

កាលបរិច្ឆេទ/ Date .....

បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងលេខ/ Policy number .....

**លិខិតយល់ព្រមរបស់អ្នកទទួលផល ឬទាយាក្នុងការបង្ហាញព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន**  
**Consent Letter of Beneficiary or Heir to Disclose Personal Data**

ខ្ញុំបាទ/ នាងខ្ញុំឈ្មោះ/ I am..... ឈ្មោះជាអក្សរឡាតាំង/ Name in Latin.....  
ដូចបញ្ជាក់នៅលើ/ as specified on.....លេខ/ No.....ជាអ្នកទទួលផល/ ទាយាទ  
របស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងខាងលើ យល់ព្រមឲ្យក្រុមហ៊ុន ជាយ អិលធី ឡាយហ្វី អ៊ិនស្យូរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក បង្ហាញព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំបាទ/ នាងខ្ញុំ  
ជូនក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងបន្តរបស់ក្រុមហ៊ុន ជាយ អិលធី ឡាយហ្វី អ៊ិនស្យូរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក ឬអង្គការផ្លូវច្បាប់ ឬ  
អ្នកជំនាញឯកទេសផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ឲ្យក្រុមហ៊ុនធ្វើការវាយតម្លៃ ឬទូទាត់សំណងដូចមានចែងក្នុងកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង ប្រើប្រាស់តាមផ្នែក  
វេជ្ជសាស្ត្រ។/ who is the Beneficiary/ Heir of above-mentioned Policy hereby give my consent to Dai-ichi Life Insurance (Cambodia)  
Plc. to disclose my personal information to other insurance companies or its reinsurance company or legal authority or medical  
profession personnel for the Company's claim assessment or contractual claim payment or medical use.

ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ ព្រមទាំងឈ្មោះរបស់  
អ្នកទទួលផល/ ទាយាទ  
Signature or Thumbprint, and Name of the Beneficiary/ Heir

ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ/ Signature or Thumbprint

.....

ឈ្មោះពេញ/ Full name.....

កាលបរិច្ឆេទ/ Date.....

ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ និងឈ្មោះបុគ្គលិកបម្រើសេវាអតិថិជន/  
ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ អ្នករៀបចំផែនការហិរញ្ញវត្ថុ  
Signature or Thumbprint, and Name of CS/ FA/ FP

ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ/ Signature or Thumbprint

.....

ឈ្មោះពេញ/ Full name.....

លេខកូដ/ Code.....

កាលបរិច្ឆេទ/ Date.....