

សំណើសុំផ្លាស់ប្តូរប្រភេទ និង វិធីសាស្ត្រនៃការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង

REQUEST FORM FOR CHANGING PREMIUM PAYMENT MODE AND METHOD

កាលបរិច្ឆេទ/Date:.....

ពាក្យស្នើសុំលេខ/Application number:.....

បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងលេខ/Policy number:.....

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

ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/Life Insured's name:.....

ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងបន្ថែម/Additional Life Insured's name:.....

លេខទូរស័ព្ទ/Phone number:.....

អ៊ីម៉ែល/Email:.....

1. សំណើសុំផ្លាស់ប្តូរប្រភេទនៃការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង/ Premium payment mode change request:

បច្ចុប្បន្ន/ Current	☐ ប្រចាំឆ្នាំ/ Annual	☐ ប្រចាំឆមាស/ Semi-annual	☐ ប្រចាំត្រីមាស/ Quarter	☐ ប្រចាំខែ/ Monthly
សំណើសុំផ្លាស់ប្តូរ/ Change request	☐ ប្រចាំឆ្នាំ/ Annual	☐ ប្រចាំឆមាស/ Semi-annual	☐ ប្រចាំត្រីមាស/ Quarter	☐ ប្រចាំខែ/ Monthly

2. សំណើសុំផ្លាស់ប្តូរវិធីសាស្ត្រនៃការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង/ Premium payment method change request:

បច្ចុប្បន្ន/ Current	☐ សាច់ប្រាក់/ Cash	☐ ប្រព័ន្ធធានាគារ/ Non-cash
សំណើសុំផ្លាស់ប្តូរ/ Change request	☐ សាច់ប្រាក់/ Cash	☐ ប្រព័ន្ធធានាគារ/ Non-cash

សូមកត់ចំណាំថា/ Please note that:

- សំណើសុំផ្លាស់ប្តូរប្រភេទ និង វិធីសាស្ត្រនៃការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង អាចធ្វើឡើងនៅកាលបរិច្ឆេទប្រចាំឆ្នាំនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងតែប៉ុណ្ណោះ។ សូមមេត្តាបញ្ជូនសំណើនេះយ៉ាងហោចណាស់ ៣០ ថ្ងៃ មុនកាលបរិច្ឆេទប្រចាំឆ្នាំនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
A request for changing premium payment mode and method will only be carried out on the policy anniversary date. Please send this request at least 30 days before the policy anniversary date.
- សំណើសុំផ្លាស់ប្តូរប្រភេទ និង វិធីសាស្ត្រនៃការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរបាន១ដងប៉ុណ្ណោះក្នុងមួយឆ្នាំ។
A request for changing premium payment mode and method can be changed only once per policy year.

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:..... លេខកូដ/ Code..... កាលបរិច្ឆេទ/ Date:.....
---	---

ជាយ អ៊ុលី ឡាយហ្វ អ៊ិនសុរិនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក

អាសយដ្ឋាន: ផ្ទះលេខ ៤១ ផ្លូវលេខ ៣១៥ ភូមិ ១ សង្កាត់បឹងកក់ ខណ្ឌទួលគោក រាជធានីភ្នំពេញ