

## ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងករណីជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ជំងឺឆ្លង និងការសម្រាកពេទ្យ

### CLAIM REQUEST FORM FOR CRITICAL ILLNESS, INFECTIOUS AND HOSPITALIZATION

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>លេខបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង៖</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> | <b>ឈ្មោះម្ចាស់បញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង៖</b> _____<br><b>Policy Owner Name</b> |
| <b>ទាមទារសំណងករណី៖</b> <input type="checkbox"/> ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរដំណាក់កាលដំបូង <input type="checkbox"/> ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរដំណាក់កាលចុងក្រោយ <input type="checkbox"/> ការសម្រាកពេទ្យ <input type="checkbox"/> ជំងឺឆ្លង<br><b>CLAIM ON:</b> Critical Illness early stage           Critical Illness late stage           Hospitalization           Infectious Disease                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                        |
| <i>ប្រសិនបើចន្លោះបំពេញព័ត៌មានមិនគ្រប់គ្រាន់ សូមមេត្តាបំពេញបន្ថែមលើក្រដាសស និងសូមភ្ជាប់ជាមួយនូវឯកសារវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់ដែលមាន។</i><br><i>If the space provided is not enough, please write down the details on an extra blank sheet. Please submit all the medical documents.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                        |

ខ្ញុំបាទ/ នាងខ្ញុំ ស្នើសុំទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រង និងសូមផ្តល់ជូននូវព័ត៌មានដូចខាងក្រោម៖

I would like to make a claim, and thereby provide the following information as below:

**I. ព័ត៌មាននៃអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / INFORMATION OF LIFE INSURED**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                   |                                    |                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 1. ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង៖ _____<br>Full name of Insured                                                                                                                                                                                                                                         | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ ____/____/____<br>Date of birth | ភេទ៖ _____<br>Gender               | អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬលិខិតឆ្លងដែន៖ _____<br>ID Card/ Passport Number |
| 2. អាសយដ្ឋាន ៖ _____<br>Address                                                                                                                                                                                                                                                                        | មុខរបរ៖ _____<br>Occupation                       | លេខទូរស័ព្ទ៖ _____<br>Phone Number | អ៊ីម៉ែល ៖ _____<br>Email                                         |
| 3. អ្នកទាមទារសំណង និងអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ជាមនុស្សតែម្នាក់។ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> មិនមែន (បើ“មិនមែន”សូមបំពេញព័ត៌មានអ្នកទាមទារសំណង)<br>The claimant and insured the same person.      Yes      No      (If “No” please fill the information of claimant section) |                                                   |                                    |                                                                  |

**II. ព័ត៌មានអ្នកទាមទារសំណង / INFORMATION OF CLAIMANT**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                   |                                  |                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 1. ឈ្មោះពេញ៖ _____<br>Full name                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ ____/____/____<br>Date of birth | ភេទ៖ _____<br>Gender             | អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬលិខិតឆ្លងដែន៖ _____<br>ID Card/ Passport Number |
| 2. អាសយដ្ឋាន ៖ _____<br>Address                                                                                                                                                                                                                                                                                           | លេខទូរស័ព្ទ៖ _____<br>Phone number                | អ៊ីម៉ែល ៖ _____<br>Email         |                                                                  |
| 3. ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង៖ _____,      តួនាទី៖ <input type="checkbox"/> អ្នកទទួលផល <input type="checkbox"/> អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬ អ្នកតំណាងស្របច្បាប់<br>Relationship with Insured      Role      Beneficiary      Legal Guardian or Legal Representative                                               |                                                   |                                  |                                                                  |
| 4. តើអ្នកជាប្រជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ រស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ កាន់នូវ Green Card មែនទេ? <input type="checkbox"/> មិនមែន <input type="checkbox"/> មែន (ប្រសិនបើ “មែន” តម្រូវបំពេញបែបបទបន្ថែម)<br>Are you a U.S citizen or U.S resident or a Green Card Holder?      No      Yes (if answer “Yes” additional form is required) |                                                   |                                  |                                                                  |
| 5. ទូរទាត់សំណងតាមរយៈធនាគារ៖ ឈ្មោះធនាគារ៖ _____<br>Settlement via bank transfer      Bank Name                                                                                                                                                                                                                             | ឈ្មោះគណនី៖ _____<br>Account Name                  | លេខគណនី៖ _____<br>Account Number |                                                                  |

**III. ព័ត៌មាននៃការទាមទារសំណង/ INFORMATION OF CLAIM**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                |                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. កំណត់ត្រានៃការចូលសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖<br>Hospital admission record due to                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                |                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> ដោយសារជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ / Critical Illness <input type="checkbox"/> ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ / Accident <input type="checkbox"/> ដោយសារជំងឺឆ្លង / Infectious Disease                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                |                                                                                                                |
| ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក<br>Hospital or Clinic Name<br><br>ឈ្មោះ / Name _____<br><br><input type="checkbox"/> សម្រាកពេទ្យ / IPD <input type="checkbox"/> ព្យាបាលមិនសម្រាកពេទ្យ / OPD<br><input type="checkbox"/> ការវះកាត់ / Surgery <input type="checkbox"/> សម្រាកក្នុង ICU / ICU Care<br>អាសយដ្ឋាន/Address _____<br>_____ | កាលបរិច្ឆេទ<br>Date<br><br>ថ្ងៃចូល ____/____/____ ម៉ោង _____<br>Admission date      Time<br><br>ថ្ងៃចេញ ____/____/____ ម៉ោង _____<br>Discharged date      Time | ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត<br>Physician Name<br><br>ឈ្មោះពេញ/Full Name _____<br><br>លេខទំនាក់ទំនង/Contact _____<br>_____ |

|                                                                                                                           |                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. សូមបំពេញព័ត៌មានអំពីជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬជំងឺឆ្លង៖<br>Please provide information about Critical Illness or Infectious Disease | (បំពេញក្នុងករណីចូលសម្រាកពេទ្យដោយសារជំងឺតែប៉ុណ្ណោះ)<br>(Provide information for hospitalized due to illness only) |
| a) ឈ្មោះជំងឺ/ Name of the illness៖ _____, កាលបរិច្ឆេទនៃរោគវិនិច្ឆ័យ/Date confirm diagnosis៖ ____/____/____                |                                                                                                                  |

**ដាយ អ៊ុលី ឡាយហ្វ អ៊ិនស៊ុរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក**

អាសយដ្ឋាន៖ ជាន់ផ្ទាល់ដី ជាន់ទី១ និងជាន់ទី២ អគារសាមគ្គី ផ្លូវលេខ៣១៥ ភូមិ៦ សង្កាត់បឹងកក់២ ខណ្ឌទួលគោក រាជធានីភ្នំពេញ  
 OPCL\_CL00046\_V04\_202603

b) សូមពណ៌នាអំពីរោគសញ្ញាដែលកើតមានតាំងពីដំបូងមុនពេលដែលទៅពិគ្រោះជំងឺ / Please describe about the symptom from date of onset ៖

---

c) តើអ្នកកើតមានរោគសញ្ញានេះយូរប៉ុណ្ណាហើយ? (សូមបញ្ជាក់ពីពេលវេលាជាក់លាក់ប្រសិនបើអាច) / How long have you had these symptoms? (Please provide the exact date if possible)

---

d) តើអ្នកមានរោគសញ្ញា ឬជំងឺផ្សេងទៀត មុនពេលកើតជំងឺនេះដែរឬទេ? ☐ មាន ☐ មិនមាន (ប្រសិនបើ “មាន” សូមពណ៌នាដោយសង្ខេប)  
 Have you had other illnesses or symptoms before this illness? Yes No (if “Yes” please provide summary information)  
 សូមពណ៌នា/please describe ៖

---

e) តើអ្នកទទួលបានការព្យាបាលដោយវិធីណា? ☐ ប្រើឱសថ ☐ វះកាត់ ☐ លាងឈាម ☐ ការព្យាបាលដោយគីមីសាស្ត្រ ☐ ការព្យាបាលដោយប្រើកាំរស្មី ឬវិទ្យុសកម្ម  
 Which treatment method you received? Medicines Surgery Hemodialysis Chemotherapy Radiotherapy

**3. សូមបំពេញព័ត៌មានអំពីគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ ៖** (បំពេញក្នុងករណីទទួលសម្រាកពេទ្យដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យតែប៉ុណ្ណោះ)  
 Please provide the information of Accident (Provide information of hospitalized due to accident only)

a) ទីតាំងកើតហេតុ៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់៖ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, ម៉ោង៖ \_\_\_\_:\_\_\_\_ ប្រភេទនៃគ្រោះថ្នាក់៖ \_\_\_\_\_  
 Place of Accident Date of Accident Time Type of Accident

b) សូមរៀបរាប់ពីព្រឹត្តិការណ៍នៃគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ/Please describe about the event of the accident ៖ \_\_\_\_\_

---

## សេចក្តីប្រកាសរបស់អ្នកទាមទារសំណង

### DECLARATION OF CLAIMANT

1. ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សូមប្រកាសថាព័ត៌មានដែលផ្តល់ក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ គឺពិតប្រាកដមែន។  
 I declare that the content provided in this form is true.

2. ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ទទួលស្គាល់ថាក្នុងករណីដែលក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងកត់សម្គាល់ឃើញនូវព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឲ្យមិនពេញលេញ និង/ឬ ខុសពីការពិតដោយប្រការណាមួយ នោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងមានសិទ្ធិក្នុងការស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែម ក្នុងគោលបំណងដើម្បីបញ្ជាក់ភាពត្រឹមត្រូវ ហើយនឹងដំណើរការនៃការទាមទារសំណងយោងទៅតាមបញ្ញត្តិបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។  
 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.

3. ខ្ញុំបាទ/ នាងខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យ បុគ្គលិកផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ គ្រូពេទ្យព្យាបាល វេជ្ជបណ្ឌិត ឬ មណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រទាំងឡាយណាដែលមានកំណត់ត្រា ឬ ព័ត៌មានអំពីសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងខាងលើ ផ្តល់ជូនក្រុមហ៊ុនដោយ អ៊ីលី ឡាយហ្វ អ៊ិនស្យូរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក ឬ អ្នកតំណាងរបស់ក្រុមហ៊ុន នូវព័ត៌មានដែលតម្រូវដោយក្រុមហ៊ុន ដោយ អ៊ីលី ឡាយហ្វ អ៊ិនស្យូរ៉ង់ស៍ (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.

4. ខ្ញុំបាទ/ នាងខ្ញុំយល់ព្រមឲ្យក្រុមហ៊ុន ដោយ អ៊ីលី ឡាយហ្វ អ៊ិនស្យូរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក បង្ហាញព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ជូន ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងបន្តរបស់ក្រុមហ៊ុន ដោយ អ៊ីលី ឡាយហ្វ អ៊ិនស្យូរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក ឬអង្គភាពផ្លូវច្បាប់ ឬអង្គជំនាញឯកទេសផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ឲ្យក្រុមហ៊ុនធ្វើការវាយតម្លៃ ឬទូទាត់សំណងដូចមានចែងក្នុងកិច្ចសន្យារ៉ាប់រង ឬប្រើប្រាស់ក្នុងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។  
 I hereby given my consent to Dai-ichi Life Insurance (Cambodia) Plc. to disclose my personal information to its requirement or its reinsurance company or legal authority or medical professional personnel for the Company's claim assessment or contractual claim payment or medical use.

| អ្នកទាមទារសំណង / Claimant                                                                                                       |                                                        |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--|
| ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ៖<br>Signature/ Thumbprint                                                                                   | ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកទាមទារសំណង៖<br>Full Name of Claimant:  |  |
|                                                                                                                                 | កាលបរិច្ឆេទស្នើសុំ៖<br>Requested date:                 |  |
| សាក្សី / Witness ( បុគ្គលិកលក់ផលិតផលធានារ៉ាប់រង/ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងជាបរិច្ចាគបុគ្គល/ បុគ្គលិកបម្រើសេវាអតិថិជន ) ( ISS/IA/CS ) |                                                        |  |
| ហត្ថលេខា/ Signature                                                                                                             | ឈ្មោះពេញ / Full Name:<br>លេខទំនាក់ទំនង/Contact Number: |  |
|                                                                                                                                 | កាលបរិច្ឆេទទទួលពាក្យស្នើសុំ៖<br>Received date:         |  |

**ដោយ អ៊ីលី ឡាយហ្វ អ៊ិនស្យូរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក**

អាសយដ្ឋាន៖ ជាន់ផ្ទាល់ដី ជាន់ទី១ និងជាន់ទី២ អគារសាមគ្គី ផ្លូវលេខ៣១៥ ភូមិ៦ សង្កាត់បឹងកក់២ ខណ្ឌទួលគោក រាជធានីភ្នំពេញ  
 OPCL-CL00046\_V04\_202603