

ករណីដែលមានការកែតម្រូវណាមួយ តម្រូវឲ្យមានការចុះហត្ថលេខារបស់ម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។

ផ្នែកទី ១៖ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន	អ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិត	ម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង (ប្រសិនបើមិនមែនជាអ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិត)
<b>1. ឈ្មោះពេញ (ដូចក្នុងអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែន/សំបុត្រកំណើត/លិខិតចុះបញ្ជីពាណិជ្ជកម្ម)</b>	ជាកាសាខ្មែរ គោត្តនាម _____ នាមខ្លួន _____ ជាកាសាអង់គ្លេស _____ គោត្តនាម _____ នាមខ្លួន _____	ជាកាសាខ្មែរ គោត្តនាម _____ នាមខ្លួន _____ ជាកាសាអង់គ្លេស _____ គោត្តនាម _____ នាមខ្លួន _____
<b>2. ភេទ</b>	<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី
<b>3. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត</b>	ថ្ងៃ _____ ខែ _____ ឆ្នាំ _____	ថ្ងៃ _____ ខែ _____ ឆ្នាំ _____
<b>4. អាយុផ្អែកលើខ្នប់កំណើតចុងក្រោយ</b>		
<b>5. ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិត</b>		
<b>6. លេខឯកសារអត្តសញ្ញាណ និងសូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវច្បាប់ថតចម្លង</b>	<input type="checkbox"/> អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ <input type="checkbox"/> លិខិតឆ្លងដែន <input type="checkbox"/> សំបុត្រកំណើត <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ No. _____	<input type="checkbox"/> អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ <input type="checkbox"/> លិខិតឆ្លងដែន <input type="checkbox"/> សំបុត្រកំណើត <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ No. _____
<b>7. ប្រទេសកំណើត និងសញ្ជាតិ</b>	ប្រទេសកំណើត: _____ សញ្ជាតិ: _____	ប្រទេសកំណើត: _____ សញ្ជាតិ: _____
<b>8. (សម្រាប់តែគម្រោង Manulife Savings Protector និង Manulife Education Protector)</b> ម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬ មានសិទ្ធិរស់នៅអាមេរិក ឬ មានសិទ្ធិកាន់ Green Card ឡើយ។		<input type="checkbox"/> ត្រឹមត្រូវ <input type="checkbox"/> មិនត្រឹមត្រូវ ប្រសិនបើឆ្លើយថា "មិនត្រឹមត្រូវ" នោះតម្រូវឲ្យបំពេញទម្រង់បែបបទបន្ថែម។
<b>9. មុខរបរ</b>		
<b>10. សេចក្តីលម្អិតអំពីមុខរបរ</b>		
<b>11. ប្រភេទការងារ/អាជីវកម្ម</b>		
<b>12. ប្រាក់ចំណូលសរុបអំឡុងពេល១២ខែចុងក្រោយ</b>	KHR _____ USD _____	KHR _____ USD _____
<b>13. ឈ្មោះនិយោជក និងអាសយដ្ឋានការិយាល័យ (សំដៅដល់ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន អង្គការ ឬ ស្ថាប័ន)</b>	ឈ្មោះរបស់និយោជក លេខផ្ទះ _____ ឈ្មោះផ្លូវ _____ ភូមិ _____ ឃុំ/សង្កាត់ _____ ស្រុក/ខណ្ឌ _____ ខេត្ត/ទីក្រុង _____ ប្រទេស _____	ឈ្មោះរបស់និយោជក លេខផ្ទះ _____ ឈ្មោះផ្លូវ _____ ភូមិ _____ ឃុំ/សង្កាត់ _____ ស្រុក/ខណ្ឌ _____ ខេត្ត/ទីក្រុង _____ ប្រទេស _____
<b>14. អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន:</b>	លេខផ្ទះ _____ ឈ្មោះផ្លូវ _____ ភូមិ _____ ឃុំ/សង្កាត់ _____ ស្រុក/ខណ្ឌ _____ ខេត្ត/ទីក្រុង _____ ប្រទេស _____	លេខផ្ទះ _____ ឈ្មោះផ្លូវ _____ ភូមិ _____ ឃុំ/សង្កាត់ _____ ស្រុក/ខណ្ឌ _____ ខេត្ត/ទីក្រុង _____ ប្រទេស _____
Bar Code Scanning (For office use only)		Policy No. (For office use only)

15. អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង (ចាំបាច់ត្រូវតែបំពេញ):	អ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិត	ម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង (ប្រសិនបើមិនមែនជាអ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិត)
ក. លេខទូរសព្ទចម្បង		
ខ. លេខទូរសព្ទបន្ទាប់		
គ. អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល		

16. ព័ត៌មានអ្នកទទួលបានផលប្រយោជន៍ (ត្រូវបំពេញប្រសិនបើអ្នកបានបញ្ជាក់ផ្សេងទៀត ហើយចំណែកសរុបត្រូវមានចំនួន ១០០ ភាគរយ)

អ្នកទទួលបានផលប្រយោជន៍ ទី ១	អ្នកទទួលបានផលប្រយោជន៍ បន្ទាប់	ឈ្មោះអ្នកទទួលបានផលប្រយោជន៍	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិត	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែនរបស់អ្នកទទួលបានផលប្រយោជន៍	ចំណែក (%)	ឈ្មោះប្រតិសិទ្ធិជន (ប្រសិនបើមាន)	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកទទួលបានផលប្រយោជន៍	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែនរបស់ប្រតិសិទ្ធិជន

សេចក្តីអះអាង៖ ម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងសូមធានាអះអាងថា ប្រតិសិទ្ធិជនណាម្នាក់ដែលបានតែងតាំងខាងលើ ត្រូវបានកំណត់ទុកថាជាប្រតិសិទ្ធិជនដែលត្រូវទទួលបានទឹកប្រាក់សំណងករណីមរណភាពស្របតាមប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកទទួលបានផលប្រយោជន៍ដែលបានកំណត់ឈ្មោះ និងតាមសមាមាត្រនៃចំនួនភាគរយដូចបានបរិយាយខាងលើក្នុងជួរដេកតែមួយ នៅមុនពេលដែលអ្នកទទួលបានផលប្រយោជន៍រូបនោះមានអាយុ ១៨ ឆ្នាំ។

**ផ្នែកទី ២៖ សេចក្តីសម្រេចនៃគម្រោងធានារ៉ាប់រងដែលកំពុងធ្វើការស្នើសុំ (ដូចបានបង្ហាញនៅក្នុងសេចក្តីសង្ខេបនៃការស្នើសុំ)**

17. ប្រភេទនៃគម្រោងធានារ៉ាប់រងជាមូលដ្ឋាន៖ Manulife

រយៈពេលប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង៖  7  10  15  20  25  30 ឆ្នាំ

សម្រាប់គម្រោង Manulife Education Protector រហូតដល់អាយុ  18  22 ឆ្នាំ

សម្រាប់គម្រោង Manulife Home Loan Protector:  ហិរញ្ញប្បទាន  មិនមែនហិរញ្ញប្បទាន

18. ចំនួនទឹកប្រាក់ត្រូវបានធានា៖ \_\_\_\_\_ រូបិយប័ណ្ណ៖  ដុល្លារអាមេរិក  រៀល

(សម្រាប់គម្រោង Manulife Mome Loan Protector ចំនួនទឹកប្រាក់ត្រូវបានធានាអតិបរមាគឺមានចំនួនស្មើនឹងសមតុល្យនៃកម្ចីទិញផ្ទះ)

19. ជម្រើសនៃការបង់បុព្វលាភរ៉ាប់រង៖  ប្រចាំឆ្នាំ  ប្រចាំឆមាស

(មិនចាំបាច់ឆ្លើយសម្រាប់គម្រោង Manulife Home Loan Protector)

20. ជម្រើសភាគលាភ៖  ទុកជាប្រាក់បញ្ញើដោយទទួលបានការប្រាក់

(អាចអនុវត្តចំពោះប្រភេទនៃប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងបែបការចូលរួមតែប៉ុណ្ណោះ)

21. ប្រភពនៃថវិកាសម្រាប់ការបង់បុព្វលាភរ៉ាប់រងដំបូង និងបុព្វលាភរ៉ាប់រងបន្ត (លោកអ្នកអាចជ្រើសរើសច្រើនបាន)

ប្រាក់សន្សំ  ប្រាក់ខែ  ប្រាក់ចំណូលអាជីវកម្មផ្ទាល់ខ្លួន

ប្រាក់ចំណូលពីការវិនិយោគទុន  ការលក់ទ្រព្យសកម្ម

អំណោយ ឬ មរតក  ប្រាក់ដែលទទួលបានពីការធានារ៉ាប់រង

ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់ \_\_\_\_\_ )

22. សម្រាប់គម្រោង Manulife Home Loan Protector:

សមតុល្យកម្ចីឥណទានចំនួន \_\_\_\_\_ ដុល្លារអាមេរិក រយៈពេលនៅសល់នៃកម្ចីឥណទាន \_\_\_\_\_

(សូមផ្តល់ជូនរូបបញ្ជាក់ចម្លងនៃកិច្ចព្រមព្រៀងកម្ចីទិញផ្ទះ និងឯកសារបញ្ជាក់សមតុល្យកម្ចី)

**សូមជ្រើសរើសយកជម្រើសណាមួយដូចខាងក្រោម៖**

បុព្វលាភរ៉ាប់រងត្រូវបានហិរញ្ញប្បទានទាំងអស់ ឬ ភាគខ្លះដោយធានាភារ (ត្រូវភ្ជាប់ឯកសារអនុប្បទានជាលក្ខណៈទ្រព្យធានាមកជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងនេះ)

ម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងបង់បុព្វលាភរ៉ាប់រងទោលដោយខ្លួនឯង

23. អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម (ប្រសិនបើមាន)

អត្ថប្រយោជន៍សហព័ទ្ធ (ត្រូវភ្ជាប់មកជាមួយនូវទម្រង់បែបបទបន្ថែម)

អត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ផ្នែកទី ៣៖ សំណួរអំពីរបៀបរស់នៅ និងហានិភ័យ** ៣១/៣៧ 19

24. តើអ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិតមានគម្រោងផ្លាស់ប្តូរការងារក្នុងរយៈពេល ១២ ខែខាងមុខនេះដែរឬទេ?

25. តើអ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិតកំពុងស្ថិតក្នុងភាពគ្មានការងារធ្វើ ឬ ជាសិស្ស ឬ ជាមេដ្ឋុះ ឬ ជានិវត្តន៍ជនដែរឬទេ? ប្រសិនបើឆ្លើយថា "បាទ/ចាស" សូមមេត្តាផ្តល់ព័ត៌មានពីមុខរបរពីមុន ប្រាក់ចំណូលសរុបក្នុងអំឡុងពេល ១២ ខែចុងក្រោយ ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន និងប្រភេទអាជីវកម្ម។

26. តើអ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិតកំពុងស្នាក់នៅ ឬ មានគម្រោងធ្វើដំណើរ ឬ មានគម្រោងស្នាក់នៅក្រៅប្រទេសកម្ពុជាលើសពីរយៈពេល ៣ ខែ ក្នុង ១ ឆ្នាំដែរឬទេ?

ប្រសិនបើឆ្លើយថា "បាទ/ចាស" សូមមេត្តាប្រាប់ឈ្មោះប្រទេស ទីក្រុង និងទីតាំងនៃកន្លែងស្នាក់នៅ ឬ ធ្វើដំណើរទៅកាន់ ព្រមទាំងរយៈពេលនៃការស្នាក់នៅ ឬ ការធ្វើដំណើរ។

27. តើអ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិតធ្លាប់ត្រូវបានទទួលការបដិសេធ ឬ ផ្តល់ជូននូវផលប្រយោជន៍ដែលមានកម្រិត ឬ ដែលមានអត្រាខុសពីស្តង់ដារ ចំពោះសេវាធានារ៉ាប់រងណាមួយ រួមទាំងការធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ពិការភាព សុខភាព ឬ គ្រោះថ្នាក់ដែរឬទេ? ឬ តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតបានដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រង តែមិនទាន់ទទួលបានការអនុម័តយល់ព្រមដែរឬទេ? ប្រសិនបើឆ្លើយថា "បាទ/ចាស" សូមមេត្តាប្រាប់ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន ប្រភេទ និងចំនួនទឹកប្រាក់ត្រូវបានធានា ព្រមទាំងសេចក្តីសម្រេច និងមូលហេតុនៃសេចក្តីសម្រេចនោះ។
28. តើក្នុងរយៈពេល ២ ឆ្នាំចុងក្រោយនេះ អ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិតមានបំណង ឬ ធ្លាប់បានចូលរួមក្នុងសកម្មភាព ឬ លេងកីឡាដែលមានគ្រោះថ្នាក់ នានាដូចជា: ការលោតធំត្រយោង ការឡើងក្នុងខ្ពស់ៗ កីឡានៃប្រភេទយានយន្តណាមួយ (ប្រណាំងរថយន្ត-ទូក-ទាចក្រយានយន្ត-ឡានប្រណាំងធុនតូច) ការមុជចុះក្រោមទឹក ការឡើងជញ្ជាំងថ្ម ការឡើងភ្នំ និង/ឬ ការធ្វើដំណើរតាមអាកាសចរណ៍ជាលក្ខណៈឯកជន? ប្រសិនបើឆ្លើយថា "បាទ/ចាស" សូមបំពេញនូវកម្រងសំណួរដែលសមស្រប។
29. តើការងាររបស់អ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិត តម្រូវឲ្យមានការបើកបរទាចក្រយានយន្ត ឬ ម៉ូតូ scooter (លើកលែងតែការបើកបរទៅមកពីផ្ទះ និងកន្លែងធ្វើការ) ដែរឬទេ?

ចំពោះចម្លើយ "បាទ/ចាស" ណាមួយពីសំណួរទី ២៤ ដល់ ២៩ សូមផ្តល់នូវការពន្យល់សេចក្តីលម្អិតខាងក្រោម៖

លេខសំណួរ	សេចក្តីលម្អិត

30. សូមបំពេញការធានារ៉ាប់រងទាំងអស់របស់អ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិត ទាំងកំពុងមានសុពលភាព និងកំពុងរង់ចាំការអនុម័ត  មិនអាចអនុវត្តបាន

ប្រភេទ (អាយុជីវិត មណភាពដោយគ្រោះថ្នាក់ ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ពិការភាព ការចំណាយលើមន្ទីរពេទ្យ)	រូបិយប័ណ្ណ	ចំនួនទឹកប្រាក់ត្រូវបានធានាសរុប	ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	ស្ថានភាពនៃប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង
ក. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ការស្នើសុំកំពុងរង់ចាំការអនុម័ត <input type="checkbox"/> កំពុងមានសុពលភាព កាលបរិច្ឆេទអនុម័ត (ឆ្នាំ) <input type="text"/>
ខ. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ការស្នើសុំកំពុងរង់ចាំការអនុម័ត <input type="checkbox"/> កំពុងមានសុពលភាព កាលបរិច្ឆេទអនុម័ត (ឆ្នាំ) <input type="text"/>
គ. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ការស្នើសុំកំពុងរង់ចាំការអនុម័ត <input type="checkbox"/> កំពុងមានសុពលភាព កាលបរិច្ឆេទអនុម័ត (ឆ្នាំ) <input type="text"/>

31. ការស្នើសុំពិសេស/ព័ត៌មានបន្ថែម

**ផ្នែកទី ៤៖ សំណួរសម្រាប់កម្មវិធីព្រៀងធានារ៉ាប់រងលើការរកស៊ី**

ក្នុងករណីដែលមានចម្លើយ «បាទ/ចាស» ឬ មិនមានចម្លើយចំពោះសំណួរខាងក្រោម នោះការប្រមូលបុព្វលាភរ៉ាប់រងដំបូងនឹងមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឡើយ ហើយកិច្ចព្រមព្រៀងធានារ៉ាប់រងបណ្តោះអាសន្នក៏មិនមានសុពលភាពដែរ។

32. តើអ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិត:
- ក. ធ្លាប់បានទទួលការព្យាបាលដោយគ្រូពេទ្យឯកទេស ឬ វេជ្ជបណ្ឌិត ចំពោះជំងឺដែលមានការសង្ស័យថាជាជម្ងឺអេដស៍ ជំងឺបេះដូង ជំងឺជាប់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល ឬ ជំងឺមហារីក ក្នុងអំឡុងពេល ១២ ខែចុងក្រោយនេះដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ
- ខ. ធ្លាប់បានពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេស ឬ វេជ្ជបណ្ឌិតក្នុងអំឡុងពេល ៦០ ថ្ងៃចុងក្រោយ ហើយទទួលបានការណែនាំឲ្យធ្វើតេស្ត ដើម្បីរករោគវិនិច្ឆ័យ ឬ ទទួលបានការណែនាំឲ្យមានការរកកាត់ ដែលពុំទាន់បានអនុវត្តនៅឡើយដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

**ផ្នែកទី ៥៖ សេចក្តីអះអាងចំពោះការផ្លាស់ប្តូរប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង**

- ក. តើលោកអ្នកកំពុងផ្លាស់ប្តូរប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិតណាមួយ ឬ មួយចំណែកនៃប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិតដែលលោកអ្នកបានទិញក្នុងរយៈពេល ១២ ខែកន្លងមក តាមរយៈបែបបទស្នើសុំនេះដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ
- ខ. ក្នុងរយៈពេល១២ខែទៅមុខទៀត តើលោកអ្នកមានគម្រោងនឹងផ្លាស់ប្តូរប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិតណាមួយ ឬ មួយចំណែកនៃប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិតដែលលោកអ្នកមានស្រាប់ តាមរយៈបែបបទស្នើសុំនេះដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ
- ប្រសិនបើចម្លើយខាងលើណាមួយជា «បាទ/ចាស» នោះតំណាងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ក្រុមហ៊ុនមេនូឡាយហ្វ អាចនឹងស្នើសុំលោកអ្នកឲ្យជួយផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែម ដើម្បីជួយពន្យល់លោកអ្នកឲ្យយល់ពីគុណវិបត្តិដែលអាចនឹងកើតមានឡើង (ប្រសិនបើមាន) ដោយសារតែការផ្លាស់ប្តូរប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិតដែលមានស្រាប់របស់លោក ។
- តំណាងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ក្រុមហ៊ុនមេនូឡាយហ្វបានពន្យល់រួចហើយពីផលប៉ះពាល់ដែលអាចកើតមានឡើងពីការស្នើសុំផ្លាស់ប្តូរប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំយល់ដឹងជាក់ច្បាស់ពីគុណវិបត្តិដែលអាចនឹងកើតមានឡើង (ប្រសិនបើមាន) ដោយសារតែការផ្លាស់ប្តូរនេះ ។ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំយល់ព្រមបន្តការបំពេញបែបបទស្នើសុំនេះ។

**ផ្នែកទី ៦៖ ការកំណត់ផលប្រយោជន៍របស់ភាគីទីបី**

តើលោកអ្នក (ម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង) កំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រង តាងនាមឲ្យបុគ្គលណាម្នាក់ផ្សេងទៀតដែរឬទេ ?

បាទ/ចាស (សូមបំពេញទម្រង់បែបបទផលប្រយោជន៍របស់ភាគីទីបី និងត្រូវភ្ជាប់មកជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទស្នើសុំនេះ)  ទេ

**ផ្នែកទី ៧ ៖ កសួគាចស្តីពីសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង**

- សូមគូសខ្លួន និងមិនចាំបាច់បំពេញផ្នែកទី ៧ នេះទេ ប្រសិនបើតម្រូវឲ្យមានការពិនិត្យសុខភាពពេញលេញ  
 - សម្រាប់គម្រោងធានារ៉ាប់រង Manulife Education Protector តម្រូវឲ្យមានការបំពេញផ្នែកទី ៧-ក

1. ទម្ងន់  គីឡូក្រាម កម្ពស់  សង់ទីម៉ែត្រ  
 តើមានការផ្លាស់ប្តូរទម្ងន់ក្នុងរយៈពេល ១២ ខែកន្លងមកនេះដែរឬទេ? ប្រសិនបើឆ្លើយ «បាទ/ចាស/» សូមបញ្ជាក់ចំនួន:  
 ស្រកទម្ងន់  គីឡូក្រាម  ឡើងទម្ងន់  គីឡូក្រាម

2. តើលោកអ្នកធ្លាប់ទទួលការព្យាបាលពីវេជ្ជបណ្ឌិតទូទៅ ឬ សម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិក និង/ឬ ធ្លាប់ពិគ្រោះជំងឺជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិកណាមួយដែរឬទេ  
 ក្នុងរយៈពេល ២ ឆ្នាំកន្លងមកនេះ?  
 បាទ/ចាស  ទេ  
 ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិក  
  
  
 កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យចុងក្រោយ  មូលហេតុ  លទ្ធផល

3. ប្រវត្តិគ្រួសារ  
 តើមានសមាជិកគ្រួសាររបស់លោកអ្នកណាម្នាក់ (ម្តាយ ឪពុក បងប្អូនប្រុស បងប្អូនស្រី) ធ្លាប់មានជំងឺដូចជា: មហារីក ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺស្ទះសរសៃឈាមខួរក្បាល ជំងឺសំពាធឈាមឡើងខ្ពស់ ជំងឺតាំងបេះដូង ឬ ជំងឺបេះដូងផ្សេងៗទៀត ជំងឺលោកថ្លើមប្រភេទ B ឬ មានជំងឺតំណពូជផ្សេងទៀតដែរឬទេ?  
 បាទ/ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើឆ្លើយ «បាទ/ចាស» សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម:  
 សមាជិកគ្រួសារ (ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង)   
 ស្ថានភាពជំងឺ/ជំងឺ (មហារីក/ជំងឺបេះដូង សូមបញ្ជាក់ប្រភេទជំងឺ)   
 អាយុពេលកើតជំងឺ (ប្រហាក់ប្រហែល)  អាយុពេលស្លាប់ (ប្រសិនបើមាន)

