

ពាក្យស្នើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ
POLICY REINSTATEMENT REQUEST



កាលបរិច្ឆេទ / Date:

I. ព័ត៌មាននៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង / POLICY INFORMATION

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policy Number	<input type="text"/>	ពាក្យស្នើសុំ Application Number	<input type="text"/>
ឈ្មោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policy Owner	<input type="text"/>	អ៊ីមែល E-mail	<input type="text"/>
លេខទូរស័ព្ទទំនងទីមួយ Phone Number 1	<input type="text"/>	ទំនងទីពីរ Phone Number 2	<input type="text"/>
បណ្តាញសង្គម Social Media	<input type="text"/>	ឈ្មោះអ្នកប្រើប្រាស់ Username/ID	<input type="text"/>

*ខ្ញុំ / យើងខ្ញុំ ដែលជាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងខាងលើសូមស្នើ ក្រុមហ៊ុនព្រូដិនសលកម្ពុជាឱ្យបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិតឡើងវិញតាមរបៀបដូចខាងក្រោម៖
 I / We, the Policy Owner of the policy mentioned above, request Prudential Cambodia to reinstate the life insurance policy using the method below:

II. ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / DETAILS OF LIFE ASSURED

	អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី ១ / LIFE ASSURED 1	អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី ២ / LIFE ASSURED 2
ឈ្មោះពេញ Full Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>
កម្ពស់/ ទម្ងន់ Height(cm)/ Weight(kg)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
មុខរបរបច្ចុប្បន្ន Current Occupation	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ភារកិច្ចពិតប្រាកដ Exact duty	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* ខ្ញុំ / យើងខ្ញុំ ដែលជាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សូមស្នើឱ្យ ក្រុមហ៊ុនព្រូដិនសលកម្ពុជា ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពព័ត៌មាននៃមុខរបរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ចំពោះគ្រប់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ / យើងខ្ញុំតាមមុខរបរបច្ចុប្បន្ននេះប្រសិនបើមានចែងផ្សេងពីនេះនៅក្នុងកំណត់ត្រារបស់ក្រុមហ៊ុន ហើយខ្ញុំ / យើងខ្ញុំនឹងរីករាយផ្តល់ឯកសារបញ្ជាក់ជូន ប្រសិនបើក្រុមហ៊ុនត្រូវការ។

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

បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងបានអស់សុពលភាពជាបណ្តោះអាសន្ន គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដល់កំណត់បង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង៖
 Policy has lapsed beginning on the due date:

ការស្នើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ តាមការបញ្ចុះធានារ៉ាប់រង
 Premium Reduction Framework

- បន្ទាប់ពីជ្រើសរើសជម្រើសនេះ (ការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ តាមការបញ្ចុះធានារ៉ាប់រង) អតិថិជនមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យកើនឡើង ឬបន្ថយទឹកប្រាក់ធានារ៉ាប់រងតទៀតក្នុង អំឡុងរយៈពេលកំណត់ នៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
 Once gone through premium reduction option, the customers are not allowed to increase or decrease their Sum Assured again during the Policy duration.
- បន្ទាប់ពីជ្រើសរើសជម្រើសនេះ អតិថិជនមិនអាចធ្វើការបោះបង់កញ្ចប់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬផ្លាស់ប្តូររបៀបនៃការបង់ ឬស្នើសុំលុបចោលកិច្ចខណ្ឌបន្ថែម នៅក្នុងរយៈពេលលើកលែងធានារ៉ាប់រងនេះទេ។
 Upon choosing premium reduction option, Policy is not allowed to surrender, or change frequency payment, or drop any riders until the premium waiving period is completed.

