

ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង ករណីមរណភាព ឬពិការភាពទាំងស្រុង និងអចិន្ត្រៃយ៍

Claim Request Form for Death or Total Permanent Disability



លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង៖	ឈ្មោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង៖
Policy Number	Policy Owner Name
ទាមទារសំណងករណី៖ ☐ មរណភាព ☐ ពិការភាពទាំងស្រុង និងអចិន្ត្រៃយ៍	ដោយសារ៖ ☐ គ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ / Accident
CLAIM ON: Death Total and Permanent Disability	CAUSE: ☐ មិនបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ / Non-Accident

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ គឺជាអ្នកទាមទារសំណងនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងខាងលើ ស្នើសុំទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រង និងសូមផ្តល់ព័ត៌មានដូចខាងក្រោម៖
I am the claimant of the Policy mentioned above, would like to make an Insurance claim, and thereby provide the following information

I. ព័ត៌មានអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / INFORMATION OF LIFE INSURED

1. ឈ្មោះពេញ៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	ភេទ៖	អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬលិខិតឆ្លងដែន៖
Full name	Date of birth	Gender	ID Card/ Passport Number
2. មុខរបរបច្ចុប្បន្ន៖	កាលបរិច្ឆេទបម្រើការងារចុងក្រោយ៖		
Current Occupation	Last employment date		

II. ព័ត៌មានអ្នកទាមទារសំណង / INFORMATION OF CLAIMANT

1. ឈ្មោះពេញ៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	ភេទ៖	អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬលិខិតឆ្លងដែន៖
Full name	Date of birth	Gender	ID Card/ Passport Number
2. អាសយដ្ឋាន៖	លេខទូរស័ព្ទ៖	អ៊ីម៉ែល៖	
Address	Phone	Email	
3. អ្នកជាប្រជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ រស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ កាន់នូវ Green Card មែនទេ? ☐ មិនមែន ☐ មែន (ប្រសិនបើ “មែន” តម្រូវបំពេញបែបបទបន្ថែម)			
Are you a U.S citizen or U.S resident or a Green Card Holder? No Yes (if answer “Yes” additional form is required)			
4. តួនាទីអ្នកទាមទារសំណង៖ ☐ អ្នកទទួលផល ☐ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬ អ្នកតំណាងស្របច្បាប់*	5. ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង៖		
Role of claimant Beneficiary Legal Guardian or Legal Representative	Relationship with Life Insured		
6. ទូទាត់សំណងតាមរយៈធនាគារ/ Claim payment via bank transfer:			
ឈ្មោះធនាគារ៖	ឈ្មោះគណនី៖	លេខគណនី៖	
Bank Name	Account Name	Account Number	

(* ចំពោះករណីដែលអ្នកទទួលផលជាអនិធិជន ឬអសមត្ថភាព ឬអវត្តមាន / In case of beneficiary is Minor or Disability or Absent.

III. ព័ត៌មាននៃការទាមទារសំណង / INFORMATION OF CLAIM

1. កាលបរិច្ឆេទទាមទារសំណង៖	ទីកន្លែងកើតហេតុ៖	មូលហេតុបង្ក៖ ☐ គ្រោះថ្នាក់ ☐ ជំងឺ
Claim Request Date	Place of event	Caused by Accident illness
កាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់ ឬធ្វើពិនិត្យរួច៖	ម៉ោង៖	កាលបរិច្ឆេទមរណភាព៖
Date of Accident or Diagnose	Time	Date of Death Time
2. ប្រសិនបើមូលហេតុនៃការទាមទារសំណងបង្កឡើងដោយសារជំងឺ (សូមផ្តល់នូវឯកសារវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានទាំងអស់)		
If the claim event caused by disease (Please provide all medical documents)		
- ឈ្មោះជំងឺ/ Illness name:		
- ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក/ Hospital or Clinic's Name:		
- កាលបរិច្ឆេទការព្យាបាលលើកដំបូង/ First Treatment Date:		
- រយៈពេលនៃការព្យាបាល/ Period of Treatment:		
3. ប្រសិនបើមូលហេតុនៃការទាមទារសំណងបង្កឡើងដោយសារ គ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ (សូមរៀបរាប់ដោយសង្ខេបនូវហេតុការណ៍ដែលបានកើតឡើង)		
If the claim event caused by Accident (Please summary about the claim event happened)		

IV. ព័ត៌មានអ្នកទទួលផល / INFORMATION OF BENEFICIARY

ឈ្មោះពេញ Full Name	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត Date of Birth	ភេទ Gender	អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ លិខិតឆ្លងដែន/ សំបុត្រកំណើត ID Card / Passport/ Birth Certificate	អាសយដ្ឋាន Address	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង Relationship to Insured
ឈ្មោះ៖ Latin Name:		ប្រុស ☐ ស្រី ☐ Male Female			

ដោយ អ៊ុលី ឡាយហ្វ អ៊ិនស៊ុរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក

អាសយដ្ឋាន៖ ជាន់ផ្ទាល់ដី ជាន់ទី១ និងជាន់ទី២ អគារសាមគ្គី ផ្លូវលេខ៣១៥ ភូមិ៦ សង្កាត់បឹងកក់២ ខណ្ឌទួលគោក រាជធានីភ្នំពេញ
OPCL_CR_00024_V03_202503

ឈ្មោះពេញ Full Name	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត Date of Birth	ភេទ Gender	អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ លិខិតឆ្លងដែន/សំបុត្រកំណើត ID Card / Passport/ Birth Certificate	អាសយដ្ឋាន Address	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង Relationship to Insured
ឈ្មោះ: _____ Latin Name: _____	___/___/___	ប្រុស ☐ Male ស្រី ☐ Female	_____	_____	_____
ឈ្មោះ: _____ Latin Name: _____	___/___/___	ប្រុស ☐ Male ស្រី ☐ Female	_____	_____	_____
ឈ្មោះ: _____ Latin Name: _____	___/___/___	ប្រុស ☐ Male ស្រី ☐ Female	_____	_____	_____

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 ហើយនឹងដំណើរការនៃការទាមទារសំណងយោងទៅតាមបញ្ញត្តិបញ្ញត្តិសន្យារ៉ាប់រង។

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 អិលឈី ឡាយហ្វ អ៊ិនស្យូរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក ឬ អ្នកតំណាងរបស់ក្រុមហ៊ុន នូវព័ត៌មានដែលតម្រូវដោយក្រុមហ៊ុន ដោយ អិលឈី 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 អិលឈី ឡាយហ្វ អ៊ិនស្យូរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក បង្ហាញព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ជូនក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងបន្តរបស់ក្រុមហ៊ុន ដោយ អិលឈី ឡាយហ្វ អ៊ិនស្យូរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក ឬអង្គភាពផ្លូវច្បាប់ ឬអ្នកជំនាញឯកទេសផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ឲ្យក្រុមហ៊ុនធ្វើការវាយតម្លៃ 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 Signature/ Thumbprint	ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកទាមទារសំណង Full Name of Claimant:	
	កាលបរិច្ឆេទស្នើសុំ Requested date:	
សាក្សី/ Witness (បុគ្គលិកលក់ផលិតផលធានារ៉ាប់រង/ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងជាប្រវត្តិបុគ្គល/ បុគ្គលិកបម្រើសេវាអតិថិជន) (ISS/IA/CS)		
ហត្ថលេខា/ Signature	ឈ្មោះពេញ / Full Name:	
	កាលបរិច្ឆេទទទួលពាក្យស្នើសុំ Received Date:	

ដោយ អិលឈី ឡាយហ្វ អ៊ិនស្យូរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក

អាសយដ្ឋាន: ជាន់ផ្ទាល់ដី ជាន់ទី១ និងជាន់ទី២ អគារសាមគ្គី ផ្លូវលេខ៣១៥ ភូមិ៦ សង្កាត់បឹងកក់២ ខណ្ឌទួលគោក រាជធានីភ្នំពេញ
OPCL_CR_00024_V03_202503