Dai-ichi Life
នៅក្បែរអ្នកជានិច្ច

ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងសម្រាប់ គម្រោងឌីជីថល

Claim Form for Digital Product

បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងលេខ/ Policy Number:	……	ពាក្យទាមទារសំណងលេខ/ Claim Number: (បំពេញដោយបុគ្គលិកដោះស្រាយសំណង/ For claim staff only)	…….……..……..
ឈ្មោះផលិតផល/ Product Name	…….……..……..		

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ/ My Name is, ...សូមស្នើសុំទាមទារសំណងពីក្រុមហ៊ុនដោយ ផ្តល់នូវព័ត៌មានដូចខាងក្រោមសម្រាប់ពិចារណា៖/ hereby express intention to claim compensation from the Company with the following information for consideration:

1. **ព័ត៌មានម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង** / Policy Owner's Information

ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកទទួលមរណភាព ឬ ពិការភាព/ Full name of deceased or disablement person.....

អាយុ (បច្ចុប្បន្ន)/ Current Age ..... ឆ្នាំ/ years old

អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន/ Current address.....

ថ្ងៃ/ខែឆ្នាំទទួលមរណភាព/ Date of death.....

ថ្ងៃ/ខែឆ្នាំពិការភាព/ Date of disablement.....

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

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

លេខទូរស័ព្ទមន្ទីរពេទ្យ/ គ្លីនិក/ Hospital/ Clinic Tel. .....

2. **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: ……..……..……

ទូរស័ព្ទលេខ/ Phone Number: …… អ៊ីម៉ែល/ E-mail:……..……..……

3. **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: ……..……..……..

ទូរស័ព្ទលេខ/ Phone Number: …… អ៊ីម៉ែល/ E-mail:……..……..……..……

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ Relationship with Life Insured: ……..……..……

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកទាមទាសំណង/ Relationship with Claimant:……..……..……..

OPCL_CD_00055_V02_202308

4. **វិធីសាស្ត្រក្នុងការទូទាត់សំណង/** Method for claim payment:

☐ ទូទាត់តាមរយៈមូលប្បទានប័ត្រ/ By Cheque

☐ ផ្ទេរតាមរយៈធនាគារ / By Bank transfer

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

☐ វិធីសាស្ត្រផ្សេងៗទៀត/ Other methods: ……

ចំណាំ/Note៖ គណនីលោកអ្នកត្រូវតែជាគណនីដុល្លាអាមេរិក/ 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 លក្ខខណ្ឌនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។/ 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/ នាងខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឲ្យ បុគ្គលិកផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ គ្រូពេទ្យព្យាបាល វេជ្ជបណ្ឌិត ឬ មណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រទាំងឡាយណាដែលមានកំណត់ត្រា ឬ ព័ត៌មានអំពីសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងខាងលើ ផ្តល់ជូនក្រុមហ៊ុនដាយ អ៊ិណិ ឡាយហ្វ៍ អ៊ីនស្សូរិនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក ឬ អ្នកតំណាងរបស់ក្រុមហ៊ុន នូវរាល់ព័ត៌មានដែលតម្រូវដោយក្រុមហ៊ុនដាយ អ៊ិណិ ឡាយហ្វ៍ អ៊ីនស្សូរិនស៍ (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.

ហត្ថលេខារបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ អ្នកទាមទារសំណង/ Policy Owner/ Claimant's Signature		
ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ/ Signature/ Thumbprint	ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកទាមទារសំណង/ Full Name of the Claimant:	
	កាលបរិច្ឆេទស្នើសុំ/ Requested Date:	

ការបញ្ជាក់របស់សាក្សី/ Witness's Confirmation

សម្រាប់បុគ្គលិកលក់ផលិតផលធានារ៉ាប់រង/ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងជារូបវន្តបុគ្គល/ បុគ្គលិកបម្រើសេវាអតិថិជន/ For Sales Staff/ Individual Insurance Agent / Customer Service Staff		
ហត្ថលេខា/ Signature	ឈ្មោះពេញរបស់បុគ្គលិកលក់ផលិតផលធានារ៉ាប់រង/ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងជារូបវន្តបុគ្គល/ បុគ្គលិកបម្រើសេវាអតិថិជន/ Full Name of Sales Staff/Individual Insurance Agent/ Customer Service	
	លេខកូដ/ Code	
	កាលបរិច្ឆេទទទួលពាក្យស្នើសុំ/ Date of Receiving Request:	

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