

ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងសម្រាប់ គម្រោងឌីជីថល

Claim Form for Digital Product

បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងលេខ/ Policy Number:	ពាក្យទាមទារសំណងលេខ/ Claim Number: (បំពេញដោយបុគ្គលិកដោះស្រាយ សំណង/For claim staff only)
ឈ្មោះផលិតផល/ Product Name		

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំឈ្មោះ/ My Name is, សូមស្នើសុំទាមទារ សំណងពីក្រុមហ៊ុនដោយ ផ្តល់នូវព័ត៌មានដូចខាងក្រោមសម្រាប់ពិចារណា៖/
 hereby express intention to claim compensation from the Company with the following information for consideration:

1. ព័ត៌មានម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង

ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកទទួលមរណភាព ឬ ពិការភាព/ Full name of the deceased or disabled person.....

អាយុ (បច្ចុប្បន្ន)/ Current Age ឆ្នាំ/ years old

អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន/ Current address.....

ថ្ងៃខែឆ្នាំ ទទួលមរណភាព/ Date of death.....

ថ្ងៃខែឆ្នាំពិការភាព/ Date of disablement.....

ថ្ងៃខែឆ្នាំគ្រោះថ្នាក់ (ករណីគ្រោះថ្នាក់) / Date of accident (In case of accident)

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ/ គ្លីនិក (ករណីដែលបានចូលព្យាបាល)/ Name of hospital/ clinic (In case of an admission).....

លេខទូរស័ព្ទមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក/ Hospital/Clinic Tel.

3. ព័ត៌មានអ្នកទាមទារសំណង/ Claimant's Information

តួនាទីអ្នកទាមទារសំណង/ Claimant Role: អ្នកទទួលផល/ Beneficiary អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់/ Legal Guardian

ផ្សេងទៀត/ Others:

ឈ្មោះពេញ/ Full Name: ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត/ Date of Birth: ភេទ/ Gender:

អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬលិខិតឆ្លងដែន ឬសំបុត្រកំណើត / ID Card/ Passport/ Birth Certificate Number:

អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង/ Contact Address:

លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number: អ៊ីម៉ែល/ E-mail:

4. ប្រសិនបើបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង អ្នកទទួលផលជាអនីតិជន(អាយុក្រោម ១៨ឆ្នាំ) សូមបំពេញព័ត៌មានដូចខាងក្រោម (ប្រសិនបើមាន)៖/
 If insurance policy has a minor beneficiary, please fill out the information below (if any):

ព័ត៌មានអ្នកទទួលផលអនីតិជន៖/ Information of minor beneficiary:

ឈ្មោះពេញ/ Full Name: ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត/ Date of Birth: ភេទ/ Gender:

អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬលិខិតឆ្លងដែន ឬសំបុត្រកំណើតលេខ/ ID Card/ Passport/ Birth Certificate/ Passport Number:

អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង/ Contact Address:

លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number: អ៊ីម៉ែល/ E-mail:

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ Relationship with the Life Insured:

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកទាមទារសំណង/ Relationship with the Claimant:

5. វិធីសាស្ត្រក្នុងការទូទាត់សំណង/ Method for claim payment

- ទូទាត់តាមរយៈមូលប្បទានប័ត្រ/ By Cheque
- ផ្ទេរតាមរយៈធនាគារ / By Bank transfer

ឈ្មោះម្ចាស់គណនី/ Account owner:	លេខគណនី/ Account number:
ឈ្មោះធនាគារ/ Bank Name:	

- វិធីសាស្ត្រផ្សេងទៀត/ Other Methods.....

ចំណាំ/Note: គណនីលោកអ្នកត្រូវតែជាគណនីដុល្លារអាមេរិក/Your account must in USD

សេចក្តីប្រកាសរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ អ្នកទាមទារសំណង/ Declaration of Life Insured/ Claimant

១. ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំសូមប្រកាសថាព័ត៌មានដែលផ្តល់ក្នុងពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងនេះ គឺពិតប្រាកដមែន។/ I declare that the content provided in this form is true.

២. ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា ក្នុងករណីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងកំណត់ឃើញថាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឲ្យមិនពេញលេញ និង/ឬ ត្រូវបានផ្តល់ជូនខុសពីការពិតដោយប្រការណាមួយ នោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងមានសិទ្ធិក្នុងការស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែម ក្នុងគោលបំណងដើម្បីបញ្ជាក់ភាពត្រឹមត្រូវ ហើយនឹងចាត់ការដំណើរការនៃការទាមទារសំណងយោងទៅតាម ខ និង លក្ខខណ្ឌនៃបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង។/ I further acknowledge that in case Dai-ichi Life Insurance (Cambodia) Plc. determines the information provided to be incomplete and/or willfully misrepresented, the Company reserves the right to request additional information for verification purposes and will process the claim according to policy terms and conditions.

៣. ខ្ញុំបាទ/ នាងខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យ បុគ្គលិកផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ គ្រូពេទ្យព្យាបាល វេជ្ជបណ្ឌិត ឬ មណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រទាំងឡាយណាដែលមានកំណត់ត្រា ឬ ព័ត៌មានអំពីសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងខាងលើ ផ្តល់ជូនក្រុមហ៊ុនដោយ អ៊ីលី ឡាយហ្វី អ៊ីនស្ត្រីនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក ឬ អ្នកតំណាងរបស់ក្រុមហ៊ុន នូវព័ត៌មានដែលតម្រូវដោយក្រុមហ៊ុន ដោយអ៊ីលី ឡាយហ្វី អ៊ីនស្ត្រីនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក។/ I hereby allow medical staff, physicians, doctors, medical centers, who have records or information on the Life Insured above to disclose to Dai-ichi Life Insurance (Cambodia) Plc., or its representative the information required by Dai-ichi Life Insurance (Cambodia) Plc.

ហត្ថលេខារបស់អ្នកទាមទារសំណង/ Claimant's Signature		
ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ/ Signature/ Thumbprint	ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកទាមទារសំណង/ Full Name of the Claimant:	
	កាលបរិច្ឆេទស្នើសុំ/ Requested Date:	

ការបញ្ជាក់របស់សាក្សី (ប្រសិនបើមាន) / Witness's Confirmation (If any)

សម្រាប់ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ អ្នករៀបចំផែនការហិរញ្ញវត្ថុ/ បុគ្គលិកបម្រើសេវាអតិថិជន/ For Financial Advisor/ Financial Planner/ Customer Service Staff		
ហត្ថលេខា/ Signature	ឈ្មោះពេញរបស់ FA/ FP/ CS/ Full Name of FA/ FP/ CS	
	លេខកូដ/ Code	
	កាលបរិច្ឆេទទទួលពាក្យស្នើសុំ/ Date of Receiving Request:	

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមសូមទំនាក់ទំនងមកកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ ១៨០០ ២០១ ២០២/ For more information to contact our contact center via toll free 1800 201 202.