III. សេចក្តីប្រកាសសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / HEALTH DECLARATION FOR LIFE ASSURED

ផ្នែកទី១៖ ចំពោះបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអស់សុពលភាពតិចជាង ៦ ខែ (គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដល់កំណត់ខាងលើ)

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

	អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី ១ LIFE ASSURED 1		អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី ២ LIFE ASSURED 2	
	Yes/N o	If "Yes", please give details	Yes/N o	If "Yes", please give details
<p>1. តើលោកអ្នកមានការប្រែប្រួលជាអវិជ្ជមានចំពោះស្ថានភាពសុខភាពខុសពីពេលដែលបានដាក់ពាក្យស្នើសុំទិញបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងលើកចុងក្រោយ ឬក៏ពុំមានរោគសញ្ញា ឬជំងឺ ឬរបួសណាមួយដែរឬទេ?</p> <p>Is there any adverse changed to your health condition since the last application date or do you currently experience any symptoms or have any illness/disease or injury?</p>				
<p>2. ចាប់តាំងពីពេលដែល ក្រុមហ៊ុនប្រើប្រាស់សេវាកម្មបានចេញបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញជូនលោក លោកស្រីលើកចុងក្រោយបំផុតរហូតមកដល់បច្ចុប្បន្ននេះ តើលោកអ្នកធ្លាប់៖</p> <p>2.1. បានទៅពិនិត្យសុខភាព ទទួលការព្យាបាលណាមួយ បានសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ទទួលការកាត់ដោយលក្ខខណ្ឌណាមួយ ឬធ្លាប់មានគ្រោះថ្នាក់ណាមួយដែលទាមទារឲ្យមានការតាមដានសុខភាពដែរឬទេ?</p> <p>Had any medical consultation, received any treatment, hospitalization, or surgical operation due to any condition or any accident requiring medical attention?</p> <p>2.2. មានបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងណាមួយដែលមានការដំឡើងថ្លៃបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង មានការលុបចោល ផ្អាក ឬបដិសេធ ឬក៏ មានការដាក់ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង ឬក៏ពុំដាក់ពាក្យសុំទាមទារសំណង ចំពោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពីក្រុមហ៊ុន ធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតណាមួយរួមទាំង ក្រុមហ៊ុនប្រើប្រាស់សេវាកម្មដែរឬទេ?</p> <p>Had any policy where there has been an increase in premium, cancellation, postponement or denial or has the Life Assured requested or is currently requesting claims for insurance at any life insurance companies, including Prudential Cambodia?</p> <p>2.3. មានការប្រែប្រួលណាមួយទាក់ទងនឹង ប្រទេសរស់នៅ សកម្មភាពកីឡា ឬសកម្មភាពកំសាន្តផ្សេងៗណាមួយដែរឬទេ? Changed your country of residence, sports activities or other entertainment activities?</p>				
<p>3. សម្រាប់ស្ត្រីតែប៉ុណ្ណោះ/ FOR FEMALE ONLY តើអ្នកកំពុងមានផ្ទៃពោះឬទេ? ប្រសិនបើមាន ប៉ុន្មានខែ?</p> <p>Are you pregnant? If YES, how many months?</p>				

(លោកអ្នកអាចរំលងផ្នែកទី២ ខាងក្រោមប្រសិនបើលោក លោកស្រីបានជ្រើសរើសប្រកាសតាមផ្នែកទី១ ខាងលើ ហើយឆ្ពោះទៅផ្នែកទី IV / Please skip Part 2 below and proceed to section IV if you have given answers in Part 1)

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

**អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី ១
LIFE ASSURED 1**

**អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី ២
LIFE ASSURED 2**

	Yes/No	If "Yes", please give details	Yes/No	If "Yes", please give details
<p>1. តើលោកអ្នកមាន ការផ្លាស់ប្តូរ ប្រទេសរស់នៅ ឬ សកម្មភាពកីឡា ឬសកម្មភាពកំសាន្ត ផ្សេងៗគ្នាពីកាល បរិច្ឆេទដាក់ពាក្យស្នើសុំ ឬបន្តសុពលភាពបញ្ជីសន្យារ៉ាប់ រងលើកចុងក្រោយដែរឬទេ?</p> <p>Have you changed your country of residence or sports activities or other entertainment activities from the dated of application date/ last revival date?</p>				
<p>2. តើមានសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់របស់លោកអ្នក (ឪពុក ម្តាយបងប្អូន)មាន ឬស្លាប់ដោយសារជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺសរ សៃឈាមបេះដូង ជំងឺគ្រុននោម ជំងឺផ្លូវចិត្ត ជំងឺមហារីក ។ល។ ដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់ឲ្យបានលម្អិត។</p> <p>Has any member of your family (parents, siblings) suffered from or died of diabetes, cardiovascular diseases, renal diseases, mental disorders, cancer, etc.?</p> <p>1.1 ទំនាក់ទំនង/ Relationship 1.2 ជំងឺ(នានា)/ Disease(s) 1.3 នៅរស់ ឬ ស្លាប់? / Living or dead? 1.4 ចាប់ផ្តើមនៅអាយុ/ Age of Onset</p>				

ប្រសិនបើចម្លើយ "ឆ្លាប" នៅសំណួរទី៣ ឬទី៤ សូមបញ្ជាក់ពីចំនួន និងផ្តល់សេចក្តីលម្អិត ពាក់ព័ន្ធនឹងសភាពជំងឺ ការវះកាត់ ឬការព្យាបាល កាលបរិច្ឆេទ និងរយៈពេល សភាព ធ្ងន់ធ្ងរ និងលទ្ធផល ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់គ្រូពេទ្យព្យាបាល គ្លីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យ។

If YES to question 3 or 4 below, please indicate the number and give details as to the nature of illnesses, operation or treatment, date and duration, severity and results, name and address of attending physician, clinics or hospitals.

<p>3. តើលោកអ្នកធ្លាប់ / Have you ever:</p>				
<p>3.1. ឆ្លុះកាំរស្មីអិច មានការកត់ត្រាចលនាបេះដូងដោយ ប្រើចរន្តអគ្គិសនី ការវិភាគឈាម ឬការធ្វើតេស្តរក រោគ វិនិច្ឆ័យដទៃទៀត ដែរឬទេ?</p> <p>Had X-ray, electrocardiogram, blood studies or other diagnostic test?</p>				
<p>3.2. បាន ឬត្រូវបានប្រាប់ថា លោកអ្នកមានជំងឺអេដស៍ ភាពស្មុគស្មាញទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ ឬ ស្ថានភាព ទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ដែរឬទេ?</p> <p>តើមានបញ្ហាណាមួយ អំពីរបៀបរស់នៅរបស់លោកអ្នក ដែលអាចឲ្យអ្នក ប្រឈមនឹងហានិភ័យកើតជំងឺអេដស៍ដែរឬទេ?</p> <p>Had or been told you had AIDS, AIDS-related complex or AIDS-related conditions? Is there anything about your lifestyle which could expose you to risks of AIDS?</p>				
<p>3.3. បានធ្វើតេស្តរកមេរោគក្លាមីឌាប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដ ស៍ ឃើញថាវិជ្ជមានដែរឬទេ?</p> <p>Been tested positive for antibodies the AIDS virus?</p>				
<p>3.4. មានទម្រង់ណាមួយនៃជំងឺកាមរោគដូចជា រោគស្វាយនិងរោគស្វាយប្រមេះដែរឬទេ?</p>				

	Had any form of sexually transmitted disease such as syphilis and gonorrhea?				
3.5.	<p>ពិសាកេសដូ:មានជាតិអាល់កុលហ្វូសកម្រិតប្រើប្រាស់ខ្ពស់ដែលបង្កើតជាទម្លាប់ ឬស្វែងរកដំបូន្មាន ឬការព្យាបាលចំពោះការញៀនគ្រឿងស្រវឹងទម្លាប់ ប្រើប្រាស់ខ្ពស់ ឬការញៀនដទៃទៀតដែរឬទេ?</p> <p>Used alcoholic beverages to excess, taken habit-forming drugs or sought advice or treatment for alcoholism, drug habit or other addiction?</p>				
3.6.	<p>ជក់បារីក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅដែរឬទេ? ប្រសិនបើឆ្លាច តើលោកអ្នកបានជក់បារីអស់រយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំហើយ? តើចំនួនបារីជាមធ្យមដែលលោកអ្នកជក់ជារៀងរាល់ថ្ងៃ។</p> <p>Smoked cigarettes within the past year? If YES, How many years have you smoked cigarettes? Average number of cigarettes daily.</p>				
4.	តើលោកអ្នកធ្លាប់មាន ឬត្រូវបានប្រាប់ថាលោកអ្នកមាន ឬបានស្វែងរកដំបូន្មានចំពោះ / Have you ever had or been told that you had or sought advice for:				
4.1.	<p>អាការៈវិលមុខល្អិតល្អៃ ជង្គង់ធ្លាក់ រីកលចរិត ឈឺក្បាលធ្ងន់ធ្ងរ ឬជំងឺណាមួយឬក៏ជំងឺពាក់ព័ន្ធនឹងប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទដែរឬទេ?</p> <p>Dizziness, fainting spells, epilepsy, nervous breakdown, severe headaches, or any Disease or disorder of the brain or nervous system?</p>				
4.2.	<p>ជំងឺហឺត តឹងច្រមុះ ក្អកក្អិន ក្អកឈាម រងេង ឬជំងឺណាមួយឬក៏ជំងឺស្លូតនៃប្រព័ន្ធដំណកដង្ហើមដែរឬទេ?</p> <p>Asthma, hay fever, chronic cough, spitting of blood, tuberculosis or any disease or disorder of the lungs or respiratory system?</p>				
4.3.	<p>ជំងឺលើសឈាម ដាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល ឈឺទ្រូង ដកដង្ហើមចប់ៗ សម្លេងញ័រចេញដូង ឬជំងឺណាមួយ ឬជំងឺចេញដូង ឬប្រព័ន្ធរតនឈាមដែរឬទេ?</p> <p>High blood pressure, stroke, chest pain, shortness of breath, heart murmur, or any disease or disorder of the heart or circulatory system?</p>				
4.4.	<p>ជំងឺណាមួយ ឬជំងឺចំពោះរំលាយអាហារ ក្រពះ ពោះវៀនតូច ពោះវៀនធំ ចុងពោះវៀនខ្នង ពោះវៀន ឆ្អឹង ឬប្រថាប់ ផាល ដែរឬទេ?</p> <p>Any disease or disorder of the esophagus, stomach, intestines, bowel, rectum, appendix, liver, gall bladder or spleen?</p>				
4.5.	<p>ជំងឺរលាកតម្រងនោម ត្រួសក្នុងតម្រងនោម ឬជំងឺណាមួយឬក៏ជំងឺតម្រងនោម ប្លោកនោម ឬក្រពេញប្រូស្តាត ដែរឬទេ?</p> <p>Nephritis, kidney stones, or any disease or disorder of the kidney, bladder or prostate?</p>				
4.6.	<p>ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ក្រពេញទីរ៉ូអ៊ីត ឬជំងឺក្រពេញអង់ដូគ្រីនផ្សេងៗទៀត ដែរឬទេ?</p> <p>Diabetes, thyroid or other endocrine disorders</p>				

<p>4.7. ជំងឺរលាកសន្លាក់ឆ្អឹង ជំងឺលើសន្លាក់ឆ្អឹង ឬជំងឺណាមួយឬក៏ភាពមិនប្រក្រតី ផ្នែកខ្នង ឆ្អឹងខ្នង ឆ្អឹងសន្លាក់ ឬសាច់ដុំ ដែរឬទេ? Arthritis, rheumatism, or any disease or disorder of the back, spine, bones, joints or muscles?</p>				
<p>4.8. មហារីក ឬដុំសាច់ ឬដំបៅប្រភេទណាមួយ ដែរឬទេ? Cancer or a tumor or ulcer of any kind?</p>				
<p>4.9. ជំងឺហើមសរសៃវ៉ែន ដំបៅសរសៃវ៉ែន ឬរលាកសរសៃវ៉ែន ឬជំងឺក្លិនប្រភេទណាមួយ ដែរឬទេ? Varicose veins, varicose ulcers or phlebitis or hernia of any kind?</p>				
<p>4.10 ជំងឺស្លឹ (ជំងឺសើរស្បែកម្យ៉ាង) ឬជំងឺស្វ័យប្រព័ន្ធ ភាពស្មៅដៃ ទៀត និងជំងឺខ្លះឈាមក្រហម ឬជំងឺឈាមដទៃទៀត ដែរឬទេ? SLE or other autoimmune diseases? Anemia or other blood diseases?</p>				
<p>4.11 ជំងឺណាមួយ ឬជំងឺភ្នែក ត្រចៀក ច្រមុះ ឬបំពង់កដែរឬទេ? Any disease or disorder of the eyes, ears, nose or throat?</p>				
<p>4.12 ជំងឺដែលទាក់ទងទៅនឹងសុខភាពរាងកាយ ឬប្រព័ន្ធប្រសាទភាពមិនប្រក្រតី ការរងរបួស ឬក៏ការរះកាត់ផ្សេងទៀតដែលមិនបានរៀបរាប់ខាងលើដែរឬ (មិនរាប់បញ្ចូលជំងឺផ្តាសាយ ធម្មតា គ្រុនផ្តាសាយធំ ឬបញ្ហាសុខភាពបន្តិចបន្តួច)? Any illness, disease, disorder, abnormality, injury or surgery not mentioned above (other than common cold, flu or minor ailments)</p>				

5. សម្រាប់ស្ត្រីតែប៉ុណ្ណោះ/ FOR FEMALE ONLY

<p>5.1. តើអ្នកកំពុងមានផ្ទៃពោះឬទេ? ប្រសិនបើមាន តើប៉ុន្មានខែ? ២ខែ ៣ខែ ៤ខែ ។ល។ សូមបញ្ជាក់។ Are you pregnant? If YES, how many months? 2 months, 3 months, 4 months, etc.? Please state</p>				
<p>5.2. មានភាពមិនប្រក្រតីណាមួយលើការមានរដូវ ការមានផ្ទៃពោះសុដន់ ឬសរីរាង្គបន្តពូជដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់សេចក្តីលម្អិត។ Any abnormality in menstruation, pregnancy, of the breast or reproductive organs? If YES, give details.</p>				

IV. សេចក្តីប្រកាស / STATEMENT of DECLARATION

- ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ សូមប្រកាសថា ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ម្ចាស់ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃស្តាំ ខាងក្រោម បានអាន/ត្រូវបានណែនាំដោយទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត និងបានយល់ពីខ្លឹមសារសំណួរនានាទាំងស្រុង និងសេចក្តីប្រកាសសុខភាពនេះ ហើយសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានទាំងនេះមានភាពពេញលេញ ត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដ។ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ជាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងបែបបទប្រកាសសុខភាពនេះ យល់ព្រមឲ្យអ្នកស្នើសុំ (ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង) ដាក់ពាក្យសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងជូនខ្លួនខ្ញុំផ្ទាល់។
I/we, the undersigned, hereby declare that I/we read/ to be advised by the Financial Consultant/ Life Consultant and have understood the entire questions and declaration in this Health Declaration Form and confirm that this provided information is complete, accurate and true. I/we – the Life Assured in this Health Declaration Form agree for the Applicant (Policy Owner) to apply reinstatement for myself/ourselves.
- ខ្ញុំ / យើងខ្ញុំ ក៏យល់ផងដែរថា ព័ត៌មានខាងលើនឹងត្រូវបានយកទៅប្រើប្រាស់ដើម្បីធ្វើជាមូលដ្ឋានផ្នែកច្បាប់ សម្រាប់វាយតម្លៃលើការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ ហើយខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ យល់ព្រមថា រាល់ការមិនបានផ្តល់នូវព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដខាងលើ នឹងធ្វើឲ្យការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ក្លាយជា មោឃៈ ដោយផ្អែកលើ ខ និងលក្ខខណ្ឌនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងច្បាប់ជាធរមាន។
I / We also understand that the information above will be used as the legal basis for underwriting the reinstatement

request and agree that violations of this commitment will void the reinstatement of the policy according to the Terms and Conditions of the policy and current laws.

3. ខ្ញុំ / យើងខ្ញុំ សូមធានាផ្តល់នូវភស្តុតាង តិកតាង ឬព័ត៌មានចាំបាច់ផ្សេងៗទៀតដែលក្រុមហ៊ុនត្រូវការ និងយល់ព្រមឲ្យក្រុមហ៊ុនព្រូជិនសសលកម្ពុជា ប្រមូលព័ត៌មានសម្រាប់ វាយតម្លៃលើការផ្លាស់ប្តូរដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។

I / We guarantee to provide any proof, evidence or other required information and agree for Prudential Cambodia to collect information for underwriting on the change mentioned above.

4. ខ្ញុំ / យើងខ្ញុំ ក៏យល់ផងដែរទៀតថា សំណើខាងលើនឹងមានប្រសិទ្ធភាពបាន លុះត្រាតែក្រុមហ៊ុនព្រូជិនសសលកម្ពុជា អនុម័តលើសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនិងទទួលបានបុព្វលាភរ៉ាប់រងបន្ថែម (ប្រសិនបើមាន)។

I / We also understand that the request above is only effective when Prudential Cambodia approves the request in writing and collects an additional premium, if any.

ហត្ថលេខា របស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Signature of Policy Owner	ហត្ថលេខា របស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី ១ (ប្រសិនបើជាមនុស្សផ្សេងគ្នាពីម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង) Signature of Life Assured 1 (If other than Policy Owner)	ហត្ថលេខា របស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី ២ Signature of Life Assured 2
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
ឈ្មោះពេញ/Full name: <input style="width: 80%;" type="text"/>	ឈ្មោះពេញ/Full name: <input style="width: 80%;" type="text"/>	ឈ្មោះពេញ/Full name: <input style="width: 80%;" type="text"/>

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

1. ខ្ញុំសូមប្រកាសថា ព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងពាក្យស្នើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញនេះ គឺជាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឲ្យខ្ញុំដោយអ្នកដាក់ពាក្យសុំតែប៉ុណ្ណោះ ហើយខ្ញុំមិនបាន ដកចេញនូវព័ត៌មានផ្សេងៗទៀតដែលអាចប៉ះពាល់ដល់ការទទួលយកបែបបទប្រកាសសុខភាពឡើយ។

I hereby declare that the information provided in this Policy Reinstatement Request is the only information given to me by the Applicant and I have not withheld any other information which may influence the acceptance of the Health Declaration.

2. ខ្ញុំសូមប្រកាសទៀតថា ខ្ញុំបានណែនាំអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យផ្តល់ព័ត៌មានពេញលេញទាំងអស់ ហើយខ្ញុំមិនបានផ្តល់ការបញ្ជាក់អះអាងណាមួយ ទៅលើសេចក្តីប្រកាសសុខភាព ដែល អាចមានឥទ្ធិពលអវិជ្ជមានចំពោះភាពពេញលេញនៃសេចក្តីប្រកាស សុខភាពនេះទេ។

I further declare that I have advised the Applicant to fully disclose all information, and that I have not given any statements to the Health Declaration which may adversely influence the completeness of this Health Declaration.

3. សូមអះអាងថាបន្ទាប់ពីសំណើសុំផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានរបស់អតិថិជនដូចជា សំណើសុំបោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង សំណើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង សំណើសុំផ្លាស់ប្តូរអ្នកទទួល ផល បានប្រគល់មកដល់ក្រុមហ៊ុន ខ្ញុំមានតួនាទីប្រមូល និងប្រគល់ឯកសារទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសំណើនេះ មកកាន់PSCC នៅអគារវីត្រាស់ថាវីវី ជាន់ផ្ទាល់ដី (មជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់ សេវាអតិថិជន) ក្នុងរយៈពេល ១៥ ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអតិថិជនចុះហត្ថលេខានៅលើទម្រង់ស្នើសុំនេះ បើមិនដូច្នោះទេខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវរាល់ការលេចធ្លាយព័ត៌មានរបស់អតិថិជន។

I confirm that the original set of alteration request forms (Surrender, Reinstatement, Change Beneficiary, Policy Information Change, etc.) and claim related documents (Claim Event Notice, Claim Request, etc.) were collected, and I commit to delivering these forms to PSCC within 15 days from the date that customer signed. If not, I will take responsibility for any case related to a breach of customer information.

ឈ្មោះពេញ / Full name

លេខកូដ/ Code of FC/LC

លេខទូរស័ព្ទ/ Cell Phone

កាលបរិច្ឆេទ /Date

ហត្ថលេខាទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត/ Signature of Financial Consultant/ Life Consultant