Dai-ichi Life
នៅក្បែរអ្នកជានិច្ច

សំណើសុំបោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង
POLICY SURRENDER REQUEST

កាលបរិច្ឆេទ/ Date: .....
ពាក្យស្នើសុំលេខ/ Application number:.....
បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងលេខ/ Policy number:.....
ឈ្មោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ Policy Owner's name: .....
ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ Life Insured 's name: .....
លេខទូរស័ព្ទ/ Telephone number: .....
អ៊ីម៉ែល/ Email: .....

1. ខ្ញុំបាទ/ នាងខ្ញុំឈ្មោះ/ I, ……, ជាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃពាក្យស្នើសុំ/ បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ សូមស្នើ/ the Policy Owner of the Application/ Policy mentioned above, request to:

☐ បោះបង់ចោលទាំងស្រុងនូវបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងអនុញ្ញាតឲ្យក្រុមហ៊ុន ដាយ អ៊ិចឈិ ឡាយហ្វ៍ អ៊ីនស្សួរ៉ិនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក រួចផុតពីការទទួលខុសត្រូវទាំងអស់ ចំពោះបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិតរៀបរាប់ខាងលើ។/ Full surrender of the Policy, and release Dai-ichi Life Insurance (Cambodia) Plc. from all responsibilities for the Life Insurance Policy mentioned above.

2. មូលហេតុនៃការស្នើសុំបោះបង់ចោល/ Reason for Surrender Request:

- ○ បញ្ហាហិរញ្ញវត្ថុ/ Financial problem
- ○ ផលិតផលខុសពីអ្វីដែលបានស្នើសុំ ឬលក្ខណៈពិសេសៗ/ អត្ថប្រយោជន៍មិនបានបង្ហាញ/ Product differs from what was requested for or features/ benefits not disclosed
- ○ មិនចូលចិត្តផលិតផលនេះ/ Do not like this product
- ○ មូលហេតុផ្សេងទៀត សូមបញ្ជាក់/ Others, please specify:……

3. 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:	

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

☐ វិធីសាស្ត្រផ្សេងៗទៀត/ Other methods:……

4. សេចក្តីប្រកាសរបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ Declaration of Policy Owner:

- ▪ ខ្ញុំសូមធានាអះអាងថា សេចក្តីប្រកាស និងព័ត៌មានខាងលើពិតជាត្រឹមត្រូវ។/ I declared that above statements and information are true.

ហត្ថលេខា/ ស្នាមមេដៃ/ Signature/ Thumbprint:	ឈ្មោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ Policy Owner's name: …… កាលបរិច្ឆេទ/ Date: ……

5. សេចក្តីបញ្ជាក់របស់សាក្សី/ បុគ្គលិកបម្រើសេវាអតិថិជន/ បុគ្គលិកលក់ផលិតផលធានារ៉ាប់/ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងជារូបវន្តបុគ្គល/ Confirmation of Witness/ Customer Service/ Sales Staff/ Individual Insurance Agent:

- ខ្ញុំសូមអះអាងថា ខ្ញុំពិតជាបានឃើញការចុះហត្ថលេខា/ ផ្ទិតមេដៃខាងលើនេះ ហើយតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំ ហត្ថលេខា/ ស្នាមមេដៃនេះ ពិតជារបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងខាងលើប្រាកដមែន។/ I confirm that I have witnessed the signature/ thumbprint to the above application , and according to my knowledge, it is the signature/ thumbprint of the Policy Owner of the above application.
- បើតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំ ព័ត៌មានដែលមានក្នុងសំណើសុំលុបចោលនេះ គឺពិតជាត្រឹមត្រូវ។/ To the best of my knowledge, the information supplied in this request form is accurate.

ហត្ថលេខា/ Signature:	ឈ្មោះសាក្សី/ បុគ្គលិកបម្រើសេវាអតិថិជន/ បុគ្គលិកលក់ផលិតផលធានារ៉ាប់/ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងជារូបវន្តបុគ្គល/ Witness/ CS Sales Staff/ Individual Insurance Agent's name: ……..……..... លេខកូដ/ Code……..…… កាលបរិច្ឆេទ/ Date: ……...……

សេចក្ដីប្រកាសរបស់ក្រុមហ៊ុន៖ សូមជម្រាបជូនលោក/ លោកស្រីថា លោក/ លោកស្រីពុំចាំបាច់ប្រគល់ឯកសារពាក់ព័ន្ធនានាក្នុងកញ្ចប់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងរៀបរាប់ខាងលើត្រឡប់មកឲ្យយើងខ្ញុំវិញទេ។ លោក/ លោកស្រី មានការៈកិច្ចថែរក្សា និងការពារព័ត៌មានទាំងនោះ ឬ កម្ទេចចោលឯកសារទាំងអស់ បន្ទាប់ពីបានទទួលទឹកប្រាក់នៃការបោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។ ក្រុមហ៊ុននឹងមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះបញ្ហាទាំងឡាយណាដែលកើតចេញពីការបែកធ្លាយព័ត៌មានទេបន្ទាប់ពីបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងត្រូវបានបញ្ចប់។

Company announcement: please be informed that you do not need to return all of the related documents in the policy kit of the above mentioned policy. You have the obligation to keep, protect or destroy all these documents. Company will not take any responsibilities in case of the leakage of your information after the policy is surrendered.