

Authorization Letter

I, age: years old, ID number:,

Address: House #:....., Street:, Phum:.....,
Sangkat/Commune:....., Khan/District:,
City/Province.....Country..... I am the spouse
of Mrs/Mr....., age:..... years old, ID number:.....,
who passed away on date:.....month:.....year:due to

I hereby authorize and grant permission to Prudential (Cambodia) Life Assurance PLC to get any medical documents or medical information from any hospitals, clinics or any doctor(s) who had examined, diagnosed or cured my late spouse in and outside Cambodia.

I guarantee that below is my thumb print to prove that I agree the clinics, hospitals or doctor(s) to release any medical documents or medical information to Prudential (Cambodia) Life Assurance PLC for the claim purpose.

At,Date.....Month.....Year.....

Right Thumb print

Name:.....

លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិ

នាងខ្ញុំ/ខ្ញុំបាទ អាយុ ឆ្នាំ កាន់អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណលេខ

អាសយដ្ឋាន ផ្ទះលេខ ផ្លូវលេខ..... ភូមិ.....

.....

ឃុំ/សង្កាត់.....ស្រុក/ខណ្ឌ.....រាជធានីខេត្ត..... ។

នាងខ្ញុំ/ខ្ញុំបាទជាស្វាមី/ភរិយារបស់សព្វឈ្មោះ..... អាយុ ឆ្នាំ.....

កាន់អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណលេខ ដែលបានទទួលមរណៈភាពនៅថ្ងៃទី.....ខែ ឆ្នាំ.....

ដោយសារ..... ។

នាងខ្ញុំ/ខ្ញុំបាទសូមអនុញ្ញាត និងយល់ព្រមឲ្យក្រុមហ៊ុន ព្រូដិនស៊ីល (ខេមបូឌា) ឡាយហ្វី អ៊ីស្ត្រីនស៍ ភីអិលស៊ី ទទួលបានឯកសារ វេជ្ជសាស្ត្រសង្ខេប និងរបាយការណ៍សុខភាពផ្សេងៗដែលស្វាមី/ភរិយារបស់នាងខ្ញុំ/ខ្ញុំបាទបាន ទទួលបានពីគ្រោះ ពិនិត្យ ឬព្យាបាល ផ្សេងៗនៅគ្លីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យក្នុង និងក្រៅប្រទេសកម្ពុជា។

នាងខ្ញុំ/ខ្ញុំបាទសូមអះអាងថា ខាងក្រោមនេះជាស្នាមមេដៃរបស់នាងខ្ញុំ/ខ្ញុំបាទ ដើម្បីបញ្ជាក់ថា នាងខ្ញុំ/ខ្ញុំបាទយល់ ព្រមឲ្យគ្លីនិក ឬ មន្ទីរពេទ្យ ប្រគល់ឯកសារវេជ្ជសាស្ត្រសង្ខេប និងរបាយការណ៍សុខភាពផ្សេងៗ ឲ្យក្រុមហ៊ុន ព្រូដិនស៊ីល (ខេមបូឌា) ឡាយហ្វី អ៊ីស្ត្រីនស៍ ភីអិលស៊ី ក្នុងគោលបំណងសម្រាប់ដំណើរការទាមទារសំណង។

ធ្វើនៅ.....ថ្ងៃទី..... ខែ..... ឆ្នាំ

ស្នាមមេដៃស្តាំ

ឈ្មោះ: