

ការបាត់បង់នូវការប្រើប្រាស់អវិជ្ជមាន គួរតែចាត់ទុកថាជាបាត់បង់អវិជ្ជមាន ។ ប្រសិនបើបុគ្គលមិនត្រូវបានបញ្ជាក់ច្បាស់លាស់ ក្រុមហ៊ុននឹងធ្វើការ
ជ្រើសរើសយកនូវភាគរយណាមួយនៃការបាត់បង់ដែលក្រុមហ៊ុនយល់ថាត្រូវគ្នាទៅនឹងតម្លៃដែលបានកំណត់ខាងលើ ។

ចំនួនសរុបនៃការបាត់បង់អវិជ្ជមានដែលត្រូវសងសម្រាប់ប្រាក់ប្រាក់មួយលើកនោះមិនត្រូវលើសពី ១០០% ឡើយ ។ ក្នុងករណីដែលចំនួនសរុប ១០០% ត្រូវបានសង ការធានារ៉ាប់រងទាំងអស់
នៅក្នុងកិច្ចសន្យានេះនឹងអស់សុពលភាពភ្លាមៗ ។ ការបាត់បង់ផ្សេងទៀតទាំងអស់ ដែលតិចជាង ១០០% ប្រសិនបើត្រូវបានសងរួចហើយ ត្រូវដកចេញពីការធានារ៉ាប់រងត្រឹមចំនួននោះ
ដោយគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទមានគ្រោះថ្នាក់រហូតដល់ពេលវេលាបញ្ចប់កិច្ចសន្យានេះ ។

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 ៧. សំណងលើថ្លៃព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ / Item C. MEDICAL EXPENSES

ក្រុមហ៊ុននឹងធ្វើការទូទាត់ទៅលើការចំណាយកើតឡើងជាក់ស្តែងរហូតដល់ស្ថិតិចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់ការព្យាបាល និងវះកាត់ ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកា
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

យើងខ្ញុំសូមធានាអះអាងថាព័ត៌មានខាងលើត្រឹមត្រូវ និងមិនមានការកែប្រែឡើយ ហើយយើងខ្ញុំមិនមានការលាក់បាំង ឬ ផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ឬ ផ្លែងខុសពីការពិតឡើយ ។

យើងខ្ញុំសូមបញ្ជាក់អះអាងថាព័ត៌មាន និងសេចក្តីប្រកាសដែលមានក្នុងបែបបទស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងនឹងក្លាយជាធាតុសំខាន់ និងជាមូលដ្ឋាននៃកិច្ចសន្យារ៉ាប់រងយើងខ្ញុំ 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: _____

អ្នកទទួលមរតិក / BENEFICIARY

លេខរៀង No.	ឈ្មោះ (ផ្អែកតាមលេខសញ្ញាប័ណ្ណ/ សៀវភៅខ្លួន/សំបុត្រកំណើត) Name (as in Identity Card No./ Passport No./ Birth Cert.)	លេខសញ្ញាប័ណ្ណ/ លេខលិខិតឆ្លងដែន /លេខសំបុត្រកំណើត Identity Card No./ Passport No./ Birth Cert. No.	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត Date of Birth 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 សេចក្តីប្រកាសអះអាងជាភាសាអង់គ្លេសនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់តែមួយគត់ដើម្បីបញ្ជាក់នូវភាពខុសប្លែកគ្នាដែលអាចកើតឡើងលើអត្ថន័យនៃការប្រកាស។
The English version of the proposal form and declaration shall solely be used to determine all differences arising out of the same.



**កិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រងគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល
PERSONAL ACCIDENT INSURANCE**

បែបបទស្នើសុំធានារ៉ាប់រង / PROPOSAL FORM

ព័ត៌មានខាងក្រោមនេះគឺអនុលោមទៅតាមមាត្រាទី២០ នៃច្បាប់ធានារ៉ាប់រងរបស់ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ឬការធ្វើវិសោធនកម្មផ្សេងៗ ។
លោកអ្នកត្រូវបង្ហាញនូវព័ត៌មានស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងនេះដោយភាពស្មោះត្រង់នូវព័ត៌មានពិតប្រាកដដែលលោកអ្នកដឹង ឬគួរតែដឹង បើមិនដូច្នោះទេកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រងដែលបានចេញ អាចចាត់ទុកថាមោឃៈ ។
STATEMENT PURSUANT TO ARTICLE 20 OF THE INSURANCE LAW OF THE KINGDOM OF CAMBODIA OR ANY SUBSEQUENT AMENDMENTS 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 : នៅសេរី / Single រៀបការ / Married ផ្សេងៗ / Others: _____

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

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

អ៊ីមែល / E-mail Address : _____

ឈ្មោះនិយោជក : _____
Name of Employer

ប្រភេទនៃអាជីវកម្ម : _____
Nature of Business

រយៈពេលធានារ៉ាប់រង / PERIOD OF INSURANCE

ចាប់ពីថ្ងៃ / From : _____ ដល់ / To : _____
ថ្ងៃខែ/ឆ្នាំ / dd/mm/yyyy ថ្ងៃខែ/ឆ្នាំ / dd/mm/yyyy

PR-PG-1211/v2.0

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីសុខភាព និងប្រវត្តិការងារ (សូមបំពេញ) / DETAILS OF HEALTH & CLAIMS HISTORY (please tick)	
<p>1. (ក) តើលោកអ្នកធ្លាប់ធ្វើការងារណាមួយដែលបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់បណ្តាលអោយរបួសរុលី 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>	<input type="checkbox"/> មាន / Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន / No
<p>2. (ក) តើក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ននេះលោកអ្នកមានធានារ៉ាប់រងលើគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល ឬធានារ៉ាប់រងសុខភាព (ជំងឺ និងការរីកកាត់) 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>	<input type="checkbox"/> មាន / Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន / No
<p>3. (ក) តើចក្ខុវិញ្ញាណរបស់លោកអ្នកមានសភាពអស់ថយដែររឺទេ?</p> <p>(ខ) តើលោកអ្នកធ្លាប់រងការឈឺចាប់ពីការភាព / 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>	<input type="checkbox"/> មាន / Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន / No <input type="checkbox"/> មាន / Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន / No NNoNo

ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវធានារ៉ាប់រង / AMOUNTS OF COMPENSATION TO BE INSURED	
ក. បាត់បង់អាយុជីវិត A. DEATH	ដុល្លារ/ USD <input type="text"/>
ខ. ពិការភាពជាអចិន្ត្រៃយ៍ B. PERMANENT DISABLEMENT	ដុល្លារ/ USD <input type="text"/>
គ. សំណងលើថ្លៃព្យាបាលរបួស (ចំនួនអតិបរមាសំរាប់គ្រោះថ្នាក់មួយករណី) C. MEDICAL EXPENSES (maximum any one accident)	សូមបញ្ជាក់ពីចំនួនទឹកប្រាក់: ដុល្លារ/ USD <input type="text"/> (មិនលើសពី១០%នៃផ្នែក ក/ខ) Please indicate amount: (not more than 10% of Item A/B)
ឃ. តើលោកអ្នកមានបំណងជ្រើសរើសការធានារ៉ាប់រងបន្ថែមទៅលើគ្រោះថ្នាក់បណ្តាលមកពីការប្រើប្រាស់ទោចក្រយានយន្តដៃឬទេ? D. Do you wish to extend the Policy to cover MOTORCYCLING RISK?	<input type="checkbox"/> មាន / Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន / No

សំរាប់ការិយាល័យប្រើប្រាស់ / For Office Use Only	កំរិត ១ Class 1 <input type="checkbox"/>	កំរិត ២ Class 2 <input type="checkbox"/>	កំរិត ៣ Class 3 <input type="checkbox"/>
ការបង់បុព្វលាភប្រចាំឆ្នាំ / Annual Premium			

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

លំដាប់ថ្នាក់មុខងារ / CLASSIFICATION OF OCCUPATIONS

កំរិត ១: សំរាប់អ្នកធ្វើការទាក់ទងផ្នែកជំនាញ ការងាររដ្ឋបាល ការងារគ្រប់គ្រង ស្បៀន និង ការងារដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងការប្រើកំលាំង ។
 កំរិត ២: សំរាប់ការងារទាក់ទងការងារ ប៉ុន្តែមិនទាក់ទងនឹងការងារប្រើកំលាំង ។
 កំរិត ៣: ពាក់ព័ន្ធការងារប្រើកំលាំងទូទៅ ឬម្តងម្កាល (ពាក់ព័ន្ធតែការងារដែលមិនប្រកបដោយគ្រោះថ្នាក់ - លើកលែងករណីប្រើប្រាស់ម៉ាស៊ីនជាងឈើជាលក្ខណៈបុគ្គល / ម៉ាស៊ីនប្រកបដោយគ្រោះថ្នាក់ផ្សេងទៀត / ពាក់ព័ន្ធការងារបន្ថែម ឬធ្ងន់ធ្ងរប្រកបដោយគ្រោះថ្នាក់ ។
 Class 1: Professional, administrative, managerial, clerical and non-manual occupations.
 Class 2: Superintending but NOT engaging in manual labour.
 Class 3: Engaging either occasionally or generally in manual labour (only involving non hazardous occupations – excluding individuals using woodworking / other dangerous machinery / engaged in heavy or extra hazardous duties)

ភាពរាយការនៃទឹកប្រាក់ដែលបានធានា / PERCENTAGE OF CAPITAL SUM INSURED

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

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

100% of item A
១០០% នៃចំនួន ក