Dai-ichi Life
នៅក្បែរអ្នកជានិច្ច

ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង

CLAIM REQUEST FORM

បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងលេខ/ Policy Number:	…….….	ពាក្យទាមទារសំណងលេខ/ Claim Number:	…….……..
ឈ្មោះផលិតផល/ Product Name	……..		

ខ្ញុំបាទ/ នាងខ្ញុំ គឺជាអ្នកទាមទារសំណងនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងខាងលើ ស្នើសុំទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រង និងសូមផ្តល់ជូននូវព័ត៌មានដូចខាងក្រោម៖

I, the claimant of the Policy mentioned above, would like to make an Insurance Claim and thereby provide the following information:

១. ព័ត៌មានម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង / Policy Owner's Information

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

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

អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង/ Contact Address: ……..……..

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

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

២. ប្រភេទនៃការទាមទារសំណង/ Type of Claim

មូលហេតុនៃការទាមទារសំណង/ Claim Reason	មូលហេតុនៃការស្លាប់/ Cause of Death
☐ មរណភាព/ Death	☐ គ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ/ Accident
☐ ពិការភាពទាំងស្រុង និងអចិន្ត្រៃយ៍/ Total and Permanent Disability (TPD)	☐ មិនបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ/ Non-Accident

៣. ព័ត៌មានអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ Life Insured's Information

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

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

អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង/ Contact Address: ……..……

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

មុខរបរមុនព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង/ Occupation before the Claim Event: …… ……..

កាលបរិច្ឆេទបម្រើការងារចុងក្រោយ/ Last Employment Date:……..……..……

អាសយដ្ឋានធ្វើការងារ/ Work Address: ……..……..……..

កាលបរិច្ឆេទព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង/ Date of Claim Event:……...ពេលវេលា/ Time: ……..……...

- **ករណីទទួលមរណភាព/ In case of Death**

កាលបរិច្ឆេទទទួលមរណភាព/ Date of Death: ……..……..……ពេលវេលា/ Time: ……..……..……..……

ទីកន្លែងមរណភាព/ Place of Death: ……..……..……..……..

មូលហេតុ/ Cause:……..

- **ករណីពិការភាពទាំងស្រុង និងអចិន្ត្រៃយ៍/ In case of Total and Permanent Disability**

កាលបរិច្ឆេទបង្ហាញពីស្ថានភាពពិការភាពលើកដំបូង/ Date showing first disability condition……

មូលហេតុ/ Cause:……

ជាមួយស្ថានភាព/ With Condition:……

មន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិកដែលផ្តល់ការព្យាបាល/ Hospital/ Clinic giving treatment:……

ប្រសិនបើព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណងកើតឡើងដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ សូមរៀបរាប់ពីស្ថានភាពលម្អិត និងទីកន្លែងកើតហេតុ/ If claim event is caused by accident, please describe the details and place of accident:……

……

……

៤. ប្រវត្តិព្យាបាលជំងឺមុនពេលព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង(សូមភ្ជាប់ឯកសារមកជាមួយប្រសិនបើមាន)/ Medical history before claim event (Please attach medical documents, if any)

រោគវិនិច្ឆ័យ/ Diagnosis: ……រយៈពេលនៃការព្យាបាល/ Period of Treatment: ……

កាលបរិច្ឆេទការព្យាបាលលើកដំបូង/ First Treatment Date:……

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក/ Hospital/ Clinic's Name: ……

អាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក/ Hospital/ Clinic's Address: ……

លេខទូរស័ព្ទមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក/ Hospital/ Clinic's Contact Phone Number: ……

៥. តើអ្នកធ្លាប់ដឹងទេថា អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងមានស្ថានភាពជំងឺនេះតាំងពីពេលណាមក ? Have you ever known when Life Insured had this disease?

☐ ដឹង/ Yes (សូមរៀបរាប់លម្អិតដូចខាងក្រោម និងភ្ជាប់មកជាមួយនូវឯកសារដែលពាក់ព័ន្ធ) ☐ មិនបានដឹង/ No

រោគវិនិច្ឆ័យ/ Diagnosis: ……រយៈពេលនៃការព្យាបាល/ Period of Treatment: ……

កាលបរិច្ឆេទការព្យាបាលលើកដំបូង/ First Treatment Date:……

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក/ Hospital/ Clinic's Name: ……

អាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក/ Hospital/ Clinic's Address: ……

លេខទូរស័ព្ទមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក/ Hospital/ Clinic's Contact Phone Number:……

៦.ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក៏មានបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងជាមួយក្រុមហ៊ុនផ្សេងទៀត សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម៖/ If Life Insured also has insurance policies with other company, please provide information as below:

១. ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង/ Insurance Company Name:……

២. លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ Policy Number:……

៣. ចំនួនទឹកប្រាក់ត្រូបានធានារ៉ាប់រង/ Sum Insured:……

៧. 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:……

មុខរបរ/ Occupation: ……

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ Relationship with Life Insured: ……

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកទទួលផលអនីតិជន(ប្រសិនមាន)/ Relationship with minor beneficiary (if any): ……

អត្តប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រង/ Claim Insurance Benefits:……ដុល្លារអាមេរិក($) ស្មើនឹង/ Equal:……ភាគរយ (%)

៨. ប្រសិនបើបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង អ្នកទទួលផលជាអនីតិជន 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:……

មុខរបរ/ Occupation: ……

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ Relationship with Life Insured: ……

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកទាមទាសំណង/ Relationship with Claimant:……

អត្តប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រង/ Claim Insurance Benefits:……ដុល្លារអាមេរិក($) ស្មើនឹង/ Equal:……ភាគរយ (%)

សម្គាល់៖ សម្រាប់គម្រោងសុវត្ថិភាពកម្ចី អ្នកទទួលផលចម្បងគឺជាឈ្មោះធនាគារ ឬ គ្រឹះស្ថានហិរញ្ញវត្ថុដែលបានផ្តល់កម្ចីតែប៉ុណ្ណោះ ប៉ុន្តែប្រសិនបើមានចំណែកនៅសល់ នោះ អត្តប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងនឹងត្រូវទូទាត់ទៅម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអ្នកទទួលផលបន្ទាប់បន្សំ។ /Note: Primary Beneficiary of DL LoanSecure is only a bank or a financial institution that provides loan(s). If there is a remaining benefit after the benefit is paid to the Primary Beneficiary, the remaining Insurance Benefit will be paid to the Policy Owner/ Secondary Beneficiary(ies).

៩. របៀបទូទាត់/ Payment Method:

☐ ផ្ទេរតាមរយៈធនាគារ(ជាមួយធនាគារដៃគូប៉ុណ្ណោះ)/ Bank transfer (within our bank partners only)

ឈ្មោះម្ចាស់គណនី/ Account owner:	លេខគណនី/ Account number:
ឈ្មោះធនាគារ/ Bank name:	ឈ្មោះសាខា/ Branch name:
ខេត្ត/ក្រុង/ Province/ City:	

☐ មូលប្បទានប័ត្រនៅសាខាភ្នំពេញរបស់ក្រុមហ៊ុន ដាយ អ៊ិចឈិ ឡាយហ្វ៍ អ៊ីនស្សូរ៉ិនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក/ Cheque at Phnom Penh Branch of Dai-ichi Life Insurance (Cambodia) Plc.

☐ វិធីសាស្ត្រផ្សេងៗទៀត/ Other methods: ……

១០. សេចក្តីប្រកាសរបស់អ្នកទាមទារសំណង/ Declaration of Claimant

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

២.ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា ក្នុងករណីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងកំណត់ឃើញថាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឲ្យមិនពេញលេញ និង/ឬ ត្រូវបានផ្តល់ជូនខុសពីការពិតដោយប្រការណាមួយ នោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងមានសិទ្ធិក្នុងការស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែម ក្នុងគោលបំណងដើម្បីបញ្ជាក់ភាពត្រឹមត្រូវ ហើយនឹងចាត់ការ

ដំណើរការនៃការទាមទារសំណងយោងទៅតាមបញ្ញត្តិបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។/ 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 provision.

៣. ខ្ញុំបាទ/ នាងខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឲ្យ បុគ្គលិកផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ គ្រូពេទ្យព្យាបាល វេជ្ជបណ្ឌិត ឬ មណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រទាំងឡាយណាដែលមានកំណត់ត្រា ឬ ព័ត៌មានអំពីសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងខាងលើ ផ្តល់ជូនក្រុមហ៊ុនដាយ អ៊ីណូ ឡាយហ្វ៍ អ៊ីនស្សូរិនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក ឬ អ្នកតំណាងរបស់ក្រុមហ៊ុន នូវរាល់ព័ត៌មានដែលតម្រូវដោយក្រុមហ៊ុន ដាយ អ៊ីណូ ឡាយហ្វ៍ អ៊ីនស្សូរិនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក។/ I hereby allow medical staff, physicians, doctors, medical centers, insurance firms, organizations, individual who have records or information on the Life Insured 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 Claimant:	
	កាលបរិច្ឆេទស្នើសុំ/ Requested Date:	

១១. ការបញ្ជាក់របស់សាក្សី/ Witness's Confirmation

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

ឯកសារតម្រូវសម្រាប់ការទាមទារសំណង/ Required Claim Documents

☐ ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង/ Claim Request Form

☐ សេចក្តីចម្លងសំបុត្រមរណភាព ឬ សេចក្តីបញ្ជាក់អំពីពិការភាពទាំងស្រុង និងអចិន្ត្រៃយ៍ចេញដោយមន្ទីរពេទ្យ ឬ អាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ច/ Copy of Death Certificate or Confirmation Letter about Total and Permanent Disability (TPD) issued by hospital, clinic or competent authority

☐ វិញ្ញាបនបត្រធានារ៉ាប់រងច្បាប់ដើម/ Original Insurance Certificate

☐ ឯកសារថតចម្លងអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ លិខិតឆ្លងដែន សៀវភៅគ្រួសារ សំបុត្រកំណើត សំបុត្រអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬ ឯកសារផ្សេងទៀតរបស់អ្នកទទួលផល

ដែលបញ្ជាក់អំពីទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ Copy of ID Card, Passport, Family book, Birth certificate, Marriage certificate, or other documents that proof relationship between Life Insured and Beneficiary

☐ របាយការណ៍ប៉ូលីស/ Police report

☐ របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ/ Medical report

☐ លិខិតយល់ព្រមរបស់អ្នកទទួលផល ឬទាយាទក្នុងការបង្ហាញព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន/ Consent Letter of Beneficiary or Heir to Disclose Personal Data

☐ លិខិតយល់ព្រមបង្ហាញព័ត៌មានដែលទាក់ទងនឹងប្រវត្តិជំងឺរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង (ប្រសិនបើមាន)/ Consent Letter for the Disclosure of Information Related to Medical History (if any)

☐ លិខិតបញ្ជាក់ ឬ ឯកសារផ្សេងទៀតដែលមានសារៈសំខាន់ក្នុងការវាយតម្លៃលើការទូទាត់សំណង និងរាល់ការស្នើសុំឯកសារទាំងឡាយ និងការចំណាយផ្សេងទៀតជាបន្ទុករបស់អ្នកទាមទារសំណង/ Confirmation letter or other documents shall be required if they are important for claim evaluation processing, and all required documents and other expenses are the burden of the claimant.