Dai-ichi Life
នៅក្បែរអ្នកជានិច្ច

សំណើសុំបន្ថែមនូវគម្រោងបន្ថែម
Request for Adding Rider

កាលបរិច្ឆេទ/ Date:.....
ពាក្យស្នើសុំលេខ/ Application number:.....
បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងលេខ/ Policy number: .....
ឈ្មោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ Policy Owner: .....
ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន/ Life Insured of Basic Plan: .....
ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមទី ១/ Life Insured of Rider 1:.....
ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមទី ២/ Life Insured of Rider 2:.....
លេខទូរស័ព្ទ/ Phone number:.....
អ៊ីម៉ែល/ Email:.....

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

1. បន្ថែមគម្រោងបន្ថែម/ Add Rider

ល.រ/ No.	ឈ្មោះគម្រោងបន្ថែម/ Rider name	ទឹកប្រាក់ត្រូវបានធានា (ជាដុល្លារអាមេរិក)/ Sum Insured (in USD)	ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមគម្រោងបន្ថែមតាមអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ សំបុត្រកំណើត/ លិខិតឆ្លងដែន/ Full name of Life Insured under rider as on ID Card/ Birth Certificate/ Passport
I	1.		(ខ្មែរ/ Khmer)
	2.		
	3.		(ឡាតាំង/ Latin)
	4.		
II	1.		(ខ្មែរ/ Khmer)
	2.		
	3.		(ឡាតាំង/ Latin)
	4.		
III	1.		(ខ្មែរ/ Khmer)
	2.		
	3.		(ឡាតាំង/ Latin)
	4.		

សូមកត់ចំណាំថា/ Please note that

- កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែមនេះត្រូវបានគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលក្រុមហ៊ុនបានទទួលពាក្យស្នើសុំ និងបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដំបូងពេញលេញ ក្នុងករណីដែលការស្នើសុំគម្រោងបន្ថែមនេះត្រូវបានទទួលយកដោយក្រុមហ៊ុន។ The Rider's Commencement Date shall be the date at when Dai-ichi Life received the valid Request Form and the initial premium of the Rider in full amount given the condition that the rider attached to basic plan is approved by the Company.

- ការស្នើសុំបន្ថែមគម្រោងបន្ថែមអាចធ្វើទៅបានលុះត្រាតែរយៈពេលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៅទាបបំផុតស្មើ៥ឆ្នាំ។ The minimum remaining term for attachment is 5 years.

- សូមភ្ជាប់សំណើនេះមកជាមួយនូវ "**បែបបទប្រកាសសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម**" ក្នុងការស្នើសុំគម្រោងបន្ថែមសម្រាប់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង, អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន និង អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម។ Please attach "**Health Declaration Form for Rider's Life Insured**" with this request form for adding rider under Policy Owner, Life Insured of Basic Plan, and Life Insured of Rider.

Dai-ichi Life
នៅក្បែរអ្នកជានិច្ច

សេចក្តីប្រកាសរបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង, អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន និង អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់នៃគម្រោងបន្ថែម/ Declaration of Policy Owner, Life Insured of Basic Plan, and Life Insured of Rider.

ខ្ញុំ/ យើងខ្ញុំ/ I/ We:

- សូមធានាផ្តល់នូវរាល់កស្តុតាង ឬព័ត៌មានចាំបាច់ផ្សេងៗទៀតដែលត្រូវការ និងយល់ព្រមឲ្យក្រុមហ៊ុន ដាយ អ៊ិឈិ ឡាយហ្វ์ អ៊ីនស្សូរិនស์ (ខេមបូឌា) ម.ក ប្រមូលព័ត៌មានសម្រាប់វាយតម្លៃលើការផ្លាស់ប្តូរដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។
  Guarantee to provide any proof, evident or other required information and agree with Dai-ichi Life Insurance (Cambodia) Plc. to collect information for underwriting the change mentioned above.
- យល់ថា សំណើខាងលើនឹងមានប្រសិទ្ធភាពលុះត្រាតែក្រុមហ៊ុន ដាយ អ៊ិឈិ ឡាយហ្វ์ អ៊ីនស្សូរិនស์ (ខេមបូឌា) ម.ក យល់ព្រមលើសំណើជាលាយលក្ខណ์អក្សរ និងទទួលបានបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងបន្ថែម (ប្រសិនបើមាន)។
  Understand that the request above is only effective when Dai-ichi Life Insurance (Cambodia) Plc. approves the request in writing and collect an additional premium, if any.

ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ Policy Owner:

ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ/
Signature or Thumbprint:.....

ឈ្មោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/
Policy Owner's name:.....
កាលបរិច្ឆេទ/ Date:.....

ឈ្មោះសាក្សី/ បុគ្គលិកបម្រើសេវាអតិថិជន/ បុគ្គលិកលក់ផលិតផលធានារ៉ាប់រង/ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងជារូបវន្តបុគ្គល/
Witness/ Customer Service/ Sales Staff/Individual Insurance Agent's name:.....

ហត្ថលេខា/ Signature:.....

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន/ Life Insured of Basic Plan:
(ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ ឬ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានធានា មានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ)/ (Parent or the legal guardian's signature if the Life Insured is less than 18 years old)

ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ/
Signature or Thumbprint:.....

ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន/
Basic Plan's Life Insured's Name: .....
កាលបរិច្ឆេទ/ Date: .....

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម/ Life Insured of Rider:
(ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ ឬ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង មានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ)/ (Parent or the legal guardian's signature if the Life Insured is less than 18 years old)

ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ/
Signature or Thumbprint:.....

ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងបន្ថែម/
Rider's Life Insured's Name: .....
កាលបរិច្ឆេទ/ Date: .....