

លិខិតយល់ព្រមបង្ហាញព័ត៌មានដែលទាក់ទងនឹងប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ
Consent Letter for the Disclosure of Information Related to Medical History

នាងខ្ញុំ/ ខ្ញុំបាទ/ I am.....ឈ្មោះជាអក្សរឡាតាំង/ Name in Latin.....
 អាយុ/ age.....ឆ្នាំ/ years old កាន់អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ លិខិតឆ្លងដែន/ សំបុត្រកំណើតលេខ/ hold the ID/ Passport/ Birth
 certificate number.....ស្នាក់នៅអាសយដ្ឋានផ្ទះលេខ/ Residing at.....ផ្លូវ/ Street.....
 ភូមិ/ Village.....ឃុំ/ សង្កាត់/ Commune/ Sangkatស្រុក/ ខណ្ឌ/ District/ Khan.....
 ខេត្ត/ក្រុង/ Province/ City..... ។

នាងខ្ញុំ/ ខ្ញុំបាទត្រូវជា/ I am.....របស់ឈ្មោះ/ of name.....
 អាយុ/ ageឆ្នាំ/ years old កាន់អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ លិខិតឆ្លងដែន/ សំបុត្រកំណើតលេខ/ hold the ID/ Passport/
 Birth certificate number.....ដែលបានទទួលមរណៈភាព/ ពិការភាព/ ទទួលការព្យាបាល/
 who passed away/ disabled/ got treatment នៅថ្ងៃទី/ on Dateខែ/ Month.....ឆ្នាំ/ Year.....ដោយសារ/
 because of ។

នាងខ្ញុំ/ ខ្ញុំបាទអនុញ្ញាត និងយល់ព្រមឲ្យក្រុមហ៊ុន ដាយ អិលធី ឡាយហ្វី អ៊ិនស៊ុរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក ទទួលបានឯកសារវេជ្ជសាស្ត្រសង្ខេប
 និងរបាយការណ៍សុខភាពផ្សេងៗដែល..... (ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកទាមទារសំណងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង)របស់នាងខ្ញុំ/
 ខ្ញុំបាទបានទទួលការពិគ្រោះ ពិនិត្យ ឬព្យាបាលផ្សេងៗ នៅគ្លីនិកឬមន្ទីរពេទ្យក្នុងនិងក្រៅប្រទេសកម្ពុជា។
 I hereby authorize and grant permission to Dai-ichi Life Insurance (Cambodia) Plc. to get any medical reports or medical
 information from any hospitals, clinics or any doctor(s) who had examined, diagnosed or cured my.....
 (relationship between claimant and Life Insured) illness in and outside Cambodia.

នាងខ្ញុំ/ខ្ញុំបាទសូមអះអាងថាខាងក្រោមនេះជាហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃរបស់នាងខ្ញុំ/ខ្ញុំបាទ ពិតប្រាកដមែនដើម្បីបញ្ជាក់ថា នាងខ្ញុំ/ខ្ញុំបាទយល់ព្រម
 ឲ្យគ្លីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យ ប្រគល់នូវឯកសារវេជ្ជសាស្ត្រសង្ខេប និងរបាយការណ៍សុខភាពផ្សេងៗឲ្យទៅក្រុមហ៊ុន ដាយ អិលធី ឡាយហ្វី អ៊ិនស៊ុរ៉ង់ស៍
 (ខេមបូឌា) ម.ក ក្នុងគោលបំណងសម្រាប់ដំណើរការទូទាត់សំណង។
 I guaranteed that below is my signature/ thumbprint to prove that I agreed with the hospitals, clinics or doctor(s) to release
 any medical reports for medical information to Dai-ichi Life Insurance (Cambodia) Plc. for the claim purpose.

ធ្វើនៅ/ At..... ថ្ងៃទី/ Date.....ខែ/ Month.....ឆ្នាំ/ Year..... ។

ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ/ Signature or thumbprint
 ឈ្មោះ/ Name.....