

សំណើសុំផ្លាស់ប្តូរទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង

Request Form for Changing Sum Insured

បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងលេខ/Policy Number: 	កាលបរិច្ឆេទ/Date:
ឈ្មោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង / Policy Owner Name: 	លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number:

❖ សូមជ្រើសរើសប្រភេទផលិតផល/ Please select the product

ឈ្មោះប្រភេទផលិតផល Product Name	ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង Life Insured Name	ទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងបច្ចុប្បន្ន Current Sum Insured	ទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងតាមសំណើផ្លាស់ប្តូរ Change Request Sum Insured
☐ គម្រោងមូលដ្ឋាន /Basic Plan *សូមបំពេញឈ្មោះគម្រោងមូលដ្ឋានខាងក្រោម/Please specify the basic plan.			
☐ គម្រោងបន្ថែម/Rider Name *សូមបំពេញឈ្មោះគម្រោងបន្ថែមខាងក្រោម/Please specify the name of rider.			

សូមចំណាំថា/ Please note that:

- សំណើសុំផ្លាស់ប្តូរទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង អាចធ្វើឡើងនៅកាលបរិច្ឆេទកំណត់ត្រូវបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងតែប៉ុណ្ណោះ។ សូមមេត្តាបញ្ជូនសំណើនេះយ៉ាងហោចណាស់ ៣០ ថ្ងៃ មុនកាលបរិច្ឆេទកំណត់ត្រូវបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង។/A request for changing sum insured will only be carried out on the policy's premium due date. Please send this request at least 30 days before the policy's premium due date.
- បន្ទាប់ពីទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងត្រូវបានបន្ថយ នោះលោកអ្នកមិនអាចធ្វើការតម្លើងទំហំទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងវិញបានទេសម្រាប់គម្រោងមូលដ្ឋាន។/Once reduced, the Sum Insured cannot be increased again for Basic Plan.

២. សេចក្តីប្រកាសរបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ Declaration of Policy Owner

- ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំយល់ច្បាស់ និងយល់ព្រមថាអត្ថប្រយោជន៍ទទួលបានតាមកាលកំណត់ អត្ថប្រយោជន៍ទទួលបាននៅថ្ងៃផុតកំណត់ និងរាល់អត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងផ្សេងៗទៀត នឹងយោងទៅតាមទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែលបានធ្វើការផ្លាស់ប្តូរថ្មី។ I understand and agree that Advanced Cash Back Benefit, Maturity Benefit and all other benefits will be based on the new Sum Insured that has been changed.
- ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំយល់ច្បាស់ និងទទួលស្គាល់ថាសំណើសុំផ្លាស់ប្តូរនេះ គឺជាផ្នែកមួយនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំនៅក្រោមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ។ អាស្រ័យហេតុនេះសំណើនេះនឹងមានសុពលភាពលុះត្រាតែមានការអនុញ្ញាតយល់ព្រម និង/ឬ អនុម័តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ I understand and acknowledge that this request is considered to be a significant part of my insurance under the stated Policy. In this regard, the request would be effective only after the Company has given its consent and/or approval in writing.

	ឈ្មោះពេញ /Full Name	ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ / Signature or Thumbprint	កាលបរិច្ឆេទ / Date
ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policy Owner			

៣. សេចក្តីប្រកាសរបស់សាក្សី / Witness Declaration

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃខាងលើនេះជាប់របស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង(អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង)ពិតប្រាកដមែន ដែលបានចុះហត្ថលេខា ឬផ្ដិតស្នាមមេដៃចំពោះមុខខ្ញុំពិតប្រាកដមែន។ I confirm that the Policy Owner (Life Insured) has signed or affixed their thumbprint on the documents in my presence. (ប្រសិនបើបុគ្គលិកលក់ផលិតផលធានារ៉ាប់រង/ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងជាបុគ្គល ជាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង(អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង) សូមអ្នកគ្រប់គ្រងបុគ្គលិកលក់ផលិតផលធានារ៉ាប់រង/ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងជាបុគ្គល ចុះហត្ថលេខាក្នុងនាមជាសាក្សី។) (If ISS or IIA is policy owner (life insured), hence the manager of ISS/IIA sign as a witness.)			
បុគ្គលិកបម្រើសេវាអតិថិជន/ បុគ្គលិកលក់ផលិតផលធានារ៉ាប់រង/ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងជាបុគ្គល/ CS/ISS/IIA	ឈ្មោះពេញ៖ _____ លេខកូដ/ Code _____	ហត្ថលេខា/Signature៖ _____	កាលបរិច្ឆេទ/Date _____/_____/_____