ករណីឆ្លើយ «បាទ/ចាស» សូមបញ្ជាក់នូវផ្នែកនៃសំណួរ និងផ្តល់សេចក្តីលម្អិតដូចជា ស្ថានភាពជំងឺ កាលបរិច្ឆេទរយៈពេលលើ និងលទ្ធផលជាដើម។ សូមផ្តល់ឈ្មោះពេញ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងគ្លីនិក។	អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជំងឺ	
4. តើអ្នកធ្លាប់មាន ឬ ត្រូវបានប្រាប់ថាមានជំងឺណាមួយ ឬ មានរោគសញ្ញាណាមួយ ឬ ទទួលការព្យាបាលជំងឺដូចជា:	បាទ/ចាស ទេ	
(a) ជំងឺតាំងបេះដូង ឈឺចាប់ ស្ទះសរសៃឈាមខួរក្បាល សម្ពាធឈាមខ្ពស់ លើសជាតិខ្លាញ់ សម្លេងបេះដូងខុសពីធម្មតា ដង្ហើមញាប់ ឬ ក៏ជំងឺផ្សេងៗទៀតទាក់ទងទៅនឹងប្រព័ន្ធបេះដូង ឬ ក៏ចរន្តឈាមរត់ដែរឬទេ?	(a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(b) ជំងឺហឺត រលាកទងស្នូត របេង ក្អកជាប្រចាំ ក្អកមានឈាម ឬ ក៏ជំងឺផ្សេងៗទៀតទាក់ទងទៅនឹងសួតដែរឬទេ?	(b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(c) ជំងឺលោកថ្លើមប្រភេទ B ឬ C ឬ អ្នកផ្ទុកជំងឺលោកថ្លើមប្រភេទ B ឬ ក៏ជំងឺផ្សេងៗទៀតទាក់ទងទៅនឹងថ្លើម ឬ ចង់ទឹកប្រម៉ាត់ ឬ ជំងឺផ្សេងៗទៀតទាក់ទងទៅនឹងក្រពះ ពោះវៀន លំពែង ចុងពោះវៀន បំពង់អាហារ អណ្តើក តម្រងនោម ប្រស្នាត ឬ ប្លោកនោមដែរឬទេ?	(c) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(d) ជំងឺលោកសន្លាក់ rheumatism ជំងឺទាក់ទងនឹងអវយវៈ ឆ្អឹង ជំងឺឆ្អឹងខ្នង ជំងឺសន្លាក់ ឬ ជំងឺសាច់ដុំ ភ្នែកត្រចៀក ច្រមុះ បំពង់ក និងស្បែកដែរឬទេ?	(d) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(e) ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជាតិស្ករខុសពីធម្មតា ជំងឺក្រពេញទឹកអ៊ីត ឬ ជំងឺផ្សេងៗទៀតទាក់ទងទៅនឹងជំងឺក្រពេញបញ្ចេញអមូនដែរឬទេ?	(e) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(f) ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត ថប់អារម្មណ៍ ឬ ជំងឺផ្សេងៗទៀតទាក់ទងទៅនឹងផ្លូវចិត្ត ឬ បញ្ហាសរសៃប្រសាទ ការអភិវឌ្ឍយឺតយ៉ាវផ្នែកស្មារតី ជំងឺធ្លាក់ជួរក្រចក ប្រកាច់ ទន់អវយវៈ ឈឺក្បាលជាប្រចាំ ឬ ជំងឺផ្សេងៗទៀតទាក់ទងទៅនឹងខួរក្បាល ឬ ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទដែរឬទេ?	(f) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(g) ជំងឺមហារីក ដុំសាច់ ការដុះដុំសាច់ផ្សេងៗ ក្រពេញរីកធំ ឬ ហើមកូនកណ្តុរដែរឬទេ?	(g) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(h) ជំងឺអេដស៍ ឬ ជំងឺបង្កដោយមេរោគហ៊ីវ ឬ ផ្ទុកមេរោគហ៊ីវ ជំងឺកាមរោគ ជំងឺស្លេកស្លាំង តាឡាសេមី ឬ ជំងឺឈាមផ្សេងៗទៀតដែរឬទេ?	(h) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(i) ក្នុងអំឡុង ៥ ឆ្នាំកន្លងទៅនេះ តើលោកអ្នកធ្លាប់ទៅពិនិត្យសុខភាព ឬ ព្យាបាល ឬ ទទួលការណែនាំពីគ្រូពេទ្យ ឬ បុគ្គលិកសុខាភិបាល ឬ ធ្លាប់សម្រាកពេទ្យ ឬ រះកាត់ ឬ ធ្វើតេស្តដូចជា ថតអ៊ីក្សូរេស្ត ឆ្លុះអេកូ ថតចង្វាក់បេះដូង។ល។ ឬ កំពុងទទួលការព្យាបាល ឬ ថ្នាំព្យាបាលដែរឬទេឬទេ?	(i) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(j) ក្នុងអំឡុង ៥ ឆ្នាំកន្លងទៅនេះ តើលោកអ្នកធ្លាប់មានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរផ្សេងទៀត រងរបួស ឬ ខ្សោយផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយដែលមិនបានរៀបរាប់ខាងលើ ឬ ទើបតែមានរោគសញ្ញាថ្មីនេះ?	(j) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(k) តើលោកអ្នកមានធ្លាប់ទទួលបានការណែនាំ ឬ មានគម្រោងទៅពិនិត្យសុខភាព ធ្វើតេស្តបញ្ជាក់រោគវិនិច្ឆ័យ រះកាត់ ឬ ឲ្យសម្រាកនៅពេទ្យដែរឬទេ?	(k) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

5. សំណួរផ្សេងទៀត

- (a) តើលោកអ្នកធ្លាប់បានជក់បារី ឬ ប្រើសារធាតុនីកូទីនប្រភេទណាមួយ (នីកូទីនទម្រង់បិទលើស្បែក ឬ ស្ករកៅស៊ូមានសារធាតុនីកូទីន) នៅក្នុងអំឡុង ១២ ខែកន្លងមកនេះដែរឬទេ ?  
 បាទ/ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើឆ្លើយ «បាទ/ចាស» សូមបញ្ជាក់ប្រភេទ   
 ចំនួនប្រើក្នុងមួយថ្ងៃ  ចំនួនឆ្នាំបានជក់   
 ប្រសិនបើឆ្លើយ «ទេ» សូមឆ្លើយសំណួរ (b)
- (b) តើលោកអ្នកធ្លាប់ជក់ថ្នាំជក់ ឬ សារធាតុផ្សេងទៀតដែរឬទេ ?  
 បាទ/ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើឆ្លើយ «បាទ/ចាស/» សូមបញ្ជាក់ប្រភេទ   
 ការប្រើប្រាស់ប្រចាំថ្ងៃ  ចំនួនឆ្នាំដែលបានជក់   
 កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់
- (c) តើលោកអ្នកធ្លាប់ប្រើថ្នាំញៀន (ក្រៅពីសារធាតុ/ថ្នាំដែលចេញផ្សាយដោយគ្រូពេទ្យ) ឬ តើលោកអ្នកធ្លាប់ទទួលការប្រឹក្សាយោបល់ ឬ ព្យាបាល ឬ ចាប់ខ្លួនពីបទប្រើប្រាស់ គ្រឿងញៀន ឬ គ្រឿងស្រវឹងដែរឬទេ ?  
 បាទ/ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើឆ្លើយ «បាទ/ចាស» សូមផ្តល់សេចក្តីលម្អិត
- (d) តើលោកអ្នកពិសាគ្រឿងស្រវឹងដែរឬទេ ?  
 បាទ/ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើឆ្លើយ «បាទ/ចាស» សូមបញ្ជាក់ពីប្រភេទស្រា និងចំណុះពិសាក្នុងមួយសប្តាហ៍  
 មីលីលីត/ក្នុងមួយសប្តាហ៍  
 ស្រាបៀរ  ស្រា  ស្រាស្ទីរីត (e.g. Brandy, Whisky )  ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់)

6. សំណួរបន្ថែមចំពោះស្ត្រី

- (a) តើអ្នកធ្លាប់មានអាការៈខុសប្រក្រតី ឬ បានទទួលលទ្ធផលតេស្តខុសប្រក្រតីទាក់ទងនឹងការមករដូវ ការមានផ្ទៃពោះ សុដន់ ឬ សរីរាង្គបន្តពូជដែរឬទេ ?  
 បាស  ទេ
- (b) តើអ្នកកំពុងមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ ?  
 បាស  ទេ  
 ប្រសិនបើឆ្លើយ «បាស» តើប៉ុន្មានខែហើយ ?

7. ប្រសិនបើកុមារមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ

- (a) តើកុមារបានឡើងទម្ងន់ប៉ុន្មានគីឡូក្រាមរយៈពេលមួយឆ្នាំកន្លងមកនេះ ?  គីឡូក្រាម ទម្ងន់ពេលកើត  គីឡូក្រាម  
 តើគាត់កើតមិនគ្រប់ខែឬ ប្រសិនបើឆ្លើយ «បាទ/ចាស/» តើក្នុងសប្តាហ៍ទីប៉ុន្មាន ?  សប្តាហ៍
- (b) ចំនួនថ្ងៃសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យតាំងពីកើតមក  ថ្ងៃ  
 ប្រសិនបើច្រើនជាង ៥ ថ្ងៃ សូមប្រាប់ពីមូលហេតុ:
- (c) តើមានផលពិបាកណាមួយពីកំណើតដូចជា មានសម្លេងបេះដូងខុសពីធម្មតា បញ្ហាការដកដង្ហើម ពិការអវយវៈពីកំណើត ទារកមានសំបុរពណ៌ស្វាយពីកំណើត ខ្វះខាតការលូតលាស់ប្រាជ្ញាស្មារតី ឬ ជំងឺដោនស៊ីនដ្រូមដែរឬទេ ?  
 បាទ/ចាស  ទេ

ផ្នែកទី ៨៖ សេចក្តីអះអាង និងការអនុញ្ញាត (សូមអានដោយយកចិត្តទុកដាក់មុននឹងចុះហត្ថលេខា)

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំជាម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និង/ឬ អ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិតបានអានរួចហើយនូវការរាយការណ៍ និងចម្លើយខាងលើ។ តាមការយល់ដឹង និងការជឿជាក់ដ៏ច្បាស់លាស់បំផុតរបស់ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ការរាយការណ៍ និងចម្លើយខាងលើពិតជាមានលក្ខណៈពេញលេញ និងពិតប្រាកដដែលអាចបង្កើតជាផ្នែកមួយនៃទម្រង់បែបបទស្នើសុំ និងជាមូលដ្ឋានសម្រាប់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលត្រូវផ្តល់ជូន។ តាមរយៈនេះ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំសូមធ្វើការផ្តល់សិទ្ធិឲ្យវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកអនុវត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ មន្ទីរពេទ្យ គ្លីនិក អ្នកសម្របសម្រួលទាក់ទងទៅនឹងវេជ្ជសាស្ត្រ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង អង្គការ ឬ បុគ្គលទាំងឡាយណា ដែលមានកំណត់ត្រាព័ត៌មាន ឬ ចំណេះដឹងអំពីអ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិត ឬ សុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិតផ្តល់ជូនទៅក្រុមហ៊ុនមេនុឡាយហ្វី (ខេមបូឌា) ភីអិលស៊ី (ហៅថា "ក្រុមហ៊ុន") និងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងបន្តរបស់ក្រុមហ៊ុនមេនុឡាយហ្វី ដើម្បីវាយតម្លៃនូវការស្នើសុំធានារ៉ាប់រងនេះ ឬ ការវាយតម្លៃជាបន្តបន្ទាប់សម្រាប់ការទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រងក្រោមប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលអាចនឹងត្រូវផ្តល់ជូនតាមការស្នើសុំនេះ។ ការអនុញ្ញាតនេះនឹងនៅជាធរមាន និងមិនអាចកែប្រែបានឡើយ។ ច្បាប់ចម្លងនៃលិខិតអនុញ្ញាតនេះត្រូវមានសុពលភាពដូចគ្នាទៅនឹងឯកសារច្បាប់ដើម។ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំឯកភាពថាទម្រង់បែបបទស្នើសុំនេះសរុបទៅមានចំនួន ៦ ទំព័រ។

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំសូមធ្វើការអះអាង យល់ច្បាស់ និងព្រមព្រៀងថា៖

- (១) ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំបានអាន និងយល់ច្បាស់នូវរាល់សំណួរខាងលើ និងសេចក្តីអះអាងនៃការស្នើសុំប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលបានស្នើសុំ។
- (២) ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំយល់ច្បាស់ថាអ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិតត្រូវនឹងឆ្លងកាត់ការពិនិត្យសុខភាពជាមួយ «ក្រុមហ៊ុន» ហើយរាល់ចម្លើយក្នុងទម្រង់បែបបទស្នើសុំនេះ រួមទាំងទម្រង់បែបបទពិនិត្យសុខភាព (ប្រសិនបើមាន) និងសេចក្តីអះអាង និងការអនុញ្ញាតនេះគឺមានលក្ខណៈពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវផ្អែកតាមការយល់ដឹងដ៏ច្បាស់លាស់បំផុតរបស់ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ដែលនឹងបង្កើតជាមូលដ្ឋានសម្រាប់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលត្រូវផ្តល់ជូន។
- (៣) ការខកខានក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានសំខាន់ណាមួយដែលអាចជះឥទ្ធិពល ឬ ដែលក្រុមហ៊ុនចាត់ទុកថាអាចជះឥទ្ធិពលដល់ការវាយតម្លៃធានារ៉ាប់រង និងការទទួលយកនូវសំណើសុំនេះអាចធ្វើឲ្យក្រុមហ៊ុនចាត់ទុកថាប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះជាមោឃៈ។ ក្នុងករណីមានភាពស្រពិចស្រពិលពីសារៈសំខាន់នៃព័ត៌មាន ឬ ហេតុការណ៍ណាមួយ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំក៏បានរាយការណ៍ ឬ ប្រកាសពីព័ត៌មាន ឬ ហេតុការណ៍ទាំងនោះក្នុងបែបបទស្នើសុំនេះផងដែរ។

- (៤) ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងមិនអាចមានសុពលភាពបានទេ ត្រូវតែប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនោះត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយក្រុមហ៊ុន បន្ទាប់ពីមានការបង់បុព្វលាភរ៉ាប់រងលើកដំបូងគ្រប់ចំនួន និងរាល់លក្ខខណ្ឌទាំងអស់ដែលក្រុមហ៊ុនតម្រូវ ត្រូវបានបំពេញតាមគ្រប់គ្រាន់។
- (៥) ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំយល់ព្រមចំពោះការផ្តល់ព័ត៌មានដល់ក្រុមហ៊ុន ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរនូវស្ថានភាពសុខភាព មុខរបរ ឬ សកម្មភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិតក្នុងអំឡុងរវាងកាលបរិច្ឆេទដែលបានដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ ឬ ក៏កាលបរិច្ឆេទដែលបានពិនិត្យសុខភាព និងកាលបរិច្ឆេទដែលប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងត្រូវបានផ្តល់ជូន។ នៅពេលដែលបានទទួលព័ត៌មាននៃការផ្លាស់ប្តូរនានា ក្រុមហ៊ុនមានសិទ្ធិសម្រេចទទួលយក ឬ បដិសេធពាក្យស្នើសុំរបស់ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ។
- (៦) បុគ្គលដែលអាចប្រើប្រាស់ ឬ ទទួលបានផលប្រយោជន៍ពីប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលកំពុងធ្វើការស្នើសុំ គឺជាបុគ្គលដែលមានផលប្រយោជន៍សមនឹងធានាពីប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ ហើយឈ្មោះរបស់គាត់ ឬ ពួកគាត់ត្រូវបានដាក់ចូលក្នុងបែបបទស្នើសុំនេះជាមួយនឹងព័ត៌មានគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីអាចធ្វើការកំណត់អត្តសញ្ញាណរបស់គាត់ ឬ ពួកគាត់។
- (៧) ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់ដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់ក្រុមហ៊ុនជាបន្ទាន់រាល់ការផ្លាស់ប្តូរដែលទាក់ទងនឹង (ក) ព័ត៌មានដែលទាក់ទងនឹងជីវិតផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ដែលបានផ្តល់ជូនក្នុងបែបបទស្នើសុំនេះ (ខ) ព័ត៌មានលម្អិតនៃបុគ្គលណាម្នាក់ដែលបានបញ្ជាក់ក្នុងបែបបទស្នើសុំនេះ និង/ឬក៏ (គ) ព័ត៌មានផ្សេងៗទៀតដែលខ្ញុំ/យើងខ្ញុំបានផ្តល់ជូនក្នុងបែបបទស្នើសុំនេះ ឬ ក៏ក្នុងឯកសារផ្សេងៗទៀតមានដូចជាការផ្លាស់ប្តូរបុគ្គលដែលមានផលប្រយោជន៍ពាក់ព័ន្ធតាមផ្លូវច្បាប់ ឬ ដែលមានផលប្រយោជន៍តាមរយៈសិទ្ធិលើផលកម្រៃ ពីប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដោយផ្ទាល់ ឬ មិនផ្ទាល់ក្តី ។
- (៨) ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំមានកាតព្វកិច្ចផ្តល់ព័ត៌មានតាមការតម្រូវក្នុងបែបបទស្នើសុំនេះ ដែលជាបុព្វលក្ខខណ្ឌមួយសម្រាប់ស្នើសុំការធានារ៉ាប់រង ហើយខ្ញុំ/យើងខ្ញុំមានសិទ្ធិពិនិត្យមើល និង កែតម្រូវនូវព័ត៌មាននៅក្នុងបែបបទស្នើសុំនេះ។ សំណើសុំពិនិត្យមើល ឬ កែតម្រូវព័ត៌មានអាចធ្វើដូចម្តេចកាន់ការិយាល័យរបស់ក្រុមហ៊ុនមេនូឡាយហ្វី (ខេមបូឌា) ក៏ដូចជា ក៏ដូចជា ដែលមានអាសយដ្ឋាននៅជាន់ទី៨ អគារសិរី ១០៤ មហាវិថីសហព័ន្ធស្សី សង្កាត់ទឹកល្អក់ ទី១ ខណ្ឌទួលគោក រាជធានីភ្នំពេញ ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា។
- (៩) រាល់ព័ត៌មានទាំងអស់ក្នុងទម្រង់បែបបទស្នើសុំនេះរួមជាមួយនឹងការកែប្រែជាបន្តបន្ទាប់ ឬ ការបន្ថែមព័ត៌មានណាមួយត្រូវបានប្រមូលដើម្បីឲ្យក្រុមហ៊ុនអាចធ្វើអាជីវកម្មធានារ៉ាប់រងព្រមទាំងអាចផ្ទេរ ឬ/និងប្រើប្រាស់ដោយក្រុមហ៊ុន (រួមទាំងបុគ្គលផ្សេងៗ ឬ ក្រុមហ៊ុនដែលពាក់ព័ន្ធ ទោះជាមានទីតាំងអាជីវកម្ម ឬ ដែលត្រូវបានចុះក្នុងបញ្ជីនៅទីណាក៏ដោយ) និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មណាមួយ (ទោះជាមានទីតាំងអាជីវកម្ម ឬ ដែលត្រូវបានចុះក្នុងបញ្ជីនៅទីណាក៏ដោយ) ក្នុងគោលបំណងធ្វើការវាយតម្លៃ និងអនុវត្តបែបបទស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងនេះ ព្រមទាំងដើម្បីគ្រប់គ្រង និងធ្វើការធានារ៉ាប់រងបន្តនូវប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬ ធ្វើការផ្សព្វផ្សាយផលិតផល និងសេវាកម្ម ឬ ធ្វើការបង្ការការសម្អាតប្រាក់ និង/ឬ សកម្មភាពហិរញ្ញប្បទានភេរវកម្ម និង/ឬ ដើម្បីធ្វើការដោះស្រាយសំណងធានារ៉ាប់រង ឬ សំណងដែលពាក់ព័ន្ធណាមួយ។
- (១០) ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំយល់ដឹងថា ក្រុមហ៊ុនមេនូឡាយហ្វី (ខេមបូឌា) ក៏ដូចជា គឺជាសមាជិកនៃសម្ព័ន្ធក្រុមហ៊ុន Manulife Financial Group (ជាមួយ ហៅថា «ក្រុមហ៊ុនមេនូឡាយហ្វី»)។ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំផ្តល់ការឯកភាពចំពោះការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានដែលផ្តល់ឲ្យក្រុមហ៊ុនមេនូឡាយហ្វី (ខេមបូឌា) ក៏ដូចជា ហើយខ្ញុំ/យើងខ្ញុំនឹងបន្តផ្តល់នូវព័ត៌មានតាមតម្រូវការរបស់ក្រុមហ៊ុនមេនូឡាយហ្វីគ្រប់ពេលវេលា និងអនុញ្ញាតឲ្យក្រុមហ៊ុនមេនូឡាយហ្វីធ្វើការចែករំលែកជាមួយ និងរាយការណ៍អំពីព័ត៌មានទាំងនោះទៅកាន់អាជ្ញាធរក្នុងស្រុក និងនៅបរទេស (រួមទាំងអាជ្ញាធរពន្ធដារក្នុងស្រុក និងនៅបរទេស) ដើម្បីបំពេញទោតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវផ្នែកច្បាប់ និងគតិយុត្ត។ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំនឹងជូនដំណឹងដល់ក្រុមហ៊ុនមេនូឡាយហ្វីឲ្យបានដឹងតាមដែលអាចធ្វើទៅបានអំពីការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានណាមួយដែលខ្ញុំ/យើងខ្ញុំបានផ្តល់ជូនក្រុមហ៊ុនមេនូឡាយហ្វី រួមទាំងព័ត៌មានទាំងឡាយណាដែលនាំឲ្យមានការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពអ្នកជាប់ពន្ធរបស់ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ដូចជាការផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទ និងសញ្ជាតិជាដើម។
- (១១) ការទូទាត់សំណង និងផលប្រយោជន៍ផ្សេងៗនៃប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងពីក្រុមហ៊ុននឹងអាចធ្វើឡើងបាន បន្ទាប់ពីមានការផ្ទៀងផ្ទាត់យ៉ាងត្រឹមត្រូវតាមការតម្រូវការរបស់ក្រុមហ៊ុនអំពីអត្តសញ្ញាណរបស់ម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង អ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិត អ្នកទទួលបានផលប្រយោជន៍ និង/ឬ ភាគីណាមួយដែលមានការពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗទៀត។
- (១២) ទម្រង់បែបបទស្នើសុំនេះ និងប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងត្រូវស្ថិតក្រោមច្បាប់នៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា។

**ផ្នែកទី ៩៖ សិទ្ធិក្នុងការលុបចោល និងការសងគ្រលប់នូវបុព្វលាភរ៉ាប់រង**

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំផ្តល់ការឯកភាពចំពោះការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានដែលផ្តល់ឲ្យក្រុមហ៊ុនមេនូឡាយហ្វី (ខេមបូឌា) ក៏ដូចជា ហើយខ្ញុំ/យើងខ្ញុំនឹងបន្តផ្តល់នូវព័ត៌មានតាមតម្រូវការរបស់ក្រុមហ៊ុនមេនូឡាយហ្វីគ្រប់ពេលវេលា និងអនុញ្ញាតឲ្យក្រុមហ៊ុនមេនូឡាយហ្វីធ្វើការចែករំលែកជាមួយ និងរាយការណ៍អំពីព័ត៌មានទាំងនោះទៅកាន់អាជ្ញាធរក្នុងស្រុក និងនៅបរទេស (រួមទាំងអាជ្ញាធរពន្ធដារក្នុងស្រុក និងនៅបរទេស) ដើម្បីបំពេញទោតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវផ្នែកច្បាប់ និងគតិយុត្ត។ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំនឹងជូនដំណឹងដល់ក្រុមហ៊ុនមេនូឡាយហ្វីឲ្យបានដឹងតាមដែលអាចធ្វើទៅបានអំពីការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានណាមួយដែលខ្ញុំ/យើងខ្ញុំបានផ្តល់ជូនក្រុមហ៊ុនមេនូឡាយហ្វី រួមទាំងព័ត៌មានទាំងឡាយណាដែលនាំឲ្យមានការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពអ្នកជាប់ពន្ធរបស់ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ដូចជាការផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទ និងសញ្ជាតិជាដើម។

ហត្ថលេខា និង/ឬ ស្នាមមេដៃម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង (ប្រសិនបើមិនមែនជាអ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិត)	ហត្ថលេខា និង/ឬ ស្នាមមេដៃអ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិត (ប្រសិនបើមានអាយុយ៉ាងតិច ១៨ ឆ្នាំ)
X  ឈ្មោះ: _____ កាលបរិច្ឆេទ ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ	X  ឈ្មោះ: _____ កាលបរិច្ឆេទ ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ

ហត្ថលេខា និង/ឬ ស្នាមមេដៃទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រង ឬ សាក្សី

X  
  
 ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ

**ផ្នែកទី ១០៖ សេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រង**

- តើទម្រង់បែបបទស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងនេះត្រូវបានបំពេញ និងមានលោកអ្នកជាអ្នកចុះហត្ថលេខាជាសាក្សីដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
ប្រសិនបើ “ទេ” សូមពន្យល់ពីមូលហេតុ
- តើលោកអ្នកបានឃើញអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែនទាំងរបស់អ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិត និងម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ហើយបានចុះហត្ថលេខាធ្វើជាសាក្សី និងដាក់ឈ្មោះរបស់អ្នកលើច្បាប់ថតចម្លងនៃអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែន/សំបុត្រកំណើត/ការចុះបញ្ជីពាណិជ្ជកម្មរបស់អ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិត និងម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែរឬទេ?  
 បាទ/ចាស  ទេ
- ស្ថានភាពគ្រួសារអ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិត  
 នៅលីវ  រៀបការ  ពោះម៉ាយ/មេម៉ាយ  លែងលះ
- តើលោកអ្នកអាចដឹងពីកត្តាណាមួយ (សុខភាព ឬ អ្វីផ្សេងទៀត) ដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ថាមានភាពជាក់ស្តែងផ្អែកតាមទម្រង់បែបបទស្នើសុំ ហើយអាចនឹងប៉ះពាល់ដល់ការវាយតម្លៃធានារ៉ាប់រងនៃប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែរឬទេ?
- ឯកសារខាងក្រោមទាំងនេះត្រូវភ្ជាប់ជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទស្នើសុំការធានារ៉ាប់រង  
 ទម្រង់បែបបទស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងដែលបានបំពេញយ៉ាងពេញលេញ និងត្រូវបានចុះហត្ថលេខា  
 ឯកសារអនុប្បទានជាលក្ខណៈទ្រព្យធានាដែលបានបំពេញយ៉ាងពេញលេញ និងត្រូវបានចុះហត្ថលេខា (សំរាប់ Manulife Mome Loan Protector)  
 សេចក្តីសង្ខេបនៃការស្នើសុំដែលបានចុះហត្ថលេខា  
 បុព្វលាភរ៉ាប់រងដំបូងដែលបានបង់  
 ឯកសារថតចម្លងមានសុពលភាពដែលបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណរបស់ម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង  
 ឯកសារថតចម្លងមានសុពលភាពដែលបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណរបស់អ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិត  
 កស្តត្រួតពិនិត្យពីអាសយដ្ឋាន (ឧទាហរណ៍: ឯកសារចម្លងនៃរបាយការណ៍ធានាគារណាមួយ ឬ វិក្កយបត្រទឹកភ្លើងក្នុងរយៈពេល ៣ ខែចុងក្រោយ)  
 ផ្សេងៗ

ម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងបានបង់បុព្វលាភរ៉ាប់រងដំបូងឲ្យក្រុមហ៊ុន:

រូបិយប័ណ្ណ  ចំនួន

បង់ដា:  សាច់ប្រាក់  ការផ្ទេរប្រាក់តាមរយៈធានាគារ  បញ្ជាផ្ទេរប្រាក់អចិន្ត្រៃយ៍  
 មូលប្បទានប័ត្រ  ការដាក់ប្រាក់ចូលគណនីមេនូឡាយហ្វី ( សាច់ប្រាក់  មូលប្បទានប័ត្រ)

លេខលើបង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់បង់បុព្វលាភរ៉ាប់រង  (ទទួលយកពីបញ្ចប់បង់ប្រាក់) ចំពោះ «ករណីចែកប្រាក់កម្រៃ»

សូមផ្តល់ជូននូវសេចក្តីលម្អិតពីទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត

ឈ្មោះទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រង	លេខកូដរបស់ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រង	លេខកូដសាខា/ទីតាំង
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ខ្ញុំជាទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រង សូមអះអាងថាទម្រង់បែបបទស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងនេះ បានរៀបចំ និង/ឬទទួលបានការណែនាំដោយផ្ទាល់ពីខ្ញុំ ហើយទម្រង់បែបបទស្នើសុំនេះនឹងមិនត្រូវបានដាក់ស្នើសុំដោយម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនោះទេ ដោយគ្មានការរៀបចំ និង/ឬ ការណែនាំពីខ្ញុំឡើយ។ បន្ថែមទៀតនេះខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ដោយយោងទៅតាមការតម្រូវផ្លូវច្បាប់ និងគតិយុត្តដែលទាក់ទងនឹងការបង្ការការសម្អាតប្រាក់ និងហិរញ្ញប្បទានភេរវកម្មថា ខ្ញុំបានបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណរបស់ម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងអ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិតតាមរយៈការផ្ទៀងផ្ទាត់ឯកសារសម្គាល់ខ្លួនរបស់ពួកគេ ហើយបានធ្វើសម្ភាសជាមួយម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងអ្នកត្រូវបានធានាអាយុជីវិត មុននឹងធ្វើការដាក់ពាក្យស្នើសុំ។ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំនឹងផ្តល់ដំណឹងដល់ក្រុមហ៊ុន ប្រសិនបើខ្ញុំមានការសង្ស័យថាម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងកំពុងតែធ្វើការស្នើសុំប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងសម្រាប់បុគ្គលណាម្នាក់ទៀត ដែលមិនបានបញ្ចេញឈ្មោះនៅក្នុងទម្រង់បែបបទស្នើសុំនេះ។

ឈ្មោះទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រង

ហត្ថលេខាទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រង  កាលបរិច្ឆេទ ថ្ងៃ  ខែ  ឆ្នាំ

បែបបទស្នើសុំ និងឯកសារពាក់ព័ន្ធទាំងនេះ ត្រូវបានត្រួតពិនិត្យយ៉ាងត្រឹមត្រូវ។

ឈ្មោះអ្នកគ្រប់គ្រង

ហត្ថលេខាអ្នកគ្រប់គ្រង  កាលបរិច្ឆេទ ថ្ងៃ  ខែ  ឆ្នាំ

**ផ្នែកទី ១១៖ ទម្រង់បែបបទសម្រាប់ទិន្នន័យទីផ្សារ (ព័ត៌មានរបស់អ្នកសម្របសម្រួលស្រាវជ្រាវ)**

<p><b>I. ព័ត៌មានលម្អិតផ្ទាល់ខ្លួន</b></p> <p><b>1. ស្ថានភាពគ្រួសារ</b></p> <p><input type="checkbox"/> នៅលើវិ <input type="checkbox"/> ពោះម៉ាយ/មេម៉ាយ</p> <p><input type="checkbox"/> រៀបការ <input type="checkbox"/> លែងលះ</p> <p><b>2. ស្ថានភាពកម្មសិទ្ធិលំនៅស្ថាន</b></p> <p><input type="checkbox"/> កម្មសិទ្ធិករ</p> <p><input type="checkbox"/> ដាក់ធានាបំណុល</p> <p><input type="checkbox"/> ក្រុមហ៊ុនផ្តល់ជូន</p> <p><input type="checkbox"/> រស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ</p> <p><input type="checkbox"/> ដួល</p>	<p><b>II. ព័ត៌មានការងារ</b></p> <p><b>5. មុខតំណែង</b></p> <p><input type="checkbox"/> អ្នកគ្រប់គ្រង</p> <p><input type="checkbox"/> មន្ត្រីសាធារណៈ</p> <p><input type="checkbox"/> អ្នកលក់ ឬ អ្នកផ្តល់សេវា</p> <p><input type="checkbox"/> បុគ្គលិកការិយាល័យ</p> <p><input type="checkbox"/> ស្មៀន/លេខា</p> <p><input type="checkbox"/> អ្នកបច្ចេកទេស ឬ កម្មករ</p> <p><input type="checkbox"/> ម្ចាស់ក្រុមហ៊ុន</p> <p><input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p><b>7. ប្រាក់ចំណូលផ្ទាល់ខ្លួនប្រចាំខែ</b></p> <p><input type="checkbox"/> USD &lt; 1,000</p> <p><input type="checkbox"/> USD 1,001 – 2,000</p> <p><input type="checkbox"/> USD 2,001 – 3,000</p> <p><input type="checkbox"/> USD 3,001 – 4,000</p> <p><input type="checkbox"/> USD &gt; 4,000</p> <p><b>8. ផ្សេងៗ</b></p> <p>តើលោកអ្នកបានប្តូរការងាររបស់លោកអ្នកក្នុងអំឡុងពេល ១២ ខែចុងក្រោយនេះដែរឬទេ?</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p>
<p><b>3. កម្រិតវប្បធម៌</b></p> <p><input type="checkbox"/> បឋមសិក្សា</p> <p><input type="checkbox"/> មធ្យមសិក្សា</p> <p><input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្ររង</p> <p><input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្រ ឬ កម្រិតខ្ពស់ជាងនេះ</p>	<p><b>6. វិស័យ</b></p> <p><input type="checkbox"/> សំណង់</p> <p><input type="checkbox"/> ផលិតកម្ម</p> <p><input type="checkbox"/> លក់ដុំ/លក់រាយ/នាំចេញនាំចូល</p> <p><input type="checkbox"/> កោដនីយដ្ឋាន/សណ្ឋាគារ/ទេសចរណ៍</p> <p><input type="checkbox"/> ទូរគមនាគមន៍</p> <p><input type="checkbox"/> សេវាកម្មដឹកជញ្ជូន</p> <p><input type="checkbox"/> ធនាគារ/ហិរញ្ញវត្ថុ</p> <p><input type="checkbox"/> ធានារ៉ាប់រង/អចលនទ្រព្យ</p> <p><input type="checkbox"/> សេវាកម្មធុរកិច្ច</p> <p><input type="checkbox"/> សេវាសហគមន៍/សង្គម</p> <p><input type="checkbox"/> មន្ត្រីរាជការ</p> <p><input type="checkbox"/> សេវាអប់រំ</p> <p><input type="checkbox"/> មន្ត្រីពេទ្យ/សុខាភិបាល</p> <p><input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px;"></span></p>	<p><b>III. ព័ត៌មានពីសមាជិកគ្រួសារ</b></p> <p><b>9. ចំនួនសមាជិកគ្រួសារដែលមានស្ថានភាពដូចខាងក្រោម</b></p> <p>១. អាយុ ០-11 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span></p> <p>២. អាយុ 12-17 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span></p> <p>៣. អាយុ 18-55 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span></p> <p>៤. អាយុចាប់ពី 56 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span></p>
<p><b>IV. អតិថិជនសម្រេចស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈ</b></p> <p><input type="checkbox"/> សិក្ខាសាលាអតិថិជន</p> <p><input type="checkbox"/> ការណែនាំពីគ្រួសារ/មិត្តភក្តិ</p> <p><input type="checkbox"/> ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រង</p> <p><input type="checkbox"/> ការផ្សព្វផ្សាយពាណិជ្ជកម្ម</p> <p><input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px;"></span></p>		
<p><b>V. ព័ត៌មានពីធនាគារ</b></p> <p>តើលោកអ្នកមានគណនីនៅធនាគារដែរឬទេ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន</span></p> <p>ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់ជូនឈ្មោះរបស់ធនាគារទាំងអស់ដែលលោកអ្នកមាន។</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		