

## ពាក្យស្នើសុំភ្ជាប់ផលិតផលគម្រោងបន្ថែម Request for Adding Rider

កាលបរិច្ឆេទ/ Date: .....

ពាក្យស្នើសុំលេខ/ Application number: .....

បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងលេខ/ Policy number: .....

ឈ្មោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ Policy Owner: .....

ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន/ Life Insured of Basic Plan: .....

ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមទី ១/ Life Insured of Rider 1: .....

ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមទី ២/ Life Insured of Rider 2: .....

លេខទូរស័ព្ទ/ Phone number: .....

អ៊ីម៉ែល/ Email: .....

ខ្ញុំបាទ/ នាងខ្ញុំឈ្មោះ/ I, ....., ជាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃពាក្យស្នើសុំ/ បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ សូម  
ស្នើ/ the Policy Owner of the Application/ Policy mentioned above, request to:

### 1. ភ្ជាប់គម្រោងបន្ថែម/ Add Rider

ល.រ/ No.	ឈ្មោះគម្រោងបន្ថែម/ Rider name	ទឹកប្រាក់ត្រូវបានធានា (ជាដុល្លារអាមេរិក) / Sum Insured (in USD)	ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមគម្រោងបន្ថែមតាម អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ សំបុត្រកំណើត/ លិខិតឆ្លងដែន/ Full name of Life Insured under rider as on ID Card/ Birth Certificate/ Passport
I	1.		(ខ្មែរ/ Khmer)
	2.		
	3.		(ឡាតាំង/ Latin)
	4.		
II	1.		(ខ្មែរ/ Khmer)
	2.		
	3.		(ឡាតាំង/ Latin)
	4.		
III	1.		(ខ្មែរ/ Khmer)
	2.		
	3.		(ឡាតាំង/ Latin)
	4.		

សូមកត់ចំណាំថា/ Please note that

- ការស្នើសុំភ្ជាប់គម្រោងបន្ថែមអាចធ្វើទៅបានលុះត្រាតែរយៈពេលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៅទាបបំផុតស្មើ៥ឆ្នាំ។ The minimum remaining term for attachment is 5 years.
- សូមភ្ជាប់សំណើនេះមកជាមួយនូវ **“បែបបទប្រកាសសុខភាពសម្រាប់សំណើសុំភ្ជាប់ផលិតផលគម្រោងបន្ថែម”** ក្នុងការស្នើសុំភ្ជាប់គម្រោងបន្ថែមសម្រាប់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង, អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន ឬ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម។ Please attach **“Health Declaration Form for Adding Rider”** with this request form for adding rider under Policy Owner, Life Insured of Basic Plan, or Life Insured of Rider.

សេចក្តីប្រកាសរបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង, អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន ឬ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម/ Declaration of Policy Owner, Life Insured of Basic Plan, or Life Insured of Rider.

ខ្ញុំ/ យើងខ្ញុំ/ I/ We:

- សូមប្រកាសថាការសេចក្តីថ្លែង និងចម្លើយ ព្រមជាមួយនឹងព័ត៌មានខាងលើទាំងអស់ ដែលខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ បានផ្តល់ជូនក្រុមហ៊ុនពាក់ព័ន្ធនឹងពាក្យស្នើសុំនេះ ព្រមទាំងព័ត៌មាន និងសេចក្តីប្រកាសក្នុងបែបបទប្រកាសសុខភាពគឺមានភាពពេញលេញ និងពិតប្រាកដមែន។  
Hereby declare that the above statements and answers, together with all information provided by me/us in connection to the request form and health declaration form provided to the Company are completed and true.
- សូមធានាផ្តល់នូវរាល់ភស្តុតាង ឬព័ត៌មានចាំបាច់ផ្សេងៗទៀតដែលត្រូវការ និងយល់ព្រមឲ្យក្រុមហ៊ុន ដោយ អិលធី ឡាយហ្វ អ៊ិនស្វ័រ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក ប្រមូលព័ត៌មានសម្រាប់វាយតម្លៃលើការផ្លាស់ប្តូរដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។  
Guarantee to provide any proof, evident or other required information and agree with Dai-ichi Life Insurance (Cambodia) Plc. to collect information for underwriting the change mentioned above.
- យល់ថា សំណើខាងលើនឹងមានប្រសិទ្ធភាពលុះត្រាតែក្រុមហ៊ុន ដោយ អិលធី ឡាយហ្វ អ៊ិនស្វ័រ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក យល់ព្រមលើសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងទទួលបានបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងបន្ថែម (ប្រសិនបើមាន)។  
Understand that the request above is only effective when Dai-ichi Life Insurance (Cambodia) Plc. approves the request in writing and collect an additional premium, if any.
- យល់ថាកាលបរិច្ឆេទប្រសិទ្ធភាពនៃគម្រោងបន្ថែមនេះនឹងត្រូវបានគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលមាននៅលើលិខិតបញ្ជាក់លើសំណើសុំភ្ជាប់ផលិតផលគម្រោងបន្ថែមដែលចេញដោយក្រុមហ៊ុន។  
Understand that the effective date of these riders will be the date on the "Confirmation Letter of Adding Rider" issued by the company.

**ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ Policy Owner:**

ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ/  
Signature or Thumbprint:.....

ឈ្មោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/  
Policy Owner's name:.....

កាលបរិច្ឆេទ/ Date:.....

**ឈ្មោះសាក្សី/ បុគ្គលិកបម្រើសេវាអតិថិជន/ ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ អ្នករៀបចំផែនការហិរញ្ញវត្ថុ/  
Witness/ CS/ FA/ FP's name:.....**

ហត្ថលេខា/ Signature:.....

លេខកូដ/ Code:.....

កាលបរិច្ឆេទ/ Date:.....

**អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន/ Life Insured of Basic Plan:**  
(ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ ឬ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានធានា មានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ) / (Parent or the legal guardian's signature if the Life Insured is less than 18 years old)

ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ/  
Signature or Thumbprint:.....

ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន/  
Basic Plan's Life Insured's Name: .....

កាលបរិច្ឆេទ/ Date: .....

**អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមទី១/ Life Insured of Rider1:**  
(ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ ឬ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមទី១ មានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ) / (Parent or the legal guardian's signature if the Life Insured of Rider1 is less than 18 years old)

ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ/  
Signature or Thumbprint:.....

ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមទី១/  
Life Insured's of Rider1's Name: .....

កាលបរិច្ឆេទ/ Date: .....

**អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមទី២/ Life Insured of Rider2:**  
(ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ ឬ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមទី២ មានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ) / (Parent or the legal guardian's signature if the Life Insured of Rider2 is less than 18 years old)

ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ/  
Signature or Thumbprint:.....

ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមទី២/  
Life Insured's of Rider2's Name: .....

កាលបរិច្ឆេទ/ Date: .....