

ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងករណីពិការភាពដោយផ្នែក និងការរលាក ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ

Claim Request Form Accidental Partial Dismemberment Disability / Burns

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង៖ 	ឈ្មោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង៖ _____ Policy Owner Name
ទាមទារសំណងករណី៖ ☐ ការបាត់បង់ ឬពិការភាពដោយផ្នែក ដែលបណ្តាលពីគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ / Partial Accidental Dismemberment/Disability Claim on ☐ ការរលាក ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ / Accidental Burn	
ប្រសិនបើចន្លោះបំពេញព័ត៌មានមិនគ្រប់គ្រាន់ សូមមេត្តាបំពេញបន្ថែមលើក្រដាសស និងសូមភ្ជាប់ជាមួយនូវឯកសារវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់ដែលមាន។ If the space provided is not enough, please write down the details on an extra blank sheet. Please submit all the medical documents.	

ខ្ញុំបាទ/ នាងខ្ញុំ ស្នើសុំទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រង និងសូមផ្តល់ជូននូវព័ត៌មានដូចខាងក្រោម៖
 I would like to make a claim, and thereby provide the following information as below:

I. ព័ត៌មានអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / INFORMATION OF INSURED

1. ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង៖ _____	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ ____/____/____	ភេទ៖ _____	អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬលិខិតឆ្លងដែន៖ _____
Full name of Insured	Date of birth	Gender	ID Card/ Passport Number
2. អាសយដ្ឋាន៖ _____		លេខទូរស័ព្ទ៖ _____	អ៊ីម៉ែល៖ _____
Address		Phone number	Email
3. អ្នកទាមទារសំណង និងអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ជាមនុស្សតែម្នាក់។ ☐ បាទ/ចាស ☐ មិនមែន (បើ“មិនមែន”សូមបំពេញព័ត៌មានអ្នកទាមទារសំណងខាងក្រោម)			
The claimant and insured is the same person Yes No (If “No” please fill the information of claimant section)			

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 Number	Email
3. ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង៖ _____ តួនាទី៖ ☐ អ្នកទទួលបានផល ☐ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬអ្នកតំណាងស្របច្បាប់			
Relationship with Insured Role Beneficiary Legal Guardian or Legal Representative			
4. តើអ្នកជាប្រជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក 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)			
5. ទូទាត់សំណងតាមរយៈធនាគារ៖ ឈ្មោះធនាគារ៖ _____ លេខគណនី៖ _____ លេខគណនី៖ _____			
Settlement via bank transfer Bank Name Account Name Account Number			

III. ព័ត៌មាននៃការទាមទារសំណង/ INFORMATION OF CLAIM

1. សូមផ្តល់ព័ត៌មានទាក់ទងនឹង ការបាត់បង់ ឬពិការភាពអវិរុទ្ធដោយផ្នែក៖ (បំពេញសម្រាប់ការទាមទារសំណងលើករណី ពិការភាព ឬបាត់បង់ដោយផ្នែក)
 Please provide the information of partial dismemberment/disability (Provide information for Partial Dismemberment Disability claim case)

a) មូលហេតុដែលបណ្តាលឲ្យបាត់បង់ ឬពិការភាព៖ ☐ គ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ៖ _____ ☐ ជំងឺ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ ____/____/____
 Reason to dismemberment or disability Accident Illness Date

b) ចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យឈ្មោះ៖ _____ អាសយដ្ឋាន៖ _____
 Admitted to Hospital Address

c) ផ្នែកនៃរាងកាយដែលបាត់បង់ ឬពិការភាព៖
 Loss or disability part of the body

អវិរុទ្ធដែលពិការ ឬបាត់បង់ Part of dismemberment/disability	ប្រាមដៃទាំងអស់ All Fingers	ប្រាមជើងទាំងអស់ All Toes	ភ្នែក Eye	ត្រចៀក Ear	ដៃ Arm	ជើង Leg
ផ្នែកខាងឆ្វេង / Left Side	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ផ្នែកខាងស្តាំ / Right Side	☐	☐	☐	☐	☐	☐

d) សូមមេត្តារៀបរាប់អំពីស្ថានភាពនៃព្រឹត្តិការណ៍៖ _____
 Please describe about the claim event _____

2. សូមផ្តល់ព័ត៌មានអំពីការរលាក៖

Please provide the information of burns

(បំពេញសម្រាប់ការទាមទារសំណងលើករណីរលាក)

(Provide information for Burns Claim Case)

a) តើអ្នកទាមទារសំណងទទួលបានការរលាកកម្រិតទីប៉ុន្មាន? ☐ ការរលាកកម្រិតទី២ ☐ ការរលាកកម្រិតទី៣ កាលបរិច្ឆេទនៃការរលាក៖ ____/____/____
 Which burn degree do you claim? Second Degree burns Third Degree burns Date of Burn

b) ចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យឈ្មោះ៖ _____ អាសយដ្ឋាន៖ _____
 Admitted to Hospital Address

c) កម្រិតនៃការរលាកត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតឈ្មោះ៖ _____ លេខទំនាក់ទំនងគ្រូពេទ្យ៖ _____
 Name of Physician that confirmed Degree of burn Physician Contact Number

d) មូលហេតុនៃការរលាក និងរៀបរាប់ពីព្រឹត្តិការណ៍៖ _____
 Cause of burn and describe about the event _____

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 អ៊ីនស្វ៊ុនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក ឬ អ្នកតំណាងរបស់ក្រុមហ៊ុន នូវព័ត៌មានដែលតម្រូវដោយក្រុមហ៊ុនដោយ អ៊ីលី ឡាយហ្វ អ៊ីនស្វ៊ុនស៍ (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 អ៊ីនស្វ៊ុនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក បង្ហាញព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ជូន ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងបន្តរបស់ក្រុមហ៊ុន ដោយ អ៊ីលី ឡាយហ្វ អ៊ីនស្វ៊ុនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក ឬអង្គភាពផ្លូវច្បាប់ ឬអ្នកជំនាញកំណត់ត្រាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ឲ្យក្រុមហ៊ុនធ្វើការវាយតម្លៃ 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/ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងជារូបវន្តបុគ្គល/ បុគ្គលិកបម្រើសេវាអតិថិជន) (ISS/ IIA/ CS)

ហត្ថលេខា / Signature	ឈ្មោះពេញ / Full Name:	
	លេខទំនាក់ទំនង / Contact Number:	
	កាលបរិច្ឆេទទទួលពាក្យស្នើសុំ៖ Form receive date	

ដោយ អ៊ីលី ឡាយហ្វ អ៊ីនស្វ៊ុនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក