)	កូនក្រៅស្បូន	ការវិវត្តន៍នៃកោសិកាទារកនៅខាងក្រៅស្បូន (អាចនៅអូវែរ, រឺនៅដៃស្បូន, រឺនៅក្នុងពោះ) ការមានផ្ទៃពោះក្រៅស្បូនត្រូវតែបញ្ជាក់ដោយអ្នកជំនាញខាងវេជ្ជសាស្ត្រសមស្រប ហើយត្រូវបានបញ្ចប់ដោយការកាត់បើកពោះឬការកាត់ដោយចោះ។
(7)	សុកភ្ជាប់ចូលជ្រៅដល់សាច់ដុំស្បូន រឺ ជ្រៅហួសសាច់ដុំស្បូន ទៅដល់សរីរាង្គជិតខាង	ភាពមិនប្រក្រតីដែលសុកទៅភ្ជាប់នឹងស្រទាប់សាច់ដុំស្បូន បណ្តាលឱ្យមានការហូរឈាមធ្ងន់ធ្ងរដែលទាមទារឱ្យកាត់យកសុកចេញ។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យត្រូវតែធ្វើឡើងដោយគ្រូពេទ្យឯកទេសសមស្របនិងមានភស្តុតាងជាលិកាសាស្ត្រ។
(8)	ការហូរឈាមក្រោយសំរាលដែលតំរូវអោយកាត់ស្បូនចេញ	ការបន្តហូរឈាមដោយសារស្បូនមិនឆ្អើយតប និងមិនកន្ត្រាក់ ឬដោយសារមានរហែកស្បូន ឬ ការរហែកមាត់ស្បូនដែលលាតសន្ធឹងចូលទៅក្នុងស្បូន តម្រូវឲ្យកាត់ស្បូនចេញ។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យត្រូវតែធ្វើឡើងដោយអ្នកជំនាញខាងវេជ្ជសាស្ត្រសមស្របហើយមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីតំរូវការនៃការកាត់ស្បូនជាចាំបាច់។
(9)	បំរុងក្រឡាភ្លើង រឺ ក្រឡាភ្លើង	ជាការឡើងសម្ពាធឈាមនៅពេលគ្រោះថ្នាក់មានអាយុលើស20អាទិត្យ ដោយសម្ពាធឈាមស៊ីស្តូលយ៉ាងតិច 170មីលីម៉ែត្រហារត ឬសម្ពាធឈាមដ្យាស្តូលយ៉ាងតិច 110មីលីម៉ែត្រហារត ដែលត្រូវបានវាស់ 2 លើកជាប់គ្នាក្នុងចន្លោះយ៉ាងតិច6ម៉ោង ព្រមជាមួយនិង ការពិនិត្យទឹកនោមជាចៃដន្យ ឃើញមានប្រូតេអ៊ីនលើសពី 3+ ។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ត្រូវតែបញ្ជាក់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរោគស្រ្តីឬសម្ភព។
(10)	ទារកស្លាប់កើត (Still birth)	ក្រោយពីបានកើតចេញផុតពីម្តាយដែលមានការធានាជីវិត ទារកដែលមានអាយុលើស 28អាទិត្យ គ្មានទាល់តែសោះនូវដង្ហើម ឬ សញ្ញាជីវិតណាមួយ។ រោគវិនិច្ឆ័យត្រូវធ្វើដោយគ្រូពេទ្យឯកទេសសមស្រប។ ការបញ្ចប់គ្រោះថ្នាក់ដោយចេត្តនាឬការពន្លតកូនត្រូវបានដក ចេញ។

**៥. បង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង**

បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងនៃផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែម នឹងត្រូវប្រែប្រួលទៅតាមអាយុ និងហានិភ័យ នៃអ្នកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ អតិផរណាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ នឹងធ្វើឲ្យកើនឡើងនូវការចំណាយទៅលើការផ្តល់ជូនការធានារ៉ាប់រង សុខភាពនេះនៅពេលអនាគត។ យើងរក្សាសិទ្ធិក្នុងការតម្កើងអត្រាបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងនៅពេលអនាគត ដើម្បីសម្រាល នូវផលប៉ះពាល់នៃអតិផរណាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដោយស្របទៅតាមការអនុម័តដោយនិយ័តករធានារ៉ាប់រងកម្ពុជា។ បុព្វលាភ ធានារ៉ាប់រងថ្មីនឹងត្រូវអនុវត្តនៅកាលបរិច្ឆេទបន្តសុពលភាពបណ្តុំសន្យារ៉ាប់រង ឬបន្ទាប់ពីការជូនដំណឹងជាមុនជាលាយ លក្ខណ៍អក្សររយៈ



ពេល 30 (សាមសិប) ថ្ងៃ ដែលធ្វើឡើងដោយក្រុមហ៊ុន ដោយយកកាលបរិច្ឆេទចុងក្រោយគេ។ នេះគឺជា ការទូទាត់បុព្វលាភ ធានារ៉ាប់រងជាប្រចាំ ដែលអតិថិជនអាចបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ជាប្រចាំឆ្នាំ ប្រចាំឆមាស ប្រចាំត្រីមាស ឬ ប្រចាំខែ។ អតិថិជនអាចបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងទៅកាន់គណនីធានាការរបស់ក្រុមហ៊ុនតាមវិធីផ្សេងៗដែលមាន។

**៦. ករណីមិនធានា**

ក្រុមហ៊ុននឹងបដិសេធក្នុងការទូទាត់អត្ថប្រយោជន៍ដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ ប្រសិនបើការទាមទារសំណងត្រូវបានកើត ឡើងចំពោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដូចខាងក្រោម៖

- (1). ស្ថានភាព ឬជំងឺមានពីមុនស្រាប់ និងភាពមិនប្រក្រតីដែលកើតឡើងពីស្ថានភាព ឬជំងឺមានពីមុនស្រាប់ លុះត្រាតែ ស្ថានភាព ឬជំងឺមានពីមុនស្រាប់នោះត្រូវបានអះអាងដោយពេញលេញ និងស្មោះត្រង់នៅក្នុងទម្រង់ពាក្យសុំ ឬ ទម្រង់ស្នើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ និង ត្រូវបានយល់ព្រមពីក្រុមហ៊ុន។
- (2). ការចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬ ការព្យាបាលជំងឺណាមួយ ដែលស្ថានភាពសុខភាព ឬ ចំនួនថ្ងៃចូលសម្រាក នៅមន្ទីរពេទ្យមិនមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (ដូចរៀបរាប់នៅផ្នែកខាងក្រោម) ដែលកំណត់ដោយ ក្រុមហ៊ុន។
- (3). ការព្យាបាល ឬ ការវះកាត់ណាមួយដែលត្រូវបានធ្វើឡើងដោយសារតែភាពមិនប្រក្រតី ឬ ខូចទ្រង់ទ្រាយពីកំណើតរួមទាំងស្ថានភាពតំណពូជ។
- (4). ការមានគភ៌ ឬ ផលវិបាកនៃការមានគភ៌ ក្រៅពីស្ថានភាពជាក់លាក់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ ផលវិបាកនៃការមានគភ៌ (ដូចរៀបរាប់នៅក្នុងចំណុច 4.5)។
- (5). គិលានុបដ្ឋាយិកាឯកជន សម្រាកព្យាបាល ឬ ថែទាំសុខភាពនៅអនាម័យដ្ឋាន ថ្នាំខុសច្បាប់ ការលាងសម្អាតជាតិពុលក្នុងខ្លួន ការឆ្លងជំងឺកាមរោគនិងផលវិបាករបស់វា ជំងឺអេដស៍ ឬ មានមេរោគ HIV តែគ្មានរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ និងជំងឺទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺឆ្លងណាមួយដែលតម្រូវដោយច្បាប់ឲ្យនៅដាច់ពីគេ។
- (6). ជំងឺរីកលចរិក វិបត្តិផ្លូវចិត្ត ឬ ប្រព័ន្ធប្រសាទ (រួមបញ្ចូលទាំងជំងឺផ្លូវចិត្តកម្រិតស្រាល និង ការស្តែងចេញជាសរីរសាស្ត្រ ឬ កាយចិត្តសាស្ត្ររបស់វា)។
- (7). ការធ្វើដំណើរតាមផ្លូវអាកាសជាលក្ខណៈឯកជន ដែលមិនមែនជាអ្នកដំណើរដែលត្រូវបង់ប្រាក់ថ្លៃធ្វើដំណើរតាមក្រុមហ៊ុនអាកាសចរណ៍ពាណិជ្ជកម្មដែលមានកាលវិភាគធ្វើដំណើរត្រឹមត្រូវ ហើយនិងមានអាជ្ញាបណ្ណក្នុងការដឹកអ្នកដំណើរទៅតាមគន្លងផ្លូវដែលបានកំណត់ណាមួយ។
- (8). ការធ្វើអត្តឃាត ការប៉ុនប៉ងធ្វើអត្តឃាត ឬ ការធ្វើឲ្យរបួសខ្លួនឯង ទោះបីជាស្ថិតក្នុងស្ថានភាពផ្លូវចិត្តប្រក្រតី ឬ មិនប្រក្រតីក៏ដោយ។
- (9). ការប្រព្រឹត្តបទល្មើសព្រហ្មទណ្ឌ ឬ ការប៉ុនប៉ងប្រព្រឹត្តបទល្មើសព្រហ្មទណ្ឌដោយម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬ អ្នកទទួលផល។
- (10). សង្គ្រាម (ទោះបីជាមាន ឬ គ្មានការប្រកាសសង្គ្រាមក៏ដោយ) ការរំលោភបំពាន ការបំពានពីសត្រូវបរទេស សង្គ្រាមផ្ទៃក្នុង បដិវត្ត ការបះបោរ ចលាចលសង្គម កុបកម្ម ក្នុងកម្ពុជា ការដើបបះបោរប្រឆាំងរដ្ឋាភិបាល និងកេរ្តិ៍រាងកាយប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងចូលរួមក្នុងសកម្មភាពទាំងនេះ។
- (11). ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រពីអ្នកអនុវត្តវេជ្ជសាស្ត្រដែលជាឪពុកម្តាយ ប្តីប្រពន្ធ ឬ កូនរបស់អ្នកត្រូវបានធានា រ៉ាប់រង។ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែលជាអ្នកអនុវត្តវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានចុះបញ្ជី នឹងមិនត្រូវបានផ្តល់សំណងសម្រាប់ការព្យាបាលដោយខ្លួនឯងនោះទេ។
- (12). ការបាត់បង់ ឬ របួសដែលបណ្តាលមកពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងស្ថិតនៅក្រោមឥទ្ធិពលនៃគ្រឿងស្រវឹង ថ្នាំញៀន ថ្នាំណាណូទិកកម្រិតដែលធ្វើឲ្យបាត់បង់ភាពជាម្ចាស់ការខ្លួនឯង។ “ក្រោមឥទ្ធិពលនៃគ្រឿងស្រវឹង” ក្នុង



ករណីនៃការពិនិត្យតេស្តឈាមរកកម្រិតជាតិអាស់កុល គឺសំដៅដល់កម្រិតនៃជាតិអាស់កុលក្នុងឈាមយ៉ាង តិច 150 ភាគរយ មីលីក្រាម (mg)។

- (13). រហូស នៅពេលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងចូលរួមក្នុងកីឡា ឬ សកម្មភាពគ្រោះថ្នាក់រួមមាន ការប្រណាំង គ្រប់ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរគ្រប់ប្រភេទដូចជា រថយន្ត ទូក ការប្រណាំងសេះ ការប្រណាំងស្តីទឹក និងស្តីទឹកកកដូចជា ម៉ូតូទឹក ការជិះស្តី ការជិះស្តីបន្ទះក្តារ ការប្រដាល់ ការលោតត្រយោង (លើកលែងក្នុង ករណីដើម្បីសង្គ្រោះ ជីវិត) ការឡើងជិះ និងធ្វើដំណើរតាមប៉ាឡង់ខ្យល់ ការហោះហើរដោយប្រើឧបករណ៍ផ្ទាំង ក្រណាត់ (gliding) ការលោតពីទីខ្ពស់ (bungee jumping) ការមុជទឹកដោយប្រើធុងអុកស៊ីសែន និងឧបករណ៍ដកដង្ហើមក្នុងទឹក។
- (14). ការបំបែកកាំរស្មី ឬ ការចម្លងមេរោគដោយវិទ្យុសកម្មពីថាមពលនុយក្លេអ៊ែរ ឬ ពីកាកសំណល់នុយក្លេអ៊ែរ ណា មួយដែលបណ្តាលមកពីការឆេះថាមពលនុយក្លេអ៊ែរ។ សារជាតិផ្ទុះពុលពីវិទ្យុសកម្ម ឬ វត្ថុដែលមានគ្រោះ ថ្នាក់ ផ្សេងទៀតនៃសារជាតិផ្ទុះនុយក្លេអ៊ែរ ឬ សមាសធាតុនុយក្លេអ៊ែរ។
- (15). ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រទាក់ទងនឹងការញៀនស្រា បារី គ្រឿងញៀន ឬ សារធាតុញៀនផ្សេងទៀត។
- (16). ការចាក់ថ្នាំបង្ការ និងការចាក់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ។
- (17). ថ្លៃចំណាយការផ្តល់ ឬ បំពាក់ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត ឬ ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រដូចខាងក្រោម៖
  - ក. ការដាក់ឧបករណ៍កំណត់ចង្វាក់បេះដូងដោយស្វ័យប្រវត្តិ ម៉ាស៊ីនជំនួយបេះដូង ឬ ផេស៍មេយឺ
  - ខ. ជំនួយសិប្បនិម្មិតខាងក្រៅ និង ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ ដូចជាឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ រ៉ែនតា កញ្ចក់ភ្នែក ឧបករណ៍ដកដង្ហើម ម៉ាស៊ីនអុកស៊ីសែន ឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យសញ្ញាជីវិត (ជីពចរ សម្ពាធឈាម សីតុណ្ហភាព កម្រិតជាតិស្ករ) ជាដើម។ ឧបករណ៍ទ្រទ្រង់ ដូចជាឧបករណ៍ជំនួយការដើរ (ឈើច្រត់ ប្រដាប់ទ្រភ្លៀកដើរ ដែលមានតម្លៃលើសពី 50 ដុល្លារអាមេរិក ឧបករណ៍ច្រត់ជើងបួន) ជាដើម។
  - គ. ការបន្ថែមឧបករណ៍សិប្បនិម្មិតសម្រាប់សរីរាង្គខាងក្រៅ ដូចជាដៃសិប្បនិម្មិត ជើងសិប្បនិម្មិត ភ្នែកសិប្បនិម្មិត ត្រចៀកសិប្បនិម្មិត ជាដើម។

បន្ថែមលើករណីមិនធានាខាងលើ ខាងក្រោមនេះជាឧទាហរណ៍នៃភាពមិនចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលរួមមានតែមិន កំណត់ចំពោះ ដូចជា៖

- (1). ការរះកាត់កែសម្ផស្ស ការរះកាត់ស្បែកចងលិង ការពិនិត្យភ្នែក រ៉ែនតា និងការរះកាត់កែតម្រូវនៃការមើលឆ្ងាយ មិនឃើញច្បាស់ (ភ្នែកមីញ៉ូប)។
- (2). ស្ថានភាពមាត់ធ្មេញ រួមបញ្ចូលការព្យាបាលមាត់ធ្មេញ ឬ ការរះកាត់មាត់ធ្មេញ លើកលែងតែចាំបាច់ដោយសារ គ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ ដើម្បីធ្វើឲ្យធ្មេញរីលទៅរកភាពធម្មតា ហើយដែលស្ថិតនៅក្នុងអំឡុងពេលនៃការធានារ៉ាប់រង ង។
- (3). ការព្យាបាលទាក់ទងនឹងការគ្មានកូន (ឧទាហរណ៍ ការបង្កកំណើតក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍ (VIF))។
- (4). ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីផ្លាស់ប្តូរភេទ។
- (5). ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលមានពាក់ព័ន្ធនឹងការបរិច្ចាគសរីរាង្គផ្នែកណាមួយពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង
- (6). ការចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងគោលបំណងចម្បងដើម្បីការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ការពិនិត្យកាំ រស្មីអិច ការពិនិត្យសុខភាព ឬកាយសម្បទាទូទៅ និង ការព្យាបាលបង្ការ ថ្នាំបង្ការ ឬការពិនិត្យ ឬការឆ្លុះមើល ដែលធ្វើឡើងដោយគ្រូពេទ្យ
- (7). ការពិនិត្យកាយសម្បទា ការតាមដាន ឬពិនិត្យសុខភាពជាប្រចាំ ដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងការព្យាបាល ឬ ការធ្វើ រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺ ឬ របួសរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង លុះត្រាតែមានការបញ្ជាក់ច្បាស់លាស់ពីការធានារ៉ាប់រង ក្នុងអត្ថប្រយោជន៍សម្រាកព្យាបាលនៃបណ្តាសន្យារ៉ាប់រងនេះ។



- (8). ការព្យាបាលការខូចខុសឯងឡើងវិញរបស់លិខ្លួន និងការធ្វើតេស្ត ឬ ការព្យាបាលទាក់ទងនឹងការដាច់លិខ្លួន ឬ គ្មានកូន។
- (9). វិធីព្យាបាលតាមបែបបុរាណ។
- (10). ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងព្យាបាលវិបត្តិដំណេក និងការគេងស្រមុក ការព្យាបាលដោយអរម៉ូនជំនួស។
- (11). ការព្យាបាល សាកល្បង ឬ ប្រើវេជ្ជសាស្ត្របុរាណ ឬ វិធីព្យាបាលផ្សេងទៀត សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬ ការផ្តល់ជូនដូចជា ការព្យាបាលដោយគ្រប់គ្រង ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ ការម៉ាស្សាសង្កត់ ការចាប់សរសៃ ការព្យាបាលទម្រង់ផ្លែឆ្អឹង ការព្យាបាលដោយប្រើថ្នាំរុក្ខជាតិ ការម៉ាស្សា ឬ ការព្យាបាលដោយក្លិនបែបធម្មជាតិ ការព្យាបាលតាមបែបធម្មជាតិ ឬ វិធីព្យាបាលផ្សេងទៀតជាដើម។

**៧. ទីតាំងភូមិសាស្ត្រនៃការធានា**

ទីតាំងភូមិសាស្ត្រនៃការធានានៅក្រោមបណ្តសន្យារ៉ាប់រងនៃផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះ គឺផ្អែកទៅលើគម្រោងសុខភាពនីមួយៗដូចរៀបរាប់ខាងក្រោម៖

- ក. គម្រោងសុខភាពទី 1៖ ប្រទេសកម្ពុជា
- ខ. គម្រោងសុខភាពទី 2៖ ប្រទេសកម្ពុជា ថៃ និង វៀតណាម
- គ. គម្រោងសុខភាពទី 3៖ ប្រទេសកម្ពុជា ថៃ វៀតណាម ឡាវ មីយ៉ាន់ម៉ា ឥណ្ឌូនេស៊ី ម៉ាឡេស៊ី ប្រ៊ុយណេ និង កីលីពីន
- ឃ. គម្រោងសុខភាពទី 4៖ ប្រទេសកម្ពុជា ថៃ វៀតណាម ឡាវ មីយ៉ាន់ម៉ា ឥណ្ឌូនេស៊ី ម៉ាឡេស៊ី សិង្ហបុរី ប្រ៊ុយណេ និង កីលីពីន

ក្រុមហ៊ុននឹងបដិសេធក្នុងការទូទាត់អត្ថប្រយោជន៍ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងស្ថិតនៅក្រៅប្រទេសកម្ពុជាក្នុងរយៈពេលច្រើនជាង 90 (កៅសិប) ថ្ងៃ ក្នុងការធ្វើដំណើរនីមួយៗ។

**៨. លក្ខណៈសម្បត្តិអ្នកទទួលបានផល ឬ អ្នកទទួលសំណង**

- ក. អ្នកទទួលបានផលត្រូវបានកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌនៃបណ្តសន្យារ៉ាប់រងនេះ លើកលែងតែមានកែប្រែដោយម្ចាស់ បណ្តសន្យារ៉ាប់រង។
- ខ. ម្ចាស់បណ្តសន្យារ៉ាប់រង និង/ឬ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង អាចកំណត់ ឬ ផ្លាស់ប្តូរអ្នកទទួលបានផលម្នាក់ ឬច្រើននាក់ ភ្លាមៗ ក្រោយពេលបណ្តសន្យារ៉ាប់រងបានចេញដោយក្រុមហ៊ុន ក្នុងអំឡុងពេលបណ្តសន្យារ៉ាប់រង នៅមានសុពលភាព។
- គ. លើកលែងតែមានការកំណត់ដោយឡែកចំពោះអ្នកទទួលបានផលតាមចំណុច ៨.ខ អ្នកទទួលបានផលត្រូវបានកំណត់ជាស្វ័យប្រវត្តិតាមលក្ខខណ្ឌនៃបណ្តសន្យារ៉ាប់រងនេះ តាមលំដាប់ដូចខាងក្រោម៖
  - ក. ៥០% នៃប្រាក់សំណងអត្ថប្រយោជន៍នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនទៅ សហព័ទ្ធ (ប្តី/ប្រពន្ធ) ស្របច្បាប់
  - ខ. ៥០% នៃប្រាក់សំណងអត្ថប្រយោជន៍នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនទៅកាន់លំដាប់ភាគីដូចខាងក្រោម
    - ទី១. សហព័ទ្ធ (ប្តី/ប្រពន្ធ)ស្របច្បាប់ និងកូន(ៗ) ស្មើៗគ្នា
    - ទី២. សហព័ទ្ធ (ប្តី/ប្រពន្ធ)ស្របច្បាប់ និងឪពុក-ម្តាយ ស្មើៗគ្នា
    - ទី៣. សហព័ទ្ធ (ប្តី/ប្រពន្ធ)ស្របច្បាប់ និងបងប្អូនបង្កើត ស្មើៗគ្នា
    - ទី៤. អ្នកដែលបានកំណត់ដោយសេចក្តីសម្រេចរបស់គុណាការ។

**៩. ការកែប្រែកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង**



**រយៈពេលសាកល្បង ឬ រយៈពេលពិចារណា**

ប្រសិនបើអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តថាមិនបន្តផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះ និងបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះភ្ជាប់ជាមួយ នោះអ្នកអាចធ្វើការលុបចោលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះវិញ ដោយដាក់សំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមកកាន់ក្រុមហ៊ុន ក្នុងរយៈពេល 21 (ម្ភៃមួយ) ថ្ងៃ គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចេញបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង (ហៅកាត់ថា រយៈពេលសាកល្បង ឬ រយៈពេលពិចារណា) ក្នុងករណីមិនទាន់មានសំណងផ្តល់ជូនពីក្រុមហ៊ុនក្នុងអំឡុងពេលនេះទេ។ ក្នុងករណីបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងត្រូវបានលុបចោលក្នុងរយៈពេលសាកល្បង ឬ រយៈពេលពិចារណានេះ យើងនឹងធ្វើការ បង្វិលឲ្យទៅម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងវិញ នូវចំនួនទឹកប្រាក់ដូចខាងក្រោម៖

- ក. បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ដែលក្រុមហ៊ុនបានទទួល ដកមកវិញនូវ
- ខ. ថ្លៃពិនិត្យសុខភាព (ប្រសិនបើមាន) ដកមកវិញនូវ
- គ. បំណុលដែលមិនទាន់បានទូទាត់ផ្សេងទៀត (ប្រសិនបើមាន)។

បន្ទាប់ពីការបង្វិលបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងឲ្យវិញរួចរាល់ បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះត្រូវអស់សុពលភាពភ្លាម ដោយគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទមានសុពលភាពនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ។

**១០. ការបន្តសុពលភាព ឬ ការបន្តសុពលភាពកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រងឡើងវិញ**

**១០.១ ការបន្តសុពលភាពកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង**

- ក. ផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះមានរយៈពេលកំណត់ 1 (មួយ) ឆ្នាំ ដែលមានសុពលភាពចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទមានសុពលភាពដូចមានចែងនៅក្នុងវិញ្ញាបនបត្រធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត រហូតដល់កាលបរិច្ឆេទខួបប្រចាំឆ្នាំនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
- ខ. ផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះនឹងត្រូវបានបន្តសុពលភាពជារៀងរាល់ឆ្នាំដោយស្វ័យប្រវត្តិ រហូតដល់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងឈានចូលអាយុ 70 (ចិតសិប) ឆ្នាំ។ កាលបរិច្ឆេទបន្តបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងចុងក្រោយកើតឡើងនៅពេលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងមានអាយុ 69 (ហុកសិបប្រាំបួន) ឆ្នាំ។
- គ. ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និង/ឬ ក្រុមហ៊ុនមានសិទ្ធិក្នុងការមិនបន្តសុពលភាពកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង នេះ។
- ឃ. ក្នុងករណីក្រុមហ៊ុនបដិសេធមិនបន្តសុពលភាពកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រងនេះ ក្រុមហ៊ុននឹងជូនដំណឹងដល់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ យ៉ាងហោចណាស់ 30 (សាមសិប) ថ្ងៃ មុនកាលបរិច្ឆេទបន្តសុពលភាពកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រងនេះ។

**១០.២ រយៈពេលពន្យារបន្ថែម**

- ក. រយៈពេលពន្យារបន្ថែមនៃផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែម និងបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះភ្ជាប់ជាមួយ មានរយៈពេល 30 (សាមសិប) ថ្ងៃ គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដល់កំណត់បង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង។
- ខ. ក្នុងរយៈពេលពន្យារបន្ថែមនេះ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅតែអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រង ពីផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះ។ ប្រសិនបើបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងនៅពុំទាន់បានបង់ក្នុងរយៈពេលពន្យារបន្ថែមនេះទេ នោះផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះនឹងក្លាយទៅជាអស់សុពលភាពបណ្តោះអាសន្ន ដែលគិត ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដល់កំណត់បង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងនៃបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដែលផុតកំណត់ ហើយដែល ពុំទាន់បានបង់នោះ។





គ. ក្នុងករណីហេតុការណ៍សំណងកើតឡើងក្នុងរយៈពេលពន្យាបន្ថែមនេះ លក្ខខណ្ឌដែលសំណងត្រូវបានផ្តល់ជូននោះគឺ ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងត្រូវតែបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ ក្នុងរយៈពេលពន្យាបន្ថែមនេះ។ ក្រុមហ៊ុននឹងដកមកវិញនូវបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដល់កំណត់ដែលនៅពុំទាន់បានបង់ (ប្រសិនបើមាន) មុននឹងទូទាត់អត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងជូន។

**១០.៣ បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលអស់សុពលភាពជាបណ្តោះអាសន្ន**

ផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែម ឬបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះភ្ជាប់ជាមួយ នឹងក្លាយជាអស់សុពលភាពជាបណ្តោះអាសន្ន ប្រសិនបើបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងទាំងអស់នៅតែពុំទាន់បានបង់ ក្រោយរយៈពេលពន្យាបន្ថែមបានបញ្ចប់។ កាលបរិច្ឆេទអស់សុពលភាពជាបណ្តោះអាសន្ននេះ គឺកាលបរិច្ឆេទដល់កំណត់បង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង នៃបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដែលពុំទាន់បានបង់ដំបូងគេបង្អស់។

បន្ទាប់ពីបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអស់សុពលភាពជាបណ្តោះអាសន្ន អត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងទាំងអស់នឹងត្រូវបញ្ចប់ ហើយបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនោះនឹងក្លាយជាបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលអស់សុពលភាពជាបណ្តោះអាសន្ន។ នៅពេលដែលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអស់សុពលភាពជាបណ្តោះអាសន្ន ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងមានជម្រើសដូចខាងក្រោម៖

- ក. ស្នើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ ក្នុងរយៈពេល 6 (ប្រាំមួយ) ខែ ដោយគិតចាប់ពីថ្ងៃ បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនោះអស់សុពលភាពជាបណ្តោះអាសន្ន ដោយគ្រាន់តែបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដែល នៅពុំទាន់បានបង់ទាំងអស់ និងការប្រាក់ (ប្រសិនបើមាន)។
- ខ. បោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ហើយពុំមានទឹកប្រាក់សម្រាប់ការបោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងត្រូវបានផ្តល់ជូន ឡើយ។

ប្រសិនបើម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង មិនបានស្នើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ក្នុងរយៈពេល 6 (ប្រាំមួយ) ខែ ដោយគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនោះអស់សុពលភាពជាបណ្តោះអាសន្ននោះ ក្រុមហ៊ុននឹងបញ្ចប់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ដោយពុំមានការជូនដំណឹងជាមុនទៅម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងពុំមានទឹកប្រាក់សម្រាប់ការបោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងត្រូវបានផ្តល់ជូននោះឡើយ។

**១០.៤ ការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ**

ប្រសិនបើបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងរបស់អ្នក បានក្លាយជាបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលអស់សុពលភាពជាបណ្តោះអាសន្ន ស្របតាមប្រការ 10.3 នោះអ្នកអាចស្នើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងរបស់អ្នកឡើងវិញក្នុងរយៈពេល 6 (ប្រាំមួយ) ខែ គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនោះអស់សុពលភាពជាបណ្តោះអាសន្ន។ ការស្នើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ ត្រូវអនុវត្តតាមលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម៖

ក. ត្រូវបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ដែលពុំទាន់បានបង់ ដូចជាបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងនៃផលិតផលធានារ៉ាប់រងបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងនៃផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែម និងបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងបន្ថែមណាមួយផ្សេងទៀត ដែលមានចំពោះបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ដោយគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនោះអស់សុពលភាព ជាបណ្តោះអាសន្ន និងបង់ពន្ធនានា និងការប្រាក់ដែលមាន ឬ ចំនួនទឹកប្រាក់សម្រាប់ការបន្តសុពល បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញដែលកំណត់ដោយក្រុមហ៊ុន នៅថ្ងៃដែលស្នើសុំបន្តនោះ។ លើសពីនេះទៅទៀត អ្នកចាំបាច់ត្រូវបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដែលនឹងត្រូវបង់នៅដំណាក់កាលបន្ទាប់ ដូចមានបញ្ជាក់ខាងក្រោម ដោយស្របតាមចំនួនដងនៃការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកបានជ្រើសរើស៖

- បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងចំនួន 3 (បី) ខែ សម្រាប់ការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែ និងប្រចាំត្រីមាស ឬ





- បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងចំនួន 6 (ប្រាំមួយ) ខែ សម្រាប់ការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងប្រចាំឆមាស ឬ
  - បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងចំនួន 1 (មួយ) ឆ្នាំ សម្រាប់ការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងប្រចាំឆ្នាំ ។
- ខ. ត្រូវឆ្លងកាត់ដំណើរការនៃការចេញបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង យោងតាមគោលនយោបាយស្តីពីការចេញបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងរបស់ក្រុមហ៊ុន ដែលអាចតម្រូវឲ្យមានការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងបន្ថែម និង/ឬ ករណីមិនធានាបន្ថែមដើម្បីអាចបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនោះឡើងវិញ ឬ អត្ថប្រយោជន៍ទាំងស្រុង ឬមួយចំណែក នៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលត្រូវបានសុំបន្តសុពលភាពឡើងវិញ ត្រូវបដិសេធចោល។
- គ. ត្រូវទូទាត់ការចំណាយចំពោះការពិនិត្យសុខភាពសម្រាប់ការស្នើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ ឬការចំណាយណាមួយសម្រាប់ដំណើរការនៃការចេញបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ប្រសិនបើមាន។
- ឃ. សំណើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ នឹងត្រូវមានសុពលភាព ចាប់ពីថ្ងៃស្នើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ នៅពេលដែលក្រុមហ៊ុនចេញលិខិតយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបញ្ជាក់ពីការយល់ព្រមជាផ្លូវការ នៃការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ ដោយផ្អែកលើលក្ខខណ្ឌថាការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះឡើងវិញ ធ្វើឡើងបន្ទាប់ពីឆ្លងកាត់ដំណើរការនៃការចេញបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។ ប្រសិនបើបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង មិនត្រូវបានបន្តសុពលភាពឡើងវិញ បន្ទាប់ពីឆ្លងកាត់ដំណើរការនៃការ ចេញបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងហើយម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងមិនជ្រើសរើសរក្សាបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឲ្យស្ថិតនៅក្នុងភាពអស់សុពលភាពជាបណ្តោះអាសន្ន ដោយមិនបានជូនដំណឹងមកក្រុមហ៊ុន នោះបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនឹងត្រូវបញ្ចប់ ហើយក្រុមហ៊ុនត្រូវទូទាត់ចំនួនទឹកប្រាក់ ដូចមានរៀបរាប់ខាងក្រោម៖
- ក. បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងនៃផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះ ដែលបានបង់ បន្ទាប់ពីបានដាក់សំណើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ ដកមកវិញនូវ
  - ខ. ការចំណាយចំពោះការពិនិត្យសុខភាព សម្រាប់ការស្នើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ ដែលត្រូវបានបង់ជំនួសដោយក្រុមហ៊ុន ប្រសិនបើមាន។

ប្រសិនបើបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង មិនត្រូវបានបន្តសុពលភាពឡើងវិញ បន្ទាប់ពីឆ្លងកាត់ដំណើរការនៃការចេញបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាចជ្រើសរើសមិនបញ្ចប់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ប៉ុន្តែបន្តបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងក្លាយជាអស់ សុពលភាពជាបណ្តោះអាសន្ន រហូតដល់ 6 (ប្រាំមួយ) ខែ គិតចាប់ពីពេលដែលអស់សុពលភាពជាបណ្តោះអាសន្ន។

ប្រសិនបើម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង មិនបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ ក្នុងអំឡុងពេល 6 (ប្រាំមួយ) ខែ គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទអស់សុពលភាពជាបណ្តោះអាសន្ន ក្រុមហ៊ុននឹងបញ្ចប់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃផលិតផលធានារ៉ាប់រង បន្ថែមនេះ ដោយពុំមានជូនដំណឹងជាមុនទៅម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ហើយពុំមានទឹកប្រាក់សម្រាប់ការបោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ត្រូវបានផ្តល់ជូនឡើយ។

**១១. ការបញ្ចប់កិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង**

លោកអ្នកមានសិទ្ធិបោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃផលិតផលធានារ៉ាប់រង ឬផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនៅពេលណាមួយក៏បាន ក្នុងអំឡុងពេលកំណត់នៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។ លោកអ្នកអាចស្នើសុំបោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃផលិតផលធានារ៉ាប់រង ឬផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែម ដោយប្រើប្រាស់ទម្រង់ពាក្យបោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលផ្តល់ជូន ដោយក្រុមហ៊ុន។ កាលបរិច្ឆេទមានសុពលភាពនៃការស្នើសុំបោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះនឹងចាប់ផ្តើម គិតចាប់ពីថ្ងៃដែល ក្រុមហ៊ុនទទួលបានសំណើសុំបោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ដែលបានបំពេញយ៉ាងពេញលេញ និងបានចុះហត្ថលេខាពីអ្នក។

បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើសុំបោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងរបស់អ្នក បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃផលិតផលធានារ៉ាប់រង ឬផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះនឹងត្រូវបញ្ចប់ ហើយពុំមានអត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនទៀតទេ។ ទឹកប្រាក់សម្រាប់ការបោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ប្រសិនបើមាន នឹងមានបញ្ជាក់នៅក្នុងវិញ្ញាបនបត្រធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត។



**១២. ការលុបចោលកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង**

បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនឹងត្រូវលុបចោលដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលដែលហេតុការណ៍ណាមួយខាងក្រោមកើតឡើង៖

- ក. បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃផលិតផលធានារ៉ាប់រងត្រូវបានបញ្ចប់ ឬ
- ខ. ដល់ថ្ងៃផុតកំណត់នៃរយៈពេលកំណត់នៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះ ឬ
- គ. ដល់កាលបរិច្ឆេទខួបប្រចាំឆ្នាំនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង បន្ទាប់ពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងឈានចូលអាយុ 70 (ចិតសិប) ឆ្នាំ ឬ
- ឃ. បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើរបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងក្នុងការបោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃផលិតផល ធានារ៉ាប់រងបន្ថែម ឬ
- ង. បន្ទាប់ពីក្រុមហ៊ុនបានទូទាត់អត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ ដោយផ្អែកលើកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រងនៃផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនេះ ឬ
- ច. ស្ថានភាពផ្សេងទៀត ដូចដែលមានចែងក្នុងច្បាប់ធានារ៉ាប់រងជាធរមាន និង/ឬ បទប្បញ្ញត្តិពាក់ព័ន្ធ។
- ឆ. ក្រុមហ៊ុនរក្សាសិទ្ធិក្នុងការលុបចោលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬ បដិសេធលើការស្នើសុំទាមទារសំណងករណីម្ចាស់ បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និង អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ក្រោមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ ផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ឬ មិនត្រឹមត្រូវដែលមានសារៈសំខាន់សម្រាប់ធ្វើការវាយតម្លៃហានិភ័យ ដើម្បីចេញបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងការធានារ៉ាប់រងនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ។

**១៣. នីតិវិធីនៃការទាមទារសំណង**

សំណើក្នុងការទាមទារសំណងនៃព្រឹត្តិការណ៍ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ត្រូវដាក់ស្នើទៅកាន់ក្រុមហ៊ុន ឬ ភ្នាក់ងារសម្របសម្រួលដែលជាដៃគូរបស់ក្រុមហ៊ុន (Third-party administrator) ដែលមានតួនាទីចាត់ចែង និង សម្រប សម្រួលដល់ការទាមទារសំណង ដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតយល់ព្រមពីក្រុមហ៊ុនដើម្បីធ្វើប្រតិបត្តិការនេះ ក្នុង អំឡុងពេល 30 (សាមសិប) ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីថ្ងៃចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬ ថ្ងៃដែលការព្យាបាលដោយមិនចាំបាច់សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ចាប់ផ្តើម។ ក្រុមហ៊ុនមានកាតព្វកិច្ចទូទាត់ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ ក្រោមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ ទៅឲ្យបុគ្គលណាដែលមាន សិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ស្របតាមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រងនេះ លុះត្រាណាតែក្រុមហ៊ុន ទទួលបានភស្តុតាងដែលចាំបាច់ និងអាចទុកចិត្តបានសម្រាប់ការដោះស្រាយសំណង។ ឯកសារខាងក្រោមនេះ ចាំបាច់ ត្រូវមានសម្រាប់ការវាយតម្លៃទៅលើការទាមទារសំណងដែលរួមមាន តែមិនកំណត់ចំពោះដូចជា៖

- ក. ទម្រង់បែបបទមួយដែលបានបំពេញចប់សព្វគ្រប់ ស្របតាមបទដ្ឋានរបស់ក្រុមហ៊ុនស្តីពីការស្នើសុំការទូទាត់ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រង
- ខ. ការបញ្ជាក់ពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬ វិញ្ញាបនបត្រវេជ្ជសាស្ត្រ
- គ. ច្បាប់ដើមនៃវិក័យបត្រចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ
- ឃ. លិខិតពីគ្រូពេទ្យព្យាបាល
- ង. របាយការណ៍រោគសាស្ត្រ ឬ របាយការណ៍ច្រើបសាច់ ឬ របាយការណ៍ជាលិកាសាស្ត្រ។

ភស្តុតាងនៃការទាមទារសំណងត្រូវតែជាភាសាខ្មែរ ឬ ភាសាអង់គ្លេស។ ការចំណាយទៅលើការបកប្រែគឺជាបន្ទុករបស់អ្នកទាមទារសំណង។ ក្រុមហ៊ុន ឬ ភ្នាក់ងារសម្របសម្រួលរបស់ក្រុមហ៊ុន (Third-party administrator) រក្សាសិទ្ធិក្នុងការទាមទារឯកសារបន្ថែមពីអ្នកទាមទារសំណង ឬ ភស្តុតាងផ្សេងៗដើម្បីឲ្យយើងអាចបំពេញនីតិវិធីក្នុងការ ទូទាត់អត្ថប្រយោជន៍ជូន។ ការចំណាយកើតឡើងពីការតម្រូវឲ្យផ្តល់ឯកសារបន្ថែមគឺជាបន្ទុករបស់អ្នកទាមទារសំណង។



ក្រុមហ៊ុនមានកាតព្វកិច្ចក្នុងការទូទាត់សំណងក្នុងរយៈពេល 30 (សាមសិប) ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ គិតចាប់ពីថ្ងៃទទួលបាន ភស្តុតាងទាមទារសំណងដែលពេញលេញ និងមានសុពលភាព ដូចដែលបានតម្រូវនៅក្នុងប្រការនេះ។ អត្ថប្រយោជន៍ សំណងនឹងត្រូវបានទូទាត់ជូនជាប្រយោជន៍ ដូចបញ្ជាក់នៅក្នុងវិញ្ញាបនបត្រធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត។

**១៣.១ សិទ្ធិក្នុងការពិនិត្យសុខភាព**

ក្រុមហ៊ុនរក្សាសិទ្ធិក្នុងការជ្រើសរើស និងទូទាត់ថ្លៃចំណាយទៅលើវេជ្ជបណ្ឌិតឯករាជ្យណាម្នាក់ សម្រាប់ការប្រឹក្សាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រលើស្ថានភាពសុខភាព ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការទាមទារសំណងណាមួយ។ ប្រសិនបើចាំបាច់ វេជ្ជបណ្ឌិតឯករាជ្យនឹងពិនិត្យស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និងតម្រូវឲ្យអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពិនិត្យសុខភាពនៅមន្ទីរពិសោធន៍ជាក់លាក់ណាមួយ ហើយផ្តល់របាយការណ៍មកកាន់យើង។ យើងប្រើប្រាស់សិទ្ធិនេះតែក្នុងពេលមិនច្បាស់លាស់ នៃស្ថានភាពជំងឺ និង/ឬ ជាតួនាទីរបស់យើងដោយផ្អែកលើបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងតម្រូវឲ្យសហការ ជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត បើមិនដូច្នោះទេ សំណងនឹងមិនត្រូវបានទូទាត់ជូនឡើយ។

**១៣.២ ការទាមទារសំណងជាមួយមន្ទីរពេទ្យ ឬ ស្ថាប័នផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺដោយមិនចាំបាច់សម្រាកព្យាបាល ដែលជាដៃគូក្នុងប្រទេសកម្ពុជា**

ក្នុងករណីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងស្វែងរកការព្យាបាលជំងឺនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬ ស្ថាប័នផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺដោយមិនចាំបាច់សម្រាកព្យាបាល ដែលជាដៃគូក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ការទូទាត់សំណងដោយផ្ទាល់នឹងត្រូវអនុវត្ត។

ការទូទាត់សំណងដោយផ្ទាល់ គឺជាសេវាបន្ថែម (value added service) ផ្តល់ដោយក្រុមហ៊ុនតាមរយៈភ្នាក់ងារសម្របសម្រួល ក្នុងការជួយសម្រួលដល់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងឲ្យទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងដូចបានបញ្ជាក់នៅក្រោមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ នៅមន្ទីរពេទ្យ ឬ ស្ថាប័នផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺដោយ មិនចាំបាច់សម្រាកព្យាបាលដែលជាដៃគូ។ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងតម្រូវឲ្យបង្ហាញកាតធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាមួយគ្នា នឹងរូបថតនៃអត្តសញ្ញាណបណ្ណទៅកាន់បុគ្គលិកទទួលភ្ញៀវរបស់មន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ការផ្ទៀងផ្ទាត់។ បន្ទាប់ពីការវាយតម្លៃទៅ លើព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ គម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ និងប្រវត្តិទាមទារសំណងរបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ភ្នាក់ងារសម្របសម្រួល (Third-party administrator) នឹងសម្រេចថាការទូទាត់សំណងដោយ ផ្ទាល់ត្រូវបានយល់ព្រម ឬ បដិសេធ។ បន្ថែមពីនេះ ការចំណាយណាមួយដែលមិនមានពាក់ព័ន្ធដោយផ្ទាល់ជាមួយ នឹងការព្យាបាលសុខភាព នឹងត្រូវជាប់ន្ទុករបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង នៅពេលចាកចេញពី មន្ទីរពេទ្យ។ ដើម្បីសម្រួលដល់ដំណើរការនេះ ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងត្រូវបានណែនាំ ឲ្យស្នើសុំការទូទាត់សំណងដោយផ្ទាល់នេះ យ៉ាងហោចណាស់ 2 (ពីរ) ថ្ងៃ មុនពេលចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬ ស្ថាប័ន ផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺដោយមិនចាំបាច់សម្រាកព្យាបាល។ ក្នុងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការស្នើសុំអនុញ្ញាតជាមុន/ការស្នើសុំ ទូទាត់សំណងជាមុននេះ មិនតម្រូវឲ្យមាននោះឡើយ។ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងត្រូវជូនដំណឹងមកក្រុមហ៊ុនក្នុងរយៈពេល 48 (សែសិបប្រាំបី) ម៉ោង គិតចាប់ពីពេលហេតុការណ៍សង្គ្រោះបន្ទាន់កើតឡើង។

**១៣.៣ ការទាមទារសំណងជាមួយមន្ទីរពេទ្យ ឬ ស្ថាប័នផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺដោយមិនចាំបាច់សម្រាកព្យាបាល ដែលជាដៃគូក្រៅប្រទេសកម្ពុជា**

ក្នុងករណីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងស្វែងរកការព្យាបាលជំងឺនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬ ស្ថាប័នផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺដោយ មិនចាំបាច់សម្រាកព្យាបាល ដែលជាដៃគូក្រៅប្រទេសកម្ពុជា ក្រុមហ៊ុនតម្រូវឲ្យអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬ ម្ចាស់បណ្ណ សន្យារ៉ាប់រង ផ្តល់ព័ត៌មាន ឬ ឯកសារដូចខាងក្រោម៖



- ក. ព័ត៌មានអំពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬ ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង យ៉ាងហោចណាស់ 48 (សែសិបប្រាំបី) ម៉ោងមុនពេលទៅទទួលការព្យាបាល
- ខ. ព័ត៌មានចាំបាច់សម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង
- គ. ព័ត៌មានអំពីថ្ងៃទទួលបានការព្យាបាល ទឹកនៃ និងឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ឬ ស្ថាប័នផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺ ដោយមិនចាំបាច់សម្រាកព្យាបាល
- ឃ. ច្បាប់ចម្លងលិខិតឆ្លងដែន
- ង. តម្លៃព្យាបាលប៉ាន់ស្មានសរុប ថ្ងៃចាក់ចេញពីមន្ទីរពេទ្យ និងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត (ប្រសិនបើអាច)។ ក្នុងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការស្នើសុំអនុញ្ញាតជាមុន/ការផ្តល់ព័ត៌មានជាមុននេះ មិនតម្រូវឲ្យមាននោះឡើយ។ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងត្រូវជូនដំណឹងមកក្រុមហ៊ុនក្នុងរយៈពេល 48 (សែសិបប្រាំបី) ម៉ោង គិតចាប់ពីពេលហេតុការណ៍សង្គ្រោះបន្ទាន់កើតឡើង។

**១៣.៤ ការទាមទារសំណងជាមួយមន្ទីរពេទ្យ ឬ ស្ថាប័នផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺដោយមិនចាំបាច់សម្រាកព្យាបាល ដែលមិនមែនជាដៃគូ**

ក្នុងករណីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងស្វែងរកការព្យាបាលជំងឺនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬ ស្ថាប័នផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺដោយមិនចាំបាច់សម្រាកព្យាបាល ដែលមិនមែនជាដៃគូ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬ ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ត្រូវទូទាត់ទឹកប្រាក់សំណងទាំងអស់ដោយខ្លួនឯងសិន ហើយធ្វើការទាមទារសំណងនោះពីក្រុមហ៊ុនមកវិញនៅពេលក្រោយ ដោយអនុវត្តតាមនីតិវិធីទាមទារសំណង ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ។

សម្រាប់ជំនួយក្នុងដំណើរការទាមទារសំណង អ្នកទាមទារសំណងអាចរាយការណ៍ពីការទាមទារសំណងទៅកាន់ ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ ឬ ទីប្រឹក្សាអាយុជីវិត ឬ ទាក់ទងមកកាន់ក្រុមការងារចាត់ចែងការទាមទារសំណងរបស់ក្រុមហ៊ុន តាមរយៈព័ត៌មានផ្តល់ជូននៅលើគេហទំព័ររបស់ក្រុមហ៊ុន។

បន្ទាប់ពីការសម្រេចរបស់ក្រុមហ៊ុនក្នុងការទូទាត់សំណង អត្ថប្រយោជន៍សំណងនឹងត្រូវបានបញ្ជូលទៅក្នុងគណនីធនាគារ គណនីកាបូបអេឡិចត្រូនិច (e-wallet) (ប្រសិនបើមាន) ឬ តាមរយៈមូលប្បទានបត្រ (ប្រសិនបើមាន) ដោយផ្អែកលើព័ត៌មានផ្តល់ដោយអ្នកទាមទារសំណងក្នុងអំឡុងពេលស្នើសុំទាមទារសំណង។

**១៣.៥ នីតិវិធីស្នើសុំការអនុញ្ញាតជាមុន (Pre-Authorization Requirement)**

នីតិវិធីស្នើសុំការអនុញ្ញាតជាមុន ធានាថាមុននឹងមានការចំណាយទៅលើការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ ការរះកាត់ និងនីតិវិធីផ្សេងទៀត អ្នកទាមទារសំណងមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ក្រោមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ និងត្រូវបានផ្តល់ជូនអត្ថប្រយោជន៍រហូតដល់ចំនួនកំណត់ណាមួយ ដោយផ្អែកលើ ខ និង លក្ខខណ្ឌ និងករណីមិនធានា ដែលមានក្នុងបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ។

ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រដូចរៀបរាប់ខាងក្រោម តម្រូវឲ្យមាននីតិវិធីស្នើសុំការអនុញ្ញាតជាមុន ពីក្រុមហ៊ុន ឬ ភ្នាក់ងារសម្របសម្រួលរបស់ក្រុមហ៊ុន (Third-party administrator) ៖

- ក. ការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ
- ខ. ការរះកាត់ដោយសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ
- គ. ការរះកាត់ក្នុងថ្ងៃ

នីតិវិធីស្នើសុំការអនុញ្ញាតជាមុន ជាដំណើរការមួយដែលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទទួលបានការយល់ព្រមពីក្រុមហ៊ុន ក្នុងនីតិវិធី ឬ ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ណាមួយ មុននឹងការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រនោះ។ ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬ មន្ទីរពេទ្យជាដៃគូត្រូវធ្វើទម្រង់ស្នើសុំការអនុញ្ញាតជាមុនដែល ពេញលេញមកកាន់ក្រុមហ៊ុន។ ទម្រង់ស្នើសុំការអនុញ្ញាតជាមុនដែលពេញលេញនេះ ត្រូវទៅដល់ក្រុមហ៊ុនយ៉ាងហោច ណាស់ 5 (ប្រាំ) ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើ



ការ មុនចាប់ផ្តើមនីតិវិធីដែលបានគ្រោងទុក ឬ ថ្ងៃព្យាបាល។ យើងនឹងត្រួតពិនិត្យសំណើនេះ ហើយឆ្លើយតបទៅកាន់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ លិខិតយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍ អក្សរពីក្រុមហ៊ុន ត្រូវទៅដល់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង មុននឹងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលវេជ្ជ សាស្ត្រនោះ។

សូមកត់ចំណាំថា ការស្នើសុំលើការព្យាបាលមួយចំនួនអាចត្រូវការពេលច្រើនជាង 5 (ប្រាំ) ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការសម្រាប់ ដំណើរការត្រួតពិនិត្យ។

ដើម្បីទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុន ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង មន្ទីរពេទ្យជាដៃគូ ត្រូវទំនាក់ទំនងមកកាន់ក្រុមហ៊ុន ឬ ភ្នាក់ងារសម្របសម្រួលរបស់ក្រុមហ៊ុន (Third-party administrator)។

យើងរក្សាសិទ្ធិក្នុងការបដិសេធសំណង ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងមិនទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុន មុននឹងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចរៀបរាប់ខាងលើ។ ក្នុងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការស្នើសុំអនុញ្ញាតជាមុន មិនតម្រូវឲ្យមាននោះឡើយ។ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងត្រូវជូនដំណឹងមកក្រុមហ៊ុនក្នុងរយៈពេល 48 (សែសិបប្រាំបី) ម៉ោង គិតចាប់ពីពេលហេតុការណ៍សង្គ្រោះបន្ទាន់កើតឡើង។

នីតិវិធីស្នើសុំការអនុញ្ញាតជាមុន ត្រូវអនុវត្តទៅលើគ្រប់ករណីក្នុងប្រការ 13.2 13.3 និង 13.4។

**១៤. ការរក្សាព័ត៌មានសម្ងាត់**

រាល់ព័ត៌មាន របស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ដែលបានផ្តល់ជូនដល់ក្រុមហ៊ុន នឹងត្រូវរក្សាជាការសម្ងាត់យ៉ាងតឹងរ៉ឹង ហើយមិនមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និង/ឬ ព័ត៌មានដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសុខភាពណាមួយត្រូវបានបង្ហាញដល់ភាគីទីបីដរាបណា៖

- ក. គ្មានការយល់ព្រមជាមុន ឬ
- ខ. ជាតម្រូវការផ្នែកច្បាប់ ឬ ការអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ ឬ បទប្បញ្ញត្តិជាធរមាន ឬ
- គ. ក្នុងគោលបំណងគ្រប់គ្រងសំណងជាមួយភ្នាក់ងារសម្របសម្រួលរបស់យើង (Third-party administrator)

**១៥. ការផ្សះផ្សារវិវាទ**

ចំពោះគ្រប់វិវាទដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអាជីវកម្មធានារ៉ាប់រង ភាគីណាមួយនៃភាគីវិវាទអាចនាំយកវិវាទទៅជូននិយ័តករ ធានារ៉ាប់រងកម្ពុជា ដើម្បីសម្រុះសម្រួលធ្វើការផ្សះផ្សារវិវាទមុននឹងប្តឹងទៅវេទិកាមជ្ឈត្តកម្ម ឬតុលាការមានសមត្ថកិច្ច លើកលែងតែរឿងព្រហ្មទណ្ឌ។

**១៦. ដែនយុត្តាធិការ**

កិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រងនេះ ត្រូវអនុវត្តក្រោមដែនយុត្តាធិការនៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា។



## Insurance Policy **PRUTector**

### Content

1. Definitions .....	39
2. Objective of the Insurance .....	41
3. Scope of the Insurance.....	41
4. Benefits of the Insurance.....	41
5. Premium payment .....	41
6. Exclusions .....	41
7. Geographical Coverage for Insurance .....	43
8. Criteria of the Beneficiaries/Person to Receive Claim Payment.....	43
9. Policy Alteration .....	43
10. Renewal of the Insurance Contract .....	43
11. Policy Surrender .....	43
12. Termination .....	44
13. Claim Procedure .....	44
14. Confidentiality Clause.....	45
15. Settlement of Dispute .....	45
16. Jurisdiction .....	45
17. Misrepresentation of Material Information.....	46
18. Sanction .....	46





## **Insurance Policy** **PRUTector**

In this Insurance Policy, **“you”, “your” or “yours”** means the Policy Owner. **“We”, “us”, “our”, “ours”, “Prudential Cambodia” or “The Company”** means Prudential (Cambodia) Life Assurance Plc.

### **1. Definitions**

- 1.1. Insurance Product** means the life insurance product, with the name stated in the Life Insurance Certificate.
- 1.2. Rider(s)** means additional benefit(s) that the Policy Owner can choose to purchase along with the Insurance Product. The Policy Owner shall pay additional Rider Premium to avail the Rider benefits.
- 1.3. Policy Owner** means an entity registered and operating in Cambodia or an individual who is residing in Cambodia, is eighteen (18) years old and above, having full capacity for civil acts, who fills in and signs the Insurance Application Form and pays the Insurance Premiums.
- 1.4. Life Assured** means any individual who resides in Cambodia at inception of the Policy, is nominated by the Policy Owner in the Insurance Application as being the person insured by this policy and is accepted by the Company for insurance under this Insurance Policy herein.
- 1.5. Beneficiary** is an individual designated by the Policy Owner and Life Assured to receive the insurance death benefits and is accepted by the Company for insurance under this Insurance Policy herein.
- 1.6. Beneficial Owner/Ultimate Beneficial Owner** is an individual, designed by the Policy Owner, who ultimately owns or controls the legal entity when the Policy Owner is a legal entity. The Beneficial Owner is defined as the person(s) who ultimately owns or controls a legal entity through direct or indirect ownership of the portion of the shares/ voting right or a person exercising control over a legal entity through other means where no another person having a controlling ownership interest. When there is no Beneficial Owner identified, the person(s) holds the position of senior managing official should be identified as the Beneficial Owner(s).
- 1.7. Policy Term** is the period during which insurance coverage is provided.
- 1.8. Policy** is a legal binding document issued by the Company stipulating major substance and detailed Insurance Policy that are agreed between the Company and the Policy Owner or Life Assured.
- 1.9. Premium** is the amount of money that the Policy Owner will pay to the Company either by himself or third-party payor according to the Policy Term and the benefit chosen and is liable to pay taxes applicable to an issued Policy subject to government regulations. Premium is subject to change upon renewal. Total Premium consists of the Premium from Insurance Product and

the Rider(s).

- 1.10. Sum Assured** is the amount of money which the Policy Owner and Life Assured would like to have as the insurance coverage, to be payable when the relevant insured event(s) occur, subject to the Insurance Policy herein.
- 1.11. Accident** refers an unforeseen and involuntary event, which directly causes the insured events to occur, by violent, external and visible means, and is independent of any other cause such as illness or disease of the Life Assured. Suicide, attempted suicide or a self-inflicted injury by the Life Assured, whether in sane or insane conditions at any time while this Policy is in force, will not be considered as an Accident.
- 1.12. Total and Permanent Disability (TPD)** is a state of incapacity, which is total and permanent and takes the form of:
- i. Total and irrecoverable loss of sight in both eyes; or
  - ii. Total and irrecoverable loss of the use of two limbs at or above the wrist of ankle; or
  - iii. Total and irrecoverable loss of the sight in one eye, and total and irrecoverable loss of the use of one limb at or above the wrist or ankle

In case of the above-mentioned total and irrecoverable loss of the use of one or more limbs due to paralysis, the condition must be certified by a registered hospital at provincial or capital level no sooner than six (6) months and not later than nine (9) months from the occurrence of the insured event or the date the paralysis condition is verified.

In case of total and irrecoverable loss as a result of amputation/severance, the condition must be certified by a registered hospital at provincial or national level. This could be carried out at any time within the Policy Term.

- 1.13. Death or Total and Permanent Disability due to an Accident** is a Death or Total and Permanent Disability resulting from an unforeseen and involuntary event, which directly causes Death or Total and Permanent Disability, by violent, external and visible means, and is independent of any other cause such as illness or disease of the Life Assured. A Death or Total and Permanent Disability caused due to suicide, attempted suicide or a self-inflicted injury by the Life Assured, whether in sane or insane conditions at any time while this Policy is in force, will not be considered as a Death or Total and Permanent Disability due to an Accident.
- 1.14. Life Insurance Certificate** is a part of Insurance contract. This Policy is issued based on the information provided by you to the Company during the application process, any medical or other assessment performed by the Company and its decision based on this information, subject to the Policy Owner's acceptance of any amended terms, if applicable. The Life Insurance

Certificate, the equivalent confirmation reference, or its latest Alteration Confirm Letter, if any, contains the specific details of your Policy as an outcome of this process.

## **2. Objective of the Insurance**

This is the Insurance Product that provides life insurance coverage.

## **3. Scope of the Insurance**

This is the Insurance Product that provides life insurance coverage worldwide in case the Life Assured dies or suffer from Total and Permanent Disability (TPD) due to accident or non-accident.

## **4. Benefits of the Insurance**

### **4.1. Death/Total and Permanent Disability (TPD) benefit due to any causes:**

If this Benefit is chosen, in the event of death of the Life Assured or if the Life Assured suffers from TPD while the Policy is still in force, 100% of the Sum Assured would be payable.

### **4.2. Death/Total and Permanent Disability (TPD) benefit due to Accident only:**

If this Benefit is chosen, in the event of death due to Accident of the Life Assured or if the Life Assured suffers from TPD due to Accident while the Policy is still in force, 100% of the Sum Assured would be payable.

All above benefits under Article 4.1 and 4.2 are payable only once during the Policy Term. The Policy would be terminated upon this payment, and no further benefits shall be payable under the Policy.

## **5. Premium payment**

This is a regular Premium, which can be paid in annually, semi-annually, quarterly and monthly. The Premium can be paid to the bank account of The Company through different available means. In case the Total Premium is not paid upon due, the Policy shall not be in force, starting from the Premium Due Date of the earliest unpaid due Premium, and all insurance benefits cease to exist.

## **6. Exclusions**

### **6.1. Death/Total and Permanent Disability (TPD) benefit due to any causes:**



The Company shall not pay benefits defined in this Provision if the claim of Life Assured is caused directly or indirectly due to any of the followings:

- i. Self-inflicted injuries, attempted suicide or suicide, whether the Life Assured is sane or insane
- ii. Any Human Immunodeficiency Virus (HIV) and/or any HIV-related illnesses including Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) and/or any mutations, derivation or variations thereof; or
- iii. A committed criminal offense or an attempted commitment of a criminal offense. In cases where the criminal offense was carried out by one or several beneficiaries, only the beneficiaries not involved in the aforementioned criminal activity will remain eligible to receive their benefits.
- iv. Drugs or stimulator abuse, abusively using alcohol or driving vehicles under the influence of alcohol as defined in current laws and regulations.

**6.2. Death/Total and Permanent Disability (TPD) benefit due to Accident only:**

All exclusion conditions listed in Article 6.1 are also applicable to Accidental Death/TPD claim. In addition to these, the Company reserves the rights to decline an Accidental Death/TPD claim, should the death/TPD of the Life Assured be caused directly or indirectly due to any of the following:

- i. Participation in dangerous sports activities including but not limited to scuba diving, mountain climbing, parachuting, high speed races, professional sport activities, or professional activity of clearing unexploded ordnance; or
- ii. Participation in aviation activities except as a fare-paying passenger on a multi-engine, scheduled and licensed commercial aircraft; or
- iii. War or aggressive acts, including invasions, acts of foreign countries, enemy's acts (whether with or without war declaration), civil wars, insurrections, active participation in terrorism, revolutions, riots, interference by military authorities or usurpation; or
- iv. Any illness caused by insect bite (including mosquito bites) and worm infestation.

In such cases, where the Company declines the claim request due to exclusion clauses above, the Company shall instead pay an amount equal to:

- i. Total Premiums received by the Company **minus**
- ii. Any medical examination expenses incurred and borne by the Company if any; **minus**
- iii. Any outstanding amount due to the company if any.

The Policy shall be terminated with this payment.



## **7. Geographical Coverage for Insurance**

The geographical coverage under this product is worldwide.

## **8. Criteria of the Beneficiaries/Person to Receive Claim Payment**

- i. The Beneficiary shall be designated under the condition of this Policy, except there is any change made by the Policy Owner.
- ii. The Policy Owner and/or Life Assured can nominate or change Beneficiary/Beneficiaries right after the Policy is successfully issued during when the Policy is still in force.
- iii. Except there is the nomination on Beneficiary as stated in Article 8.ii, there is default Beneficiary in accordance to the condition of the Policy based on below hierarchy:
  - a. 50% of benefits shall be obtained by spouse.
  - b. 50% of benefits shall be obtained by below hierarchy:
    - 1<sup>st</sup>. Spouse and Children with equal share
    - 2<sup>nd</sup>. Spouse and Parents with equal share
    - 3<sup>rd</sup>. Spouse and Siblings with equal share
    - 4<sup>th</sup>. Legal successor based on Court decision

## **9. Policy Alteration**

- i. The Policy Owner and Life Assured are allowed to change Beneficiary as per Article 8.
- ii. The Policy under this product can be linked to Policy Owner's e-wallet account. The Sum Assured is thus allowed to increase or decrease during the Policy Term, aligning with Policy Owner's e-wallet account balance at a reasonable proportion and can be subject to the Company's assessment or underwriting guideline. The benefit of the Policy as stated under Article 4 would be automatically adjusted in accordance with the Sum Assured for that month, and in case of valid claim, the adjusted benefit for that month would be payable.

## **10. Renewal of the Insurance Contract**

- i. This product is 1-year term, effective from the effective date stated on the Life Insurance Certificate till the policy anniversary date.
- ii. This product shall be able to be renewed annually until Life Assured reaches age 70 (seventy).
- iii. Policy Owner and/or the Company reserves the right not to renew this product.

## **11. Policy Surrender**

You have the right to surrender your Policy at any time during the Policy Term. You can request for the surrender of the Policy, by using the Surrender Request

Form provided by the Company. The effective date of your Surrender request would be the date when the Company receives the fully filled Surrender Request Form from you.

On receipt of your Surrender Request Form, the Policy shall be terminated. Surrender value is not payable and no benefits under this Policy shall be applicable.

## **12. Termination**

Policy will be automatically terminated due to any one of the following conditions:

- i. Upon Death or TPD of the Life Assured under the Policy, or
- ii. Upon the claim payment under the Policy, or
- iii. Upon notification from Policy Owner to cancel/terminate the Policy, or
- iv. Upon end of insurance coverage, or
- v. The Life Assured has reached age of 70 years old (Age last birthday)
- vi. The Policy is terminated by the Company in accordance with the Insurance Policy or
- vii. Other situations as may be stipulated by the existing insurance regulations

## **13. Claim Procedure**

The Company is liable to pay the benefits under this Policy to the person(s) entitled to receive the benefits according to this Insurance Policy, provided that the Company receives required and satisfactory evidence for claim settlement. The following documents shall be required for the assessment of the claim:

- i. A complete claim form, as per Company's standards requesting the payment of the insurance benefit; **and**
- ii. All relevant documents such as Death Certificate, Overseas death certificate, body repatriation certificate or cremation certificate, if death occurred outside of Cambodia, OR Total and Permanent Disability Certificate; **and**
- iii. Accident and medical report issued by competent authority (for accident), OR medical records (for non-accident); **and**
- iv. For death claim, relationship proof document (Copy of Life Assured's family book or residence book); and Copy of the passport/ID of the claimant; **and**
- v. Copy of the bank account of the claimant

The Company reserves the right to require the claimant to provide additional documents related to claims. We exercise this right only in the uncertain situation of the illness condition and/or injury and/or in special case where the claim document appears ambiguous or incomplete.



In case of claim, the claimant can directly claim through our digital application named Pulse, or report the claim to the respective financial consultant / life consultant, or contact the Company's claim team through contact information as provided in the Company's website. The following Limitations are set on claiming the benefits under this Policy:

- i. A policy cannot be claimed Twenty-four (24) months after the death of the Life Assured from the date of death.
- ii. Twelve (12) months from the issue of the assessment of the health authority on the Total and Permanent Disability of the Life Assured.

The Company is responsible to assess the claim request within thirty (30) working days starting from the claim registration date subject to its receiving all the necessary forms and documentary evidence.

After the Company's decision to settle the claim, the claim benefit would be transferred to the claimant's bank account, e-wallet account (if applicable), or through cheque (if applicable), based on the information provided by claimant during claim submission request.

#### **14. Confidentiality Clause**

All information of Policy Owner and Life Assured provided to the Company will be strictly kept confidential and no personal and/or medical information will be disclosed to any third party unless:

- i. Prior consent is given to the Company; or
- ii. The disclosure is required or permitted by laws or existing regulatory provisions.

#### **15. Settlement of Dispute**

For any dispute arising in relation to the conduct of insurance business, the disputing parties may bring the case to MEF for mediation before filing a lawsuit to arbitration or a competent court, except a criminal case.

Any dispute, which cannot be settled through the above, may be referred by either party to the court where the Company's head office is located, for settlement. Court fees shall be borne by the losing party. The time limit for initiating a lawsuit shall be within five (5) years from the date of event leading to the dispute, subject to applicable laws and regulations.

#### **16. Jurisdiction**

This insurance contract shall be under the jurisdiction of the Kingdom of Cambodia.



**17. Misrepresentation of Material Information**

You and the Life Assured under this Policy have an obligation to disclose every fact material under the Policy application/application form to our assessment of the risk of issuing this Policy and any of its coverage.

Any misrepresentation of information shall lead to your Policy being terminated or non-paying claim. No refund of Premium is provided upon this termination.

**18. Sanction**

Sanctions means restrictive measures imposed on targeted regimes, countries, governments, entities, individuals and industries by international bodies or governments in Cambodia or outside of Cambodia, including but not limited to the Office of Financial Sanctions Implementation HM Treasury, the United Nations, the European Union, the US Treasury Department’s Office of Foreign Assets Control, and the Cambodian Financial Intelligence Unit.

Regardless of anything to the contrary contained in this Policy, if

- i. we learn or are notified that the Policy Owner, the Life Assured or any other Beneficial Owner named at the application stage, nominee, Beneficiary, individual or entity that is associated with this Policy (including any payor) is named on any Sanctions list, or
- ii. if we or any bank or other relevant third party could be found to be in breach of Sanctions obligations as a result of taking any action under this Policy, then we may terminate this Policy with immediate effect; and/or take any other action we may deem appropriate, including but not limited to notifying any relevant government authority, withholding any payments, freezing any monies paid to us, and transferring any such payments or monies to any relevant government authorities.

We shall not be liable for any losses of whatever nature that you or anyone else may incur as a result of us taking action under this clause.

This clause, and our ability to claim for any losses that we may incur arising out of the operation of this clause, shall survive any termination of this Policy.



**Insurance Policy**  
**PRUMyHealth**

**Contents**

1. Definitions .....	48
2. Objective of the Insurance.....	53
3. Scope of the Insurance.....	53
4. Benefits of the Insurance.....	53
5. Premium Payment .....	63
6. Exclusions .....	63
7. Geographical Coverage for Insurance .....	65
8. Criteria of the Beneficiaries/Person to Receive Claim Payments .....	66
9. Policy Alteration .....	66
10. Renewal/Reinstatement of the Insurance Contract.....	67
11. Surrender of Policy Contract .....	69
12. Termination of Policy Contract.....	69
13. Claim Procedure .....	69
14. Confidentiality Clause.....	72
15. Settlement of Dispute .....	72
16. Jurisdiction .....	73



## **Insurance Policy** **PRUMyHealth**

This Rider's Insurance Policy contain further agreements between Prudential and the Policy Owner in order to provide coverage to the Life Assured.

The terms used herein shall be understood as used in the Insurance Policy of the signed Insurance Policy (which is the Basic Plan to which this Rider is attached). In case of any conflict between this Rider and the signed Insurance Policy, then the provisions under this Rider shall prevail.

### **1. Definitions**

- 1.1. Healthcare Plan** shall mean the Health Plan prescribed by Prudential Cambodia and selected by Policy Owner when participating in Rider, shown in the Life Insurance Certificate or the latest Alteration Confirmation Letter if applicable. The Company reserves the right to revoke any Healthcare Plan provided. Prudential shall notify Policyholder in writing at least 30 (thirty) days before the renewal date of Rider
- 1.2. Policy Issuance Date** is the date the Company issues the Life Insurance Certificate to the Policy Owner. The Issuance Date is stated in the Life Insurance Certificate.
- 1.3. Policy Effective Date** is the date on which the Policy Owner duly completes the insurance application and pays the full amount of the initial premium, whichever is later, in accordance with the Insurance Policy, provided that the Policy Owner and the Life Assured are alive on Policy Issuance Date of the Life Insurance Certificate. The Policy Effective Date is stated in the Life Insurance Certificate.
- 1.4. Reinstatement Date** is the date on which the validity of Rider is restored upon written approval of the Company.
- 1.5. Policy Anniversary** is the anniversary date of the Policy Effective Date.
- 1.6. Renewal Date** is the annual recurring day of Policy Anniversary of Rider.
- 1.7. Policy Year** is the period from the Policy Effective Date to the next Renewal Date.
- 1.8. Waiting Period** shall mean the specific period after Policy Issuance Date or the Reinstatement Date, or policy alteration date of changing the Healthcare Plan (for added or increased benefits) of this Rider, whichever comes later, with which the claim or any benefit is not eligible.
- 1.9. Geographical Area** is the countries and territories that the Company accepts to pay Medical Expenses incurred for Life Assured's examination and treatment while Rider is in-force, relative to the chosen Healthcare Plan and applicable to Rider.
- 1.10. Co-Payment** is the amount of the actual medical cost that Policy Owner is responsible for paying for each Life Assured Event under this Rider, capped at the limit amount as specified under Healthcare Plan Article 4.1. The Life Assured's responsibility for Co-Payment may exceed the limit when eligible

expense claimed under each type of Medical Expenses exceeds the corresponding Sub-Limit.

- 1.11. Doctor/Medical Practitioner/Medical Specialist/Physician/ Surgeon** means a person who has a medical professional degree recognized by a competent authority and licensed to practice medicine within the scope of the license prescribed by applicable law and regulation.
- 1.12. Nurse** is a person who has a nursing professional degree recognized by a competent authority and licensed to practice nursing within the scope of the license prescribed by law where this person conducts the service.
- 1.13. Outpatient Health Service Provider** shall mean an organization legally licensed and operates in accordance with the laws of the country where the Outpatient Health Service Provider is located primarily for the purpose of medical examination and treatment without applying the overnight-illness retention function.
- 1.14. Hospital** means any licensed public or private institution duly recognized by the respective authority of the Geographical Area which meets all of the following requirements:
- a. Operates primarily for the reception, care and treatment of sick, ailing or injured persons as inpatients;
  - b. Provides 24-hour a day nursing service by registered or graduate nurses;
  - c. Has a staff of one or more physicians available at all times;
  - d. Provides organized facilities for diagnosis and major surgical procedures;
  - e. Is not primarily a Clinic or Outpatient Health Service Provider, nursing, rest or convalescent home or similar establishment and is not, other than incidentally, a place for custodial care, the aged, persons with mental disorders, alcoholics or drugs addicts; and
  - f. Maintains X-ray equipment and operating room facilities.
- 1.15. Room and Board** is bed and room of the Hospital and include standard inpatient meals.
- 1.16. Surgery room** is a part of the Hospital equipped with appropriate and Medically Necessary equipment for surgery.
- 1.17. Medically Necessary/Medical Necessary Service(s)** is medical service(s) indicated by the Doctor and identified by the Company as:
- a. Appropriate and necessary for diagnosis and treatment in appropriate settings for Life Assured's Illness or Injury; and
  - b. There is a mode, procedure and duration of treatment consistent with the guidelines of medical, healthcare, research organizations or governmental organizations approved by the Company; and
  - c. Not primarily for the convenience of the patient or patient's relatives or Doctors
- 1.18. Medical Expenses** are expenses to pay for medical products and/or Medically Necessary Services used by Life Assured as specified under this Insurance Policy and must meet the following conditions:
- a. Arising in accordance with the operation license scope of the Hospital or Outpatient Health Service Provider; and

- b. Arising in accordance with recognized scientific evidence(s); and
- c. Incurred while Rider is in-force; and
- d. Payable for Medically Necessary Services; and
- e. Not a cost or Medical Service for Life Assured's comfort; and
- f. Not belong to excluded cases under the exclusion of this Insurance Policy; and
- g. Be at Reasonable and Regular Medical Expenses Level.

**1.19. Reasonable and Regular Medical Expenses Level is**

- a. The fee(s) that the Hospital and/or Outpatient Health Service Provider applies to patients with the same medical condition as Life Assured; and
- b. Fees are determined and applied similarly in Hospitals and/or Outpatient Health Service Provider with the same rating, same category and in the same area.

**1.20. Policy Annual Limit** is the maximum amount paid for Medical Expenses incurred for Medically Necessary Services during the Policy Year for each policy benefit as specified in the Healthcare Plan Article 4.1.

**1.21. Sub-Limit** is the maximum payment limit for each type of Medical Expenses incurred for Medically Necessary Services as specified in the Healthcare Plan Article 4.1.

**1.22. Diseases** is an abnormal condition in the form, structure or function of one or more organs/tissues in the body which arises due to internal or external. A disease is considered to have started when that disease has been consulted, diagnosed, treated by a Doctor or has caused symptoms that make a normal person seek consultation, diagnosis, or treatment from Doctor.

**1.23. Anaesthesia** refers to the use of medicines to prevent pain during surgery and other procedures. They may be given by injection, inhalation, topical lotion, spray, eye drops, or skin patch. They cause you complete or partial loss of sensation, with or without loss of consciousness.

**1.24. Specified Illnesses** are those listed in the Specified Illnesses listed in section 4.4 of this Insurance Policy.

**1.25. Pregnancy Complications** are those listed under section 4.5 of this Insurance Policy.

**1.26. Inpatient Treatment** shall mean the Life Assured's admission to any Hospital under the care of a licensed Medical Practitioner and is Medically Necessary needed to be accommodated in Hospital bed for a minimum of 6 consecutive hours for medical treatment and also be appropriate in length of stay. This also includes the circumstance when a Life Assured dies before 6 hours after hospitalized.

**1.27. Non-Inpatient Treatment** shall mean the medical treatment that Life Assured received in an Outpatient Health Service Provider, or Hospital as indicated by the Doctor.

**1.28. Pre-Hospitalisation Treatment** is the examination, tests, image diagnosis directly related to the Disease or Injury that Life Assured is



hospitalized for Inpatient Treatment as indicated by the Doctor and must be done within 30 (thirty) days before hospitalisation.

**1.29. Post-Hospitalisation Treatment** is the follow-up treatment indicated by the Doctor immediately after discharge including medical advice, examination, tests, image diagnosis, prescription drugs directly related to the Disease or injury that Life Assured has been hospitalized for treatment and must be performed within 60 (sixty) days immediately after discharge from the Hospital.

**1.30. Cancer** means a malignant tumor characterised by the uncontrolled growth and spread of malignant cells with invasion and destruction of normal tissues. The diagnosis must be supported by a pathological report. The term Cancer includes leukemia, lymphoma, sarcoma, bone marrow Cancer, and gestational trophoblastic tumors.

The following are excluded:

- a. Tumors showing the malignant changes of carcinoma in situ and tumors which are histologically described as pre-malignant lesions including but not limited to: Carcinoma-in-situ of breasts, Cervical dysplasia (CIN1, CIN2, CIN3)
- b. Squamous cell carcinoma or Basal cell carcinoma of skin Cancer for which only treated by local surgical treatment.
- c. Malignant melanoma stage I according to the melanoma staging system of the American Joint Committee on Cancer.
- d. All tumors in the presence of HIV infection.
- e. Borderline or low malignant potential tumors.
- f. Cancer that recurs or spreads to other parts of the body which the primary tumor occurs before the policy became effective or within Waiting Period after the policy became effective.

**1.31. Cancer Treatment** includes Inpatient and Non-Inpatient Treatment with chemotherapy, radiotherapy, and targeted therapy for Cancer Treatment. Post-remission checkups are not covered under this section of benefit.

**1.32. Inpatient Surgery** shall mean a medical treatment that involves a procedure by incision requiring local or general Anaesthesia to treat a Disease or injury and performed by a qualified Surgeon in an Operating room of a Hospital. Procedures done outside of an operating room of a Hospital are expressly excluded. This benefit shall cover the following charges:

- a. Surgeon's fees;
- b. fees and charges for Anaesthesia and oxygen administered to the Life Assured; and
- c. Hospital's operating theatre and facilities charges.

**1.33. Day Surgery** shall mean all Medically Necessary surgical procedures and related treatments provided by or order of a Physician to the Life Assured at a Day Surgery unit at a hospital, where the Life Assured hospitalizes but not overnight. Any Day Surgery done for investigative and/or diagnostic purpose not related to treatment for any Disease or injury will not be covered. Procedures done outside of an operating room of a Hospital are expressly excluded. This benefit shall cover the following charges:

- a. Surgeon's fees;
- b. fees and charges for Anaesthesia and oxygen administered to the Life Assured; and
- c. Hospital's operating theatre and facilities charges.

**1.34. Emergency Land Ambulance Cost** is the Medically Necessary transportation of the Life Assured by a registered road ambulance to a local Hospital due to an emergency. For the purpose of this clause, "local" means within the country in which the Life Assured is in when they require the service. All other mode of transportation (Helicopter, Plane etc) are expressly excluded.

**1.35. Kidney Dialysis** is treatment of a Life Assured for Kidney Dialysis irrespective of whether such treatment is received as a registered in-patient or as an outpatient at a legally registered dialysis centre.

**1.36. In Hospital and Related Services** refers to customary charges Medically Necessary at Reasonable and Regular Medical Expense level incurred for the following services provided during any period of Hospital confinement:

- a. All drugs, dressings or medications prescribed by the treating Physician for in-hospital use.
- b. Diagnostic and/or investigative tests (e.g. ECG, CT/MRI/PET scans, blood tests, biopsy, x-ray etc) prescribed by the attending Physician.
- c. Specialist and/or Doctor fees for in-hospital consultations and treatments.
- d. General nursing services.
- e. Intravenous injections and solutions or administration of blood and blood plasma used while the Life Assured is confined in a Hospital.
- f. Other medical supplementary services and supplies prescribed by the treating Physician for in-hospital use.

The company shall not pay for the costs of non-Medically Necessary goods or services including, but not limited to, items such as telephone, internet services, spa, guest meals, radio, television, photocopy, personal items, medical reports/ medical evidences and other similar expenses reasonably defined by Prudential shall not be paid within the scope of this Rider.

**1.37. Intensive Care Unit (ICU)** shall mean a department or part of a Hospital, not a post-operative room or an Emergency Room, with an inpatient accommodation and the following conditions:

- a. Established by the Hospital to provide an intensive care and treatment program; and
- b. Only for critically-ill patients whose, in the judgment of the treating Doctor, require supervision 24/7 by a Doctor; and
- c. Are provided with all the necessary equipment, medicines and emergency equipment on site so that immediate intervention is possible

**1.38. Pre-Existing Condition** shall mean an injury caused by an Accident or the Disease which has been diagnosed/commenced/manifested, or symptoms of illness that cause the Life Assured to seek the consultation, diagnosis, or treatment of a Doctor prior the Policy Issuance Date or the Reinstatement

Date of this Rider, whichever is later. Medical records, medical history kept at a legally established Hospital/Outpatient Health Service Provider, or information declared by Life Assured is deemed to be complete and legal proof of the Pre-Existing Condition.

**1.39. Per Disability/One Disability** shall mean treatment for the same accident or Disease and the maximum length of 360 days.

**1.40. Emergency** shall be defined as an injury or illness that is acute, poses an immediate risk to a person’s life or long-term health and requires immediate medical intervention which the Life Assured secures after the onset of such condition (or soon thereafter a care can be made available, but in any case not any later than twenty-four (24) hours after the onset).

**2. Objective of the Insurance**

This is the Rider to provide coverage on bodily injury and/or illness in case the Life Assured seeks Medically Necessary treatment.

**3. Scope of the Insurance**

This is the Rider to provide coverage in case of bodily injury and/or illness caused by accident or non-accident in case the Life Assured seeks Medically Necessary treatment.

**4. Benefits of the Insurance**

**4.1 Healthcare Plans:**

The Policy Owner may choose one of the Healthcare Plans as shown under benefit schedule below. The chosen Healthcare Plan by the Policy Owner will be stated in the Life Insurance Certificate.

While the Rider/Policy is in-force, the Company shall pay for Medical Expenses incurred upon the Life Assured under the chosen Healthcare Plans according to Policy Annual Limit and the Sub-Limits set forth in the benefit schedule within the applicable Geographical Area.

Coverage (USD Per Policy Year)	Plan 1 (Bronze)	Plan 2 (Silver)	Plan 3 (Gold)	Plan 4 (Diamond)
Geographical Area	Cambodia	Cambodia, Vietnam, Thailand	ASEAN excluding Singapore	ASEAN
Policy Annual Limit (be applied to section 1 to 4)	5,000	10,000	30,000 (Sub-Limit for Cambodia 10,000)	50,000 (Sub-Limit for Cambodia 10,000)



<b>Coverage (USD Per Policy Year)</b>		<b>Plan 1 (Bronze)</b>	<b>Plan 2 (Silver)</b>	<b>Plan 3 (Gold)</b>	<b>Plan 4 (Diamond)</b>
Maximum Co-payment (20%) Per Disability		100	150	500	700
<b>1</b>	<b>Cancer Treatment</b>				
1.1	Inpatient and Non-inpatient Cancer Treatment (includes chemotherapy, radiotherapy, targeted therapy). (No sub-Limit by items, with Daily Room & Board follow item 1.2)	Up to Policy Annual Limit	Up to Policy Annual Limit	Up to Policy Annual Limit	Up to Policy Annual Limit
1.2	Daily Room & Board actual cost per day (Maximum 80 days include ICU benefit)	25	50	250	500
<b>2</b>	<b>Inpatient Treatment other than Cancer Treatment</b>				
Annual Sub-Limit (excluding Cancer)					
2.1	Daily Room & Board actual cost per day (Maximum 80 days include ICU benefit)	25	50	250	500
2.2	Daily ICU actual cost per day (Maximum 30 days)	50	100	500	1,000
2.3	In-patient Surgery actual cost	500	1,000	10,000	25,000 (for Cambodia 10,000)
2.4	Pre-hospitalization actual cost (up to 30 days prior to the Hospital Admission Date)	100	250	500	1,000
2.5	Post-hospitalization actual cost max. 5 visits (60 days after discharge)	100	250	500	1,000
2.6	In Hospital and Related Services actual cost	1,000	2,000	6,000	10,000
2.7	Emergency Land Ambulance actual cost	50	100	300	500
<b>3</b>	<b>Non-Inpatient Treatment</b>				
3.1	Day Surgery actual cost	100	200	500	2,000

Coverage (USD Per Policy Year)		Plan 1 (Bronze)	Plan 2 (Silver)	Plan 3 (Gold)	Plan 4 (Diamond)
3.2	Kidney-Dialysis actual cost	500	1,000	3,000	5,000
<b>4</b>	<b>Pregnancy Complications</b> (Life Assured age during the coverage must be from 20-49 years old)				
4.1	In/Non-inpatient treatments actual cost (365 days Waiting Period)	500	1,000	3,000	5,000

**Note:** In case of death or TPD during or after hospitalization, the Medical Expenses benefit for the last treatment before the confirmation of death or TPD by the Doctor will be claimable. The Policy shall be automatically terminated after Death/TPD payment.

**Co-Payment:** The Policy Owner is responsible for 20% Co-Payment, capped at the limit Per Disability as provided under each Healthcare Plan.

**Benefit payment:** The example of how benefit is claimable is provided under section 4.2 of this Insurance Policy.

#### 4.2 Example of Benefit claimable calculation

Below examples illustrate how the benefit claimable is calculated. First the Sub-Limit under each Benefit Coverage will be applied on actual cost incurred. Then the cost after applying Sub-Limit will be net off by 20% Co-Payment with a cap Per Disability. The final benefit claimable is subject to the Policy Annual Limit.

**Example 1:** A Life Assured purchased **PRUMyHealth** Plan 1 (USD 5,000), had a road traffic accident. He/she admitted in the Hospital for 4 days, with total actual cost USD 1,000 for the treatment. In case the claim is eligible as per Insurance Policy, the benefits are claimable as below:

No	Items	Actual cost incurred	Annual Limit / Sub-limit	Benefits claimable after sub-limit	20% Co-Payment	Benefits claimable after Co-Payment
	Treatment	A	B	C= Minimum of (A,B)	D=20%*C	E=C-D
(1)	Daily Room & Board	100 (USD 25 per days x 4)	100 (USD 25 per days x 4)	100	20	80
(2)	In-patient Surgery	650	500	500	100	400

No	Items	Actual cost incurred	Annual Limit / Sub-limit	Benefits claimable after sub-limit	20% Co-Payment	Benefits claimable after Co-Payment
(3)	In Hospital and Related Services	250	1,000	250	50	200
<b>(4)</b>	<b>Total (1) + (2) + (3)</b>	<b>1,000</b>		<b>850</b>	<b>170</b>	<b>680</b>
(5)	Co-payment limit Per Disability				100	
(6)	Adjustment on Co-Payment limit (D4) -(D5)					70
<b>(7)</b>	<b>Claim Eligible</b>		<b>5,000</b>			<b>750</b>
	<b>Benefits claimable</b> Minimum of (B7, E7)					<b>750</b>

The total claim amount of **USD 750** would be paid. Policy continues to cover the Life Assured of the remaining benefit.

**Example 2:** A Life Assured purchased **PRUMyHealth** Plan 1 (USD 5,000). During the policy year, he/she was diagnosed with Cancer. He/she was receiving in-patient treatment of eligible conditions with total actual cost USD 3,000 in the first claim.

No	Items	Actual cost incurred	Annual Limit / Sub-limit	Benefits claimable after sub-limit	20% Co-payment	Benefits claimable after co-payment
	First claim	A	B	C= Minimum of (A,B)	D=20%*C	E=C-D
(1)	Cancer	2,000	5,000	2,000	400	1,600
(2)	Daily Room & Board	1,000	500	500	100	400



No	Items	Actual cost incurred	Annual Limit / Sub-limit	Benefits claimable after sub-limit	20% Co-payment	Benefits claimable after co-payment
		(USD 50 per days x 20)	(USD 25 per days x 20)			
<b>(3)</b>	<b>Total (1)+(2)</b>	<b>3,000</b>		<b>2,500</b>	<b>500</b>	<b>2,000</b>
(4)	Co-Payment limit Per Disability				100	
(5)	Adjustment on Co-Payment limit (D3) -(D4)					400
<b>(6)</b>	<b>Claim Eligible</b>		<b>5,000</b>			<b>2,400</b>
	<b>Benefits claimable</b>  Minimum of (B6, E6)					<b>2,400</b>

	Remaining Policy Benefit	Actual cost incurred	Annual Limit / Sub-limit	Benefits claimable after sub-limit	20% Co-Payment	Benefits claimable after Co-Payment
(7)	Remaining Policy Annual Limit					2,600

The total claim amount of **USD 2,400** was paid. Policy continues to cover the Life Assured of the remaining benefit. There was a subsequent second time claim within the same policy year, of which the total actual cost was USD 5,000, and it is proved as One Disability with the first claim by the Definition under this Insurance Policy.

No	Items	Actual cost incurred	Annual Limit / Sub-limit	Benefits claimable after sub-limit	20% Co-Payment	Benefits claimable after Co-Payment
	Second claim	A	B	C= Minimum of (A,B)	D=20%*C	E=C-D
(1)	Cancer	2,500	3,400	2,500	500	2,000
(2)	Daily Room & Board	2,500 (USD 25 per days x 100)	1,500 (USD 25 per days x 60)	1,500	300	1200
<b>(3)</b>	<b>Total (1)+(2)</b>	<b>5,000</b>		<b>4,000</b>	<b>800</b>	<b>3,200</b>
(4)	Co-payment limit Per Disability				0	
(5)	Adjustment on Co-Payment limit (D3) -(D4)					800
<b>(6)</b>	<b>Claim Eligible</b>		<b>2,600</b>			<b>4,000</b>
	<b>Benefits claimable</b> Minimum of (B6, E6)					<b>2,600</b>

The claim amount of **USD 2,600** would be paid. Total benefit of **USD 5,000** has been provided to customer.

**Example 3:** A Life Assured purchased **PRUMyHealth** Plan 4 (USD 50,000). He/she admitted in the Hospital for 30 days due to Chronic Heart Disease of eligible conditions, which the total actual cost was shown by each category of the first claim as below.

No	Items	Actual cost incurred	Annual Limit / Sub-limit	Benefits claimable after sub-limit	20% Co-Payment	Benefits claimable after Co-Payment
	Treatment	A	B	C= Minimum of (A,B)	D=20%*C	E=C-D
(1)	Daily Room & Board	15,000 (500 per days x 30)	15,000 (500 per days x 30)	15,000	3,000	12,000

No	Items	Actual cost incurred	Annual Limit / Sub-limit	Benefits claimable after sub-limit	20% Co-Payment	Benefits claimable after Co-Payment
(2)	In-patient Surgery	25,000	25,000	25,000	5,000	20,000
(3)	In Hospital and Related Services	10,000	10,000	10,000	2,000	8,000
<b>(4)</b>	<b>Total (1)+(2)+(3)</b>	<b>50,000</b>			<b>10,000</b>	<b>40,000</b>
(5)	Co-Payment limit Per Disability				700	
(6)	Adjustment on Co-Payment limit (D2) -(D3)					9,300
<b>(7)</b>	<b>Claim Eligible</b>		<b>50,000</b>			<b>49,300</b>
(8)	<b>Benefits claimable</b> Minimum of (B7, E7)					49,300

	Remaining Policy Benefit	Actual cost incurred	Annual Limit / Sub-limit	Benefits claimable after sub-limit	20% Co-Payment	Benefits claimable after Co-Payment
(9)	Remaining Policy Annual Limit					700

The total claim amount of **USD 49,300** would be paid. Policy continues to cover the Life Assured of the remaining benefit. There was a subsequent second time claim within the same policy year, of which the total actual cost was shown by each category as below, and it is proved it is not under One Disability with the first claim by the definition under this Insurance Policy.

No	Items	Actual cost incurred	Annual Limit / Sub-limit	Benefits claimable after sub-limit	20% Co-Payment	Benefits claimable after Co-Payment
	Treatment	A	B	C= Minimum of (A,B)	D=20%*C	E=C-D
(1)	Daily Room & Board	1,000 (500 per days x 2)	1,000 (500 per days x 2)	1,000	200	800
(2)	In-patient Surgery	1,000	5,000	1,000	200	800
(3)	In Hospital and Related Services	500	2,000	500	100	400

No	Items	Actual cost incurred	Annual Limit / Sub-limit	Benefits claimable after sub-limit	20% Co-Payment	Benefits claimable after Co-Payment
(4)	<b>Total</b>	<b>2,500</b>			<b>500</b>	2,000
(5)	Co-Payment limit Per Disability				700	
(6)	Adjustment on Co-Payment limit					0
(7)	<b>Claim Eligible</b>		<b>700</b>			<b>2,000</b>
(8)	<b>Benefits claimable</b> Minimum of (B7, E7)					<b>700</b>

The claim amount of **USD 700** would be paid. Total benefit of **USD 50,000** has been provided to customer.

### 4.3 Waiting Period:

No claims shall be payable for any conditions which existed or diagnosed during the Waiting Period; or after the expiry of the Waiting Period but which is related to a condition which existed or diagnosed during the Waiting Period.

- a. For treatment due to Accident, the Waiting Period is 1 (one) day.
- b. For treatment due to the Specified Illnesses as listed under section 4.4, the Waiting Period is 120 (one hundred and twenty) days.
- c. For Pregnancy Complications as listed under section 4.5, the Waiting Period is 365 (three hundred sixty-five) days).
- d. For treatment due to all other Diseases except Specified Illnesses, the Waiting Period is 30 (thirty) days.

### 4.4 List of Specified Illnesses

Specified Illnesses include any of the following (including complications), regardless of whether Life Assured is aware or not:

- a. All tumors, Cancers, cysts, nodules and polyps
- b. Stones of the urinary system and biliary system
- c. All ear, nose (including sinuses) and throat conditions
- d. Hernias, hemorrhoids, fistulae, hydrocele, varicocele
- e. Disease of the reproductive system
- f. Vertebro-spinal disorders (including intervertebral disc) and knee conditions
- g. Hypertension, diabetes mellitus and cardiovascular diseases
- h. Pterygium, pinguecula, cataract
- i. Tonsillectomy or adenoidectomy
- j. Varicose Veins

#### 4.5 Pregnancy Complications List and Definitions

Pregnancy Complications include the following conditions.

No	Conditions	Definitions
(1)	Abruptio placentae	The separation of a normally implanted placenta after the 20th week of gestation and prior to the birth of the foetus, resulting in life threatening foetal distress, or maternal shock. The diagnosis must be confirmed by an appropriate Medical Specialist, and supported with medical evidence of class 2 or class 3 abruptio necessitating an emergency C section.
(2)	Acute Fulminant Steatohepatitis in Pregnancy	It must be a pathologic entity unique to pregnancy and characterized by microfascicular fatty infiltration of the liver. It can present as fulminant hepatic failure, defined as the acute onset of encephalopathy, within 8 weeks of diagnosis of liver disease in a patient with no prior history of liver dysfunction. The diagnosis must be confirmed by an appropriate Medical Specialist and a liver biopsy.
(3)	Amniotic fluid embolism	A syndrome in which, following the infusion of amniotic fluid into the maternal circulation, there is the sudden development of acute respiratory distress and shock. The diagnosis must be confirmed by an appropriate Medical Specialist and supported with medical evidence of any combination of respiratory distress, cardiovascular collapse, disseminated intravascular coagulation, coma and lung scans showing embolization
(4)	Choriocarcinoma and malignant hydatidiform mole	Choriocarcinoma means a highly malignant neoplasm derived from placental syncytial trophoblasts which form irregular sheets and cords, with neoplastic cells invading blood vessels. The diagnosis must be made by an appropriate Medical Specialist and confirmed by histological evidence. Malignant hydatidiform mole means the development of fluid-filled cysts in the uterus after the degeneration of the chorion during pregnancy and shows evidence of malignancy. The diagnosis must be made by an appropriate

No	Conditions	Definitions
		Medical Specialist and confirmed by histological evidence.
(5)	Disseminated intravascular coagulation	Over activation of the coagulation and fibronolytic system resulting in microvascular thrombosis, consumption of platelets and coagulation factors and major haemorrhage requiring treatment with frozen plasma and platelets concentrates. The diagnosis must be confirmed by an appropriate Medical Specialist. Only disseminated intravascular coagulation due to complications of pregnancy is covered. Any disseminated intravascular coagulation arising during the first seven months of pregnancy is excluded.
(6)	Ectopic pregnancy	The development of a fertilised ovum outside of the uterine cavity (ovary, fallopian tube, abdominal cavity). The ectopic pregnancy must be confirmed by an appropriate Medical Specialist and have been terminated by laparotomy or laparoscopic surgery.
(7)	Placenta increta or percreta	The abnormal adherent of the placenta to the myometrium resulting in severe haemorrhage requiring surgical removal of the placenta. The diagnosis must be made by an appropriate Medical Specialist and confirmed by histological evidence.
(8)	Postpartum haemorrhage requiring hysterectomy	The ongoing bleeding secondary to an unresponsive and atonic uterus, a ruptured uterus, or a large cervical laceration extending into the uterus requiring hysterectomy. The diagnosis must be made by an appropriate Medical Specialist and proof of actual undergoing of hysterectomy is required.
(9)	Pre-eclampsia or eclampsia	The development of hypertension after 20 weeks of pregnancy with a systolic blood pressure of at least 170mmHg or diastolic blood pressure of at least 110 mmHg recorded on 2 successive measurements of at least 6 hours apart, as well as proteinuria of more than 3+ on a random urine



No	Conditions	Definitions
		sample. The diagnosis must be confirmed by a gynaecologist or obstetrician.
(10)	Still birth	The birth of a child after 28 weeks gestation, who has not, at any time after being expelled completely from the Life Assured mother, breathed or shown any sign of life. The diagnosis must be made by an appropriate Medical Specialist. Elective termination of pregnancy and abortion are specifically excluded.

## 5. Premium Payment

Rider's Premium is adjusted in accordance with the attained age and risk profile of the covered person. Medical inflation will increase the cost of providing this medical insurance policy in the future. We therefore reserve the right to increase premium rates in the future to offset the impact of medical inflation, subject to regulatory approval. The new Premium shall be applied on the next Renewal Date or after a written prior notice of 30 (thirty) days given by the Company, whichever is later. This is a regular premium, which can be paid annually, semi-annually, quarterly and monthly. The Premium can be paid to the bank of the Company through all available means.

## 6. Exclusions

The Company shall not pay benefits defined in this Provision if the claim of Life Assured resulted from any of the followings:

- (1). Pre-Existing Conditions and the complications arising from the Pre-Existing Conditions, unless the Pre-Existing Conditions were fully and honestly disclosed in the Application form or Reinstatement Request form and accepted by the Company.
- (2). Any Hospitalization or Treatment for which the underlying Medical Condition or any number of days of Hospitalization which are Not Medically Necessary (as provided under this provision below), as determined by the Company.
- (3). Any treatment or surgical operation performed due to external or known internal congenital abnormalities or deformities including hereditary conditions.
- (4). Pregnancy or Pregnancy Complications, other than those specifically covered under Pregnancy Complications (as provided under section 4.5).
- (5). Private nursing, rest cures or sanatoria care, illegal drugs, intoxication, sterilization, venereal disease and its sequelae, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) or ARC (AIDS Related Complex) and HIV related diseases, and any communicable diseases required quarantine by law.

- (6). Psychotic, mental or nervous disorders, (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations).
- (7). Private flying other than as a fare-paying passenger in any commercial scheduled airlines licensed to carry passengers over established routes.
- (8). Suicide, attempted suicide or self-inflicted injury while sane or insane.
- (9). Commitment or attempted commitment of a criminal offense by the Policy Owner, Life Assured or Beneficiary.
- (10). War or any act of war, or Terrorism, whether declared or not, riot, insurrection, civil commotion, strikes terrorist activities, if the Life Assured was actively participating therein.
- (11). Any medical treatment given by a Medical Practitioner who is the parent, spouse or child of the Life Assured. The Life Assured who is a registered Medical Practitioner may not be reimbursed for any self- administered treatment.
- (12). Any loss or injury arising from the action of the Life Assured whilst under the influence of alcohol, addictive drugs, narcotic drugs to the extent of being unable to control one's mind. The term "under the influence of alcohol" in case of having a blood test refers to a blood/alcohol level of 150% mg and over.
- (13). Injury while the Life Assured is taking part in dangerous sports or activities including racing of all kinds including car, boat and horse racing, racing of water and snow ski-ing, including jet-ski, skating, boxing, parachuting jumping (except for the purpose of life saving), boarding or traveling in a hot air balloon, gliding, bungee jumping, diving with oxygen tank and breathing equipment under water.
- (14). Ionising radiations or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or from any nuclear waste from the combustion of nuclear fuel, the radioactive toxic explosive or other hazardous property of any explosive nuclear assembly or nuclear component thereof.
- (15). Medical treatment related to alcoholism, cigarette addiction, drug or other addicted substance.
- (16). Vaccination and immunization injections.
- (17). The cost of providing or fitting artificial device/appliance or medical aids as followings:
  - a. Automated Implantable Cardioverter Defibrillator, Defibrillator or External Pacemaker
  - b. External Artificial aids and durable medical device including but not limited to: medical equipment, hearing aids, eyeglasses, contact lens, respirator, oxygen generator, vital signs monitoring device (pulse, blood pressure, temperature, sugar level), supporting devices, including but not limited to: Gaits Aids (Cane, Crutches for any cost in excess of USD50, Walkers.), Orthosis (Air Cast, Braces, Collars, Corsets, Supports, Shoes, Body jacket, Foot orthosis and Shoe modification)

- c. Artificial supplementary for External organs, included but not limited to: upper extremity, lower extremity prostheses, eye prosthesis, ear prosthesis.

Following these exclusions, examples of treatment considered as Not Medically Necessary include but not limit to:

- (1). Plastic/Cosmetic surgery, circumcision, eye examination, glasses and refraction or surgical correction of nearsightedness.
- (2). Dental conditions including dental treatment or oral surgery except as necessitated by Accident to sound natural teeth occurring wholly during the insurance period.
- (3). Treatment relating to fertility (e.g. In vitro fertilisation (IVF)).
- (4). Medical treatment for sex changes.
- (5). Medical treatment involving the donation of any body organ by the Life Assured.
- (6). Hospitalization primarily for investigatory, diagnosis, X-ray examination, general physical or medical examinations, and any preventive treatments, preventive medicines or examinations or screenings carried out by a Physician,
- (7). Routine physical examinations, health check-ups or tests not incidental to treatment or diagnosis of the Life Assured's sickness or injury, unless specifically covered under the Inpatient Benefit of the Rider.
- (8). Erectile dysfunction and tests or treatment related to impotence or sterilization.
- (9). Traditional medicine methods.
- (10). Investigation and treatment of sleep and snoring disorders, hormone replacement therapy.
- (11). Experimental, traditional and alternative treatment and medication, medical service or supplies, including but not limited to chiropractic services, acupuncture, acupressure, reflexology, bone setting, herbalist treatment, massage or aroma therapy, naturopathy, holistic treatment or other alternative treatment.

## **7. Geographical Coverage for Insurance**

The geographical coverage under this Rider is according to each Healthcare Plan as provided below:

- a. Healthcare Plan 1: Cambodia
- b. Healthcare Plan 2: Cambodia, Thailand, and Vietnam
- c. Healthcare Plan 3: Cambodia, Thailand, Vietnam, Laos, Myanmar, Indonesia, Malaysia, Brunei, and Philippines.
- d. Healthcare Plan 4: Cambodia, Thailand, Vietnam, Laos, Myanmar, Indonesia, Malaysia, Singapore, Brunei, and Philippines.

We shall not pay any Benefit if the Life Assured remains outside of Cambodia for more than 90 days in each trip.

## **8. Criteria of the Beneficiaries/Person to Receive Claim Payments**

- i. The Beneficiary shall be designated under the condition of this Policy, except there is any change made by the Policy Owner.
- ii. The Policy Owner and/or Life Assured can nominate or change Beneficiary/Beneficiaries right after the Policy is successfully issued during when the Policy is still in force.
- iii. Except there is the nomination on Beneficiary as stated in Article 8.ii, there is default Beneficiary in accordance to the condition of the Policy based on below hierarchy:
  - a. 50% of benefits shall be obtained by spouse.
  - b. 50% of benefits shall be obtained by below hierarchy:
    - 1<sup>st</sup>. Spouse and Children with equal share
    - 2<sup>nd</sup>. Spouse and Parents with equal share
    - 3<sup>rd</sup>. Spouse and Siblings with equal share
    - 4<sup>th</sup>. Legal successor based on Court decision

## **9. Policy Alteration**

### **Free Look Period**

Should you decide not to continue with this Rider and the Insurance Policy that this Rider is attached to, you could cancel the Policy through a written request made to the Company within 21 (twenty-one) days from the Policy Issuance Date ("Free-look Period"), provided that no claim has been paid by the Company. In case the Policy is cancelled within the Free-look Period, we shall refund to the Policy Owner the following amount:

- a. Total Premium received by the Company, minus
- b. Medical examination fees if any, minus
- c. Outstanding debts if any.

Once the refund is done, the Policy shall cease to exist from the Policy Effective Date.

## **10. Renewal/Reinstatement of the Insurance Contract**

### **10.1 Rider Coverage Renewal**

- a. Rider is 1-year term, effective from the Effective Date stated on the Life Insurance Certificate till the Policy Anniversary Date.
- b. Rider shall be automatically renewed annually until Life Assured reaches 70 (seventy) years of age. For avoidance of doubt, the last renewal happens when Life Assured age at last birthday is 69 (sixty-nine) years of age.
- c. Policy Owner and/or the Company reserves the right not to renew this Rider.
- d. In case the Company refuses to renew this Rider, the Company shall notify Policy Owner in writing at least 30 (thirty) days before the Renewal Date of Rider.

### **10.2 Grace Period**

- a. The Grace Period of Rider and the basic plan this Rider is attached to is 30 (Thirty) days after the due date of premium payment.
- b. Within the Grace Period, the Life Assured remains being covered under applied Policy Benefits under this Rider. If the premium is not paid within this Grace Period, the Rider will be lapsed from the due date.
- c. In case of a claim event happened within the Grace Period, the condition for the Claim to be paid is that Policy Owner must pay the full due Premium within the Grace Period. The Company shall deduct the unpaid due Premium (if any) before paying the Policy Benefits.

### **10.3 Lapsed Policy**

This Rider/Basic Plan this Rider is attached to acquire a Lapse status if the Total Premium remains unpaid after the end of the Grace Period. The date of lapse would be the Premium Due Date of the earliest unpaid Premium.

After the Policy has lapsed, all insurance benefits cease to exist, and the Policy acquires a Lapsed status. Once the Policy has lapsed, the Policy Owner has the following Options:

- a. Reinstate the Policy within six (6) months from the date of lapse by paying all unpaid Premium(s) and interest, if any. OR
- b. Surrender the Policy and no surrender value is applicable

If the Policy Owner does not reinstate the Policy within six (6) months of the date of lapse, the Company shall terminate the Policy without prior notice to Policy Owner and no surrender value is applicable.

## 10.4 Policy Reinstatement

Should your Policy acquire a lapsed status, in accordance with Article 10.3, you can request that it be reinstated within six (6) months from the date of lapse. Reinstatement is subject to the following:

- a. Payment of all unpaid Premium(s), including Basic Plan Premium(s), Rider(s) Plan Premium(s), and any extra Premium as may be applicable to your Policy, since the date of lapse and any applicable taxes and interest; or the reinstatement amount as determined by the Company at the time of reinstatement. In addition, you will need to pay Premium of the next payment as specified below in line with your chosen Frequency of premium payment:
  - Three (3) months Premium for monthly and quarterly payment frequency; or
  - Six (6) months Premium for half-yearly payment frequency; or
  - One (1) year Premium for annual payment frequency.
- b. Underwriting under the Company's then prevailing Underwriting Policy, which may result in extra Premium and/or exclusions being required to reinstate the Policy, or the whole or part of then benefits whose reinstatement is being requested being rejected.
- c. Payment of medical examination expense for reinstatement or any expenses for completing underwriting requirements if any.
- d. The reinstatement shall come into effect from the Reinstatement Date when the Company issues the written approval which constitutes a formal acceptance of the reinstatement of the Policy subject to the condition that the Rider Policy is reinstated after the underwriting process.

If the Policy is not reinstated after the underwriting process, and the Policy Owner does not choose to keep the Rider Policy in the Lapsed status by giving a notice to the Company, the Rider Policy shall be terminated without prior notice, and the Company shall pay the following:

- a. Premium paid for the Rider Policy upon reinstatement; minus
- b. Medical examination expense for reinstatement paid for by the Company if any.

If the Policy is not reinstated after the underwriting process, the Policy Owner can choose not to terminate the Policy but keep it in the lapsed status until six (6) months after the date of lapse.

If the Policy Owner does not reinstate the Policy within six (6) months of the date of lapse, the Company shall terminate the Rider Policy without prior notice to the Policy Owner and no surrender value is applicable.



## **11. Surrender of Policy Contract**

You have the right to surrender your Rider/Basic Plan at any time during the Policy Term. You can request for the surrender of the Rider/Basic Plan, by using the Surrender Request Form provided by the Company. The effective date of your Surrender request would be the date when the Company receives the duly signed and fully filled in the Surrender Request Form from you.

On receipt of your Surrender Request Form, the Rider/Basic Plan shall be terminated and no benefits under this Policy shall be applicable. The surrender value if applicable is stated in the Life Insurance Certificate.

## **12. Termination of Policy Contract**

This Rider coverage shall automatically terminate upon the occurrence of one of the following events:

- a. The signed Insurance Policy of the Basic Plan is terminated; or
- b. The coverage term of this Rider expires; or
- c. On the Policy Anniversary Date immediately after Life Assured reaches 70 (seventy) years old; or
- d. The Policy Owner requests the cancellation of this Rider; or
- e. The Company has paid the full benefits according to the Insurance Policy of this Rider; or
- f. Other situations as may be stipulated by the existing insurance laws and/or relevant regulations
- g. The Company reserves the rights to terminate Policy or not to pay claim in case Policy Owner and Life Assured under this Policy do not disclose every fact material to our assessment of the risk of issuing this Policy and any of its coverage.

## **13. Claim Procedure**

The claim submission related to the covered events should be submitted to the Company/Company's third-party administrator who is performing claim administration upon Company's authorized approval within 30 days after the date of discharge or the date on which the Non-Inpatient Treatment begins. The Company is liable to pay the benefits under this Policy to the person(s) entitled to receive the benefits according to these Insurance Policy, provided that the Company receives required and satisfactory evidence for claim settlement. The following documents shall be required for the assessment of the direct claim including but not limited to:

- a. Completed Claim form
- b. Doctor's note/medical certificate
- c. Original Medical Expenses receipts
- d. Attending Physician Statement(s)
- e. Pathology/Histology/biopsy report(s)



The claim evidence must be in Khmer or English. The cost of translation is to be paid by the claimant. The Company/Company's third-party administrator reserves the right to require the claimant to provide additional documents, or other evidence to enable us to complete the procedure for payment of the Benefits. Expenses incurred for providing such additional required documents will be borne by claimant.

The Company is responsible for settling claim within 30 (thirty) working days from the date of receipt of a complete and valid claim evidence as required under this Article. The claim benefit will be paid in currency as shown in the Life Insurance Certificate.

### **13.1. Examination Rights**

The company reserves the right to choose and pay the fee to get any independent Doctor for medical consultant on health conditions related to any claims. If necessary, the independent Doctor will examine the Life Assured's health conditions and requires the Life Assured to get examined in the relevant laboratory and provides report to us. We use this right only in the uncertain situation of the illness condition and/or our responsibility in accordance with the Policy. The Life Assured is required to cooperate with the Doctor; otherwise, no claim shall be paid.

### **13.2. Claim with Hospital or Outpatient Health Service Provider network in Cambodia**

In case the Life Assured chooses to seek medical treatment at Hospital or Outpatient Health Service Provider network in Cambodia, the direct claim settlement would be applied.

Direct claim settlement is a value added service provided by PCLA through a third party administrator to facilitate the Policy Owner / Life Assured in getting insurance benefits specified in this Specific Provision at the hospital or Outpatient Health Service Provider network. The Life Assured is required to present the Healthcare insurance card together with the photo National ID to the hospital admission staff for verification purpose. Upon assessment of the Policy Owner / Life Assured medical information, plan benefit and claim history, the third party administrator will determine if the direct claim settlement is approved or declined. In addition, any costs that do not have direct relevance to the treatment of the medical condition will be borne by the Policy Owner / Life Assured at time of hospital discharge. To facilitate the process, Policy Owner / Life Assured are suggested to request this direct claim settlement at least 2 days prior to the hospital admission or Outpatient Health Service Provider visit. For emergency situations, pre-authorisation/in advance claim request is not required. Life Assured should notify the Company within 48 hours after the occurrence of emergency.



### **13.3. Claim with Hospital or Outpatient Health Service Provider network outside Cambodia**

In case the Life Assured chooses to seek medical treatment at Hospital or Outpatient Health Service Provider network outside Cambodia, the Company would require for the Life Assure/Policy Owner to provide information/documents as follows:

- a. Information on the Life Assured/Policy Owner at least 48 hours before traveling for treatment
- b. Necessary information on the Life Assured's health conditions
- c. Information on the date to receive, place, and Hospital/ Outpatient Health Service Provider name
- d. A copy of passport
- e. The estimate total cost of treatment, date to discharge from Hospital, and other relevant information (if possible)

For emergency situations, pre-authorization/in advance information is not required. Life Assured should notify the Company within 48 hours after the occurrence of emergency.

### **13.4. Claim with Hospital or Outpatient Health Service Provider outside network**

In case the Life Assured chooses to seek medical treatment at Hospital or Outpatient Health Service Provider outside network, the Life Assured/Policy Owner would settle all claim amount on their own first and reimburse from the Company later by following the claim procedures mentioned above.

For assistance with the claim process, the claimant may report the claim to the respective financial consultant / life consultant or contact the Company's claim team through contact information as provided in the Company's website.

After the Company's decision to settle the claim, the claim benefit would be transferred to the claimant's bank account, e-wallet account (if applicable), or through cheque (if applicable), based on the information provided by claimant during claim submission request.

### **13.5. Pre-Authorisation Requirement**

Pre-Authorisation ensures that prior to incurring liability for medical treatment, surgeries and other procedures, the prospective claimant is eligible under the Policy and will be reimbursed up to the applicable limit, subject to all other terms and conditions and exclusions under this Insurance Policy.

The following medical treatment would require pre-authorization from the Company or the Company Third Party Administrator:



- a. Inpatient Treatment
- b. Inpatient Surgery
- c. Day Surgery

Pre-Authorisation is a process by which a Life Assured obtain approval for a certain medical procedures or treatment from the Company prior to the commencement of the proposed medical treatment. The Policy Owner/Life Assured/network hospital must submit a completed Pre-Authorisation Form to the Company. This completed Pre-Authorisation Form must be received by the Company a minimum 5 business days prior to the scheduled procedure or treatment date. We will review the matter and respond to Policy Owner/Life Assured. Written approval from the Company must be received by the Policy Owner/Life Assured, prior to the commencement of the proposed medical treatment.

Please note: some treatments request may require longer than 5 business days for review process to be completed.

To obtain Pre-Authorisation, the Policy Owner/Life Assured, network Hospital must contact to Company or Company's third-party administrator.

We reserve the right to decline the claim if Life Assured fails to obtain pre-authorisation prior to the service listed above. For emergency situations, pre-authorisation is not required. Life Assured should notify the Company within 48 hours after the occurrence of emergency.

Pre-Authorisation Requirement applies to all cases in section 13.2, 13.3 and 13.4.

#### **14. Confidentiality Clause**

All information of Policy Owner and/or Life Assured provided to the Company will be strictly kept confidential and no personal and/or medical information will be disclosed to any third party unless:

- a. Prior consent is given to the Company; or
- b. The disclosure is required or permitted by laws or existing regulatory provisions; or
- c. For claim administrative purpose with our third party administrator

#### **15. Settlement of Dispute**

For any dispute arising in relation to the conduct of insurance business, the disputing parties may bring the case to the Insurance Regulator of Cambodia (IRC) for mediation before filing a lawsuit to arbitration or a competent court, except a criminal case.



## **16. Jurisdiction**

This insurance contract shall be under the jurisdiction of the Kingdom of Cambodia.

