

លិខិតយល់ព្រមបង្ហាញព័ត៌មានដែលទាក់ទងនឹងប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ

Consent Letter for the Disclosure of Information Related to Medical History

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ យល់ព្រម និងអនុញ្ញាតឲ្យក្រុមហ៊ុន ដាយ អិស៊ី ឡាយហ្វ អ៊ីនស្យូរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក ទទួលបាននូវរបាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រសង្ខេប និងរបាយការណ៍សុខភាពផ្សេងៗដែលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងបានទទួលការពិគ្រោះ ពិនិត្យ ឬព្យាបាល នៅគ្លីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យក្នុង និងក្រៅប្រទេសកម្ពុជា។ ដោយយោងលើព័ត៌មានដែលផ្តល់ជូនដូចខាងក្រោម៖

I hereby authorize and grant permission to Dai-ichi Life Insurance (Cambodia) Plc. to get any medical reports or medical information from any hospitals, clinics or any doctor(s) who had examined, diagnosed, or cured the life insured name above about the illness inside and outside Cambodia, based on provided information below:

I. ព័ត៌មានអ្នកទាមទារសំណង / PERSONAL INFORMATION

ឈ្មោះពេញ៖ _____ Full Name	ឈ្មោះជាអក្សរឡាតាំង៖ _____ Name in Latin
កាត់អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែនលេខ៖ _____ Hold National ID / Passport number	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង៖ _____ Relationship to Life Insured

II. ព័ត៌មានអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / LIFE INSURED INFORMATION

ឈ្មោះពេញ៖ _____ Full Name	ឈ្មោះជាអក្សរឡាតាំង៖ _____ Name in Latin
កាត់អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែនលេខ៖ _____ Hold National ID / Passport number	ថ្ងៃទទួលមរណៈភាព ឬ ពិការភាព ឬ មានជំងឺ៖ ____/____/____ Date of Death / Disability/ Confirmed diagnosis

III. សេចក្តីប្រកាស / DECLARATION

នាងខ្ញុំ/ខ្ញុំបាទសូមអះអាងថាខាងក្រោមនេះជាហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃរបស់នាងខ្ញុំ/ខ្ញុំបាទ ពិតប្រាកដមែនដើម្បីបញ្ជាក់ថា នាងខ្ញុំ/ខ្ញុំបាទយល់ព្រមឲ្យគ្លីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យ ប្រគល់នូវឯកសារវេជ្ជសាស្ត្រសង្ខេប និងរបាយការណ៍សុខភាពផ្សេងៗឲ្យទៅក្រុមហ៊ុន ដាយ អិស៊ី ឡាយហ្វ អ៊ីនស្យូរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក ក្នុងគោលបំណងសម្រាប់ដំណើរការទូទាត់សំណង។

I guaranteed that below is my signature/ thumbprint to prove that I agreed with the hospitals, clinics, or doctor(s) to release any medical reports for medical information to Dai-ichi Life Insurance (Cambodia) Plc. for the claim purpose.

ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ

Signature / Thumbprint

ឈ្មោះពេញ៖ _____	ធ្វើនៅ _____	ថ្ងៃទី _____	ខែ _____	ឆ្នាំ _____
Full Name	Issue at	Date	Month	Year

ដាយ អិស៊ី ឡាយហ្វ អ៊ីនស្យូរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក

អាសយដ្ឋាន៖ ជាន់ផ្ទាល់ដី ជាន់ទី១ និងជាន់ទី២ អគារសាមគ្គី ផ្លូវលេខ៣១៥ ភូមិ៦ សង្កាត់បឹងកក់២ ខណ្ឌទួលគោក រាជធានីភ្នំពេញ

OPCL_CM_00023_V04_202603