

Reason for claim event (please be specific):

.....(គ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ (មូលហេតុស្លាប់).....

កាលបរិច្ឆេទព្រឹត្តិការណ៍/ Date of claim event: 14 November 2018 ថ្ងៃទទួលបានសំណុំឯកសារ នៅ/ at: កន្លែងកើតហេតុ (កន្លែងទទួលបានសំណុំឯកសារ)

3. ប្រសិនបើកើតឡើងដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ សូមរៀបរាប់ពីមូលហេតុនៃគ្រោះថ្នាក់ និងទីកន្លែងកើតហេតុ

If by accident, please describe the details and place of accident: ...នៅពេលដែលគាត់កំពុងធ្វើដំណើរពីផ្ទះទៅកន្លែងធ្វើការ ទន្ទឹម

គ្នាមានរថយន្តមួយទៀតបានបើកបរមកពីខាងឆ្វេង លុះដល់កន្លែងកើតហេតុរថយន្តបង្កហេតុ បានបុកពីខាងស្តាំរបស់រថយន្តរបស់គ្រោះ
ស្លាប់នៅកន្លែងកើតហេតុ។ ... (មូលហេតុស្លាប់).....

កាលបរិច្ឆេទ និងពេលវេលាកើតហេតុ / Date and Time of accident: 12 November 2018... (ថ្ងៃខែកើតហេតុ(គ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍)

ផ្នែករាងកាយដែលរងរបួស/Injured body part:ផ្នែកក្បាល.....

4. ការព្យាបាលនៅកន្លែងថែទាំសុខភាព/ Medical treatment at health facility:មន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត.....

មាន (សូមរៀបរាប់លម្អិត តាមតម្រូវការខាងក្រោម) / Yes (please describe the details as below)

(សូមលម្អិតប្រសិនបើអតិថិជនធ្លាប់បានពិនិត្យប្រព័ន្ធគ្រោះ មុនថ្ងៃទទួលបានសំណុំឯកសារ)

គ្មាន (សូមភ្ជាប់របាយការណ៍មរណភាព ឬឯកសារដែលមានតម្លៃស្មើដែលមានការអនុម័តអាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ចសម្រាប់ ព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណុំឯកសារក្នុងករណី
មរណភាព) / No (submit Death Report or equivalent document with the approval of local authority for the
claim event of death)

ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត / Doctor name: Doctor H..... ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ/ Hospital name: Calmette Hospital ...

(សូមរៀបរាប់លម្អិតប