Dai-ichi Life
នៅកែ្ករអ្នកជានិច្ច

កាលបរិច្ឆេទ/ Date .....

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ Policy number .....

លិខិតយល់ព្រមរបស់អ្នកទទួលផល ឬទាយាទក្នុងការបង្ហាញព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន

Consent Letter of Beneficiary or Heir to Disclose Personal Data

ខ្ញុំបាទ/ នាងខ្ញុំឈ្មោះ/ I am..... ឈ្មោះជាអក្សរឡាតាំង/ Name in Latin.....
ដូចបញ្ជាក់នៅលើ/ as specified on.....លេខ/ No.....ជាអ្នកទទួលផល/ ទាយាទ
របស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងខាងលើ យល់ព្រមឲ្យក្រុមហ៊ុន ដាយ អ៊ិឈិ ឡាយហ្វ៍ អ៊ីនស្សូរ៉ិនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក បង្ហាញព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំបាទ/ នាងខ្ញុំ ជូនក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងបន្តរបស់ក្រុមហ៊ុន ដាយ អ៊ិឈិ ឡាយហ្វ៍ អ៊ីនស្សូរ៉ិនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក ឬអង្គភាពផ្លូវច្បាប់ ឬអ្នកជំនាញឯកទេសផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ឲ្យក្រុមហ៊ុនធ្វើការវាយតម្លៃ ឬទូទាត់សំណងដូចមានចែងក្នុងកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រងឬ ប្រើប្រាស់តាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។/ who is the Beneficiary/ Heir of above-mentioned Policy hereby give my consent to Dai-ichi Life Insurance (Cambodia) Plc. to disclose my personal information to other insurance companies or its reinsurance company or legal authority or medical profession personnel for the Company's claim assessment or contractual claim payment or medical use.

ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ ព្រមទាំងឈ្មោះរបស់អ្នកទទួលផល/ ទាយាទ Signature or Thumbprint, and Name of the Beneficiary/ Heir ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ/ Signature or Thumbprint ..... ឈ្មោះពេញ/ Full name..... កាលបរិច្ឆេទ/ Date.....	ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ និងឈ្មោះបុគ្គលិកបម្រើសេវាអតិថិជន/ បុគ្គលិកលក់ផលិតផលធានារ៉ាប់រង/ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងជារូបវន្តបុគ្គល Signature or Thumbprint, and Name of Customer Service/ Sales Staff/ Individual Insurance Agent ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ/ Signature or Thumbprint ..... ឈ្មោះពេញ/ Full name..... លេខកូដ/ Code..... កាលបរិច្ឆេទ/ Date.....