

ការបាត់បង់នូវការប្រើប្រាស់អវិជ្ជមាន ឬ ប្រសិនបើប្រសិនបើមានការបាត់បង់អវិជ្ជមាន មួយនោះ ។ ប្រសិនបើប្រសិនបើមានការបាត់បង់អវិជ្ជមាន មួយនោះ ។ ប្រសិនបើប្រសិនបើមានការបាត់បង់អវិជ្ជមាន មួយនោះ ។ ប្រសិនបើប្រសិនបើមានការបាត់បង់អវិជ្ជមាន មួយនោះ ។

Permanent total loss of use of member shall be treated as loss of member. Where the injury is not specified the Company will adopt a percentage of disablement which in its opinion is consistent with the above scale.

The aggregate of all percentages payable in respect of any one accident shall not exceed 100%. In the event of a total of 100% having been paid all insurance hereunder shall immediately cease to be in force. All other losses smaller than 100% if having been paid shall reduce the coverage by that amount from the date of accident until the expiration of the Policy.

ចំណុច ៣. សំណងលើថ្លៃព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ / Item C. MEDICAL EXPENSES

ក្រុមហ៊ុននឹងធ្វើការទូទាត់ទៅលើការចំណាយកើតឡើងជាក់ស្តែងរហូតដល់ស្មើនឹងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់ការព្យាបាល និងវះកាត់ ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋានយិកា មានការបណ្តុះបណ្តាល និងការសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យដោយចាប់ផ្តើមនៅក្នុងរយៈពេល ៥២ សប្តាហ៍ គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទមានគ្រោះថ្នាក់ ។
Pays the actual expenses incurred, up to the amount selected, for medical and surgical care, trained nursing care and hospitalisation commencing within 52 weeks from date of accident.

ការអះអាងដោយអ្នកស្នើសុំ / DECLARATION BY PROPOSER

យើងខ្ញុំសូមអះអាងថាព័ត៌មានខាងលើពិតជាត្រឹមត្រូវ និងមិនមានការកែប្រែឡើយ ហើយយើងខ្ញុំមិនមានការលាក់បាំង ផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ឬ ផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានឡើយ ។
យើងខ្ញុំសូមបញ្ជាក់អះអាងថាព័ត៌មាន និងលេខក្រីប៊ូកាសដែលមានក្នុងទម្រង់បែបបទស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងនិងក្លាយជាធាតុសំខាន់ និងជាមូលដ្ឋាននៃកិច្ចសន្យារ៉ាប់រងខ្លួនយើងខ្ញុំ និងក្រុមហ៊ុន ។

I/We to the best of my/our knowledge hereby confirm that the statement contained in this proposal form are true and correct and I/We have not concealed, misrepresented or misstated any material fact.

I/We further agree that the statements and declaration contained in this proposal form shall be incorporated in and be the basis of the contract between myself/ourselves and the Company.

ថ្ងៃ / DATE: _____ ហត្ថលេខារបស់អ្នកស្នើសុំ / PROPOSER'S SIGNATURE: _____

អ្នកទទួលបានប្រាក់ / BENEFICIARY

លេខរៀង No.	ឈ្មោះ (ដូចក្នុងអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លេខស៊ីតឆ្លងដែន/ស៊ីប៊ូកាស/ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត) Name (as in Identity Card No./ Passport No./ Birth Cert.)	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លេខស៊ីតឆ្លងដែន/លេខស៊ីប៊ូកាស Identity Card No./ Passport No./ Birth Cert. No.	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy	ទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកស្នើសុំ (សមាជិកគ្រួសារ) Relationship To Proposer (Immediate Family)	ភាគរយនៃ សំណង % of Share	អាសយដ្ឋាន /Address
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

បែបបទស្នើសុំការធានារ៉ាប់រង និង លេខក្រីប៊ូកាសអះអាងជាភាសាអង់គ្លេសនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់តែមួយគត់ដើម្បីបញ្ជាក់នូវភាពខុសប្លែកគ្នាដែលអាចកើតឡើងលើអត្ថន័យនៃពាក្យតែមួយ ។
The English version of the proposal form and declaration shall solely be used to determine all differences arising out of the same.



កិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រងគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល "ALL BENEFITS" PERSONAL ACCIDENT INSURANCE

បែបបទស្នើសុំធានារ៉ាប់រង / PROPOSAL FORM

ព័ត៌មានខាងក្រោមនេះគឺអនុលោមទៅតាមមាត្រាទី២០ នៃច្បាប់ធានារ៉ាប់រងរបស់ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ឬការធ្វើវិសោធនកម្មផ្សេងៗ ។

លោកអ្នកត្រូវបង្ហាញនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងនេះដោយភាពស្មោះត្រង់នូវព័ត៌មានពិតប្រាកដដែលលោកអ្នកដឹង ឬត្រូវបានដឹង បើមិនដូច្នោះទេកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រងដែលបានចេញ អាចចាត់ទុកថាមោឃៈ ។
STATEMENT PURSUANT TO ARTICLE 20 OF THE INSURANCE LAW OF THE KINGDOM OF CAMBODIA OR ANY SUBSEQUENT AMENDMENT THEREOF
You are to disclose in this proposal form, fully and faithfully, all the facts, which you know or ought to know, otherwise the policy issued hereunder may be void.

លេខគណនីភ្នាក់ងារ: _____ លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង: _____
Agency A/C No: _____ Policy No: _____

ព័ត៌មានលម្អិតរបស់អ្នកស្នើសុំធានារ៉ាប់រង (សូមបំពេញ) / DETAILS OF PROPOSER (please complete)

ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកស្នើសុំ : _____
Name of Proposer in Full

អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង : _____
Correspondence Address

លេខប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួន/លិខិតឆ្លងដែន : _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត : _____
Identity Card No./Passport No. Date of Birth dd/mm/yyyy

ប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួន/លិខិតឆ្លងដែន បានបញ្ជាក់ដោយ : _____ ហត្ថលេខា និង ឈ្មោះភ្នាក់ងារ/ បុគ្គលិក
(Identity Card/Passport No. Verified By Signature & Name of Agent / Staff)

សញ្ជាតិ / Nationality : _____

ភេទ / Gender : ប្រុស / Male ស្រី / Female

ស្ថានភាពគ្រួសារ / Marital Status : នៅឈឺវ / Single រៀបការ / Married ផ្សេងៗ / Others: _____

មុខរបរ (បញ្ជាក់ពីមុខងារពិតប្រាកដ) : _____
Occupation (state exact duties)

លេខទូរស័ព្ទ / Telephone No. : _____ លេខទូរស័ព្ទដៃ : _____ ការិយាល័យ : _____
Handphone No. Office

អ៊ីមែល / E-mail Address : _____

ឈ្មោះនិយោជក : _____
Name of Employer

ប្រភេទនៃអាជីវកម្ម : _____
Nature of Business

រយៈពេលធានារ៉ាប់រង / PERIOD OF INSURANCE

ចាប់ពីថ្ងៃ / From : _____ ដល់ / To : _____
ថ្ងៃខែឆ្នាំ / dd/mm/yyyy ថ្ងៃខែឆ្នាំ / dd/mm/yyyy

PR-PA-1211/N2.0

ព័ត៌មានលម្អិតស្តីពីសុខភាព និងប្រវត្តិការងារ (សូមបំពេញ) / DETAILS OF HEALTH & CLAIMS HISTORY (please tick)

<p>1. (ក) តើលោកអ្នកធ្លាប់បានធ្វើការទាមទារសំណងក្នុងករណីគ្រោះថ្នាក់បណ្តាលអោយរូបរាងរបស់លោកអ្នក រូបរាងកាយពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងដទៃផ្សេងដែររឺទេ?</p> <p>(ខ) ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ សភាពនៃគ្រោះថ្នាក់ និងឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង</p> <p>(a) Have you ever made any claim in respect of accidental bodily injury against any Insurance Company?</p> <p>(b) If YES, please state the amount, nature of the claim and the name of the Insurance Company.</p>	<p><input type="checkbox"/> មាន / Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន / No</p>
<p>2. (ក) តើក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ននេះលោកអ្នកមានធានារ៉ាប់រងលើគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល ឬធានារ៉ាប់រងសុខភាព (ជំងឺ និងការរីករាត់) ជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែររឺទេ?</p> <p>(ខ) ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងនោះ/ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានដាក់ធានា</p> <p>(a) Are you presently covered by any Personal Accident or Medical Insurance?</p> <p>(b) If YES, please provide details of Insurance Company and amount insured:</p>	<p><input type="checkbox"/> មាន / Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន / No</p>
<p>3. (ក) តើចក្ខុវិញ្ញាណរបស់លោកអ្នកមានសភាពអន់ថយដែររឺទេ?</p> <p>(ខ) តើលោកអ្នកធ្លាប់រងការលំបាកចាប់ពីការភាព / អសមត្ថភាពពីផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយដែររឺទេ?</p> <p>(គ) ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត</p> <p>(a) Is your vision impaired in any way?</p> <p>(b) Do you suffer from any bodily infirmity/disability?</p> <p>(c) If YES, please give particulars:</p>	<p><input type="checkbox"/> មាន / Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន / No</p> <p><input type="checkbox"/> មាន / Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន / No</p>

ជំរើសអត្ថប្រយោជន៍ / BENEFITS PLAN				
ជំរើស / PLAN	ជំរើស ១ PA 1 (USD)	ជំរើស ២ PA 2 (USD)	ជំរើស ៣ PA 3 (USD)	ជំរើស ៤ PA 4 (USD)
គ្រោះថ្នាក់ដល់អាយុជីវិត/ពិការភាពជាអចិន្ត្រៃយ៍ Accidental Death/Permanent Disablement	15,000.00	20,000.00	50,000.00	100,000.00
សំណងលើថ្លៃព្យាបាលរូបស / Medical Expenses	1,000.00	1,500.00	1,500.00	1,500.00
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសំរាប់ពិធីបុណ្យសព / Funeral Allowance	200.00	500.00	800.00	1,000.00
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសំរាប់បញ្ជូនសព / Repatriation Allowance	200.00	500.00	800.00	1,000.00

ការបង់ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ (សូមបំពេញ) / ANNUAL PREMIUM (please tick)				
លំដាប់មុខងារ / OCCUPATION CLASS	ជំរើស ១ PA 1 (USD)	ជំរើស ២ PA 2 (USD)	ជំរើស ៣ PA 3 (USD)	ជំរើស ៤ PA 4 (USD)
ក្រិត ១ / Class 1	<input type="checkbox"/> 53.00	<input type="checkbox"/> 66.00	<input type="checkbox"/> 118.00	<input type="checkbox"/> 211.00
ក្រិត ២ / Class 2	<input type="checkbox"/> 69.00	<input type="checkbox"/> 86.00	<input type="checkbox"/> 166.00	<input type="checkbox"/> 305.00

កំរិតអាយុ
AGE LIMIT :

ចាប់ពីអាយុ១៦ឆ្នាំឡើងទៅ ប៉ុន្តែកុំអោយលើសពីអាយុ៦៥ឆ្នាំចាប់ពីថ្ងៃចាប់ផ្តើមធានា
From 16 years onwards but not exceeding 65 years of age on commencement date.

លំដាប់ថ្នាក់មុខងារ / CLASSIFICATION OF OCCUPATIONS

ក្រិត ១: សំរាប់អ្នកធ្វើការទាមទារផ្នែកជំនាញ ការងាររដ្ឋបាល ការងារគ្រប់គ្រង ស្បៀន និង ការងារដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងការប្រើកម្លាំង ។
 ក្រិត ២: សំរាប់ការងារចាត់ការទូទៅ ប៉ុន្តែមិនទាក់ទងនឹងការងារប្រើកម្លាំង ។
 Class 1: Professional, administrative, managerial, clerical and non-manual occupations.
 Class 2: Superintending but NOT engaging in manual labour.

ពាងភាគរយនៃទឹកប្រាក់ដែលបានធានា / PERCENTAGE OF CAPITAL SUM INSURED

រូបសលើរូបរាងកាយដែលបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ដែលកើតឡើងដោយឯកឯង និងដែលអាចមើលឃើញពីខាងក្រៅដែលជាហេតុបណ្តាលអោយ:-
 Bodily injury caused by violent accidental and visible means and solely and independently of any other cause resulting in:-

កំរិតអត្ថប្រយោជន៍ Scale of Benefits	ទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបានធានា THE SUM INSURED
<p>ចំណុច ក. គ្រោះថ្នាក់ដែលបណ្តាលអោយបាត់ជីវិត Item A. ACCIDENTAL DEATH100%</p> <p>ចំណុច ខ. ពិការភាពអចិន្ត្រៃយ៍ទាំងស្រុង/ដោយផ្នែក Item B. PERMANENT TOTAL/PARTIAL DISABLEMENT</p> <p>-បាត់បង់អវៈយវៈពីរ / Loss of two limbs</p> <p>-ពិការដៃទាំងពីរ ឬម្រាមដៃទាំងអស់ និងមេដៃទាំងពីរ Loss of both hands, or of all fingers and both thumbs</p> <p>-ភ្នែកទាំងពីររងជំងឺឆាប់ស្រួង / Total loss of sight of both eyes</p> <p>-ពិការទាំងស្រុង / Total paralysis</p> <p>-របួសដែលបណ្តាលអោយដេកលើត្រែជាអចិន្ត្រៃយ៍ Injuries resulting in being permanently bedridden</p> <p>-របួសដទៃទៀតដែលនាំអោយពិការជាអចិន្ត្រៃយ៍ទាំងស្រុង Any other injury causing permanent total disablement</p> <p>-ដាច់ដៃត្រឹមស្មា / Loss of arm at shoulder</p> <p>-ដាច់ដៃនៅចន្លោះស្មា និងកែងដៃ Loss of arm between shoulder and elbow</p> <p>-ដាច់ដៃត្រឹមកែងដៃ / Loss of arm at elbow</p> <p>-ដាច់ដៃនៅចន្លោះកែងដៃ និងកែងដៃ Loss of arm between elbow and wrist</p> <p>-ដាច់ដៃត្រឹមកែងដៃ / Loss of hand at wrist</p> <p>-ដាច់ជើង / Loss of leg -</p> <p>-ត្រឹមត្រូវតាម / at hip</p> <p>-ចន្លោះជង្គង់ និងត្រូវតាម between knee and hip</p> <p>-ខាងក្រោមជង្គង់ / below knee</p> <p>-បាត់បង់ភ្នែក / Loss of eye -</p> <p>-មើលមិនឃើញទាំងស្រុង / whole eye</p> <p>-បាត់បង់ចក្ខុប្រសាទ / sight of</p>	<p>ចំណុច ខ. (ត) / Item B (cont.)</p> <p>-បាត់ភ្នែកតែដឹងពន្លឺ / Loss of sight of eye except perception of light50%</p> <p>-បាត់បង់កែវភ្នែក / Loss of lens of eyes 50%</p> <p>-ដាច់ម្រាមដៃបួន និងមេដៃម្ខាង / Loss of four fingers and thumb of one hand..... 50%</p> <p>-ដាច់ម្រាមដៃបួន / Loss of four fingers 40%</p> <p>-ដាច់មេដៃ / Loss of thumb</p> <p>- ពីរថ្នាំដៃ / both phalanxes 25%</p> <p>- មួយថ្នាំដៃ / one phalanx10%</p> <p>- បីថ្នាំដៃ / three phalanxes 10%</p> <p>- ពីរថ្នាំដៃ / two phalanxes..... 8%</p> <p>- មួយថ្នាំដៃ / one phalanx 4%</p> <p>- បីថ្នាំដៃ / three phalanxes 6%</p> <p>- ពីរថ្នាំដៃ / two phalanxes 4%</p> <p>- មួយថ្នាំដៃ / one phalanx 2%</p> <p>- បីថ្នាំដៃ / three phalanxes 5%</p> <p>- ពីរថ្នាំដៃ / two phalanxes 4%</p> <p>- មួយថ្នាំដៃ / one phalanx 2%</p> <p>- បីថ្នាំដៃ / three phalanxes 4%</p> <p>- ពីរថ្នាំដៃ / two phalanxes 3%</p> <p>- មួយថ្នាំដៃ / one phalanx 2%</p> <p>-បាត់បង់ឆ្នឹងប្រអប់ដៃ / Loss of Metacarpals</p> <p>- ទី១ ឬ ២ (បន្ថែម) / first or second (additional) 3%</p> <p>- ទី៣, ៤ ឬ ៥ (បន្ថែម) / third, fourth or fifth (additional) 2%</p> <p>-ដាច់ម្រាមជើង Loss of toes</p> <p>- ទាំងអស់ / all15%</p> <p>- មេជើង, ពីរថ្នាំដៃ / great, both phalanxes 5%</p> <p>- មេជើង, មួយថ្នាំដៃ / great, one phalanx 2%</p> <p>- ម្រាមផ្សេងពីមេជើង ប្រសិនបើដាច់លើសពីមួយ / other than great, if more than one toe lost, each 1%</p> <p>- ត្រឡប់ទាំងពីរ / both ears 75%</p> <p>- ត្រឡប់ម្ខាង / one ear 15%</p>

100% of item A
900% នៃចំនួន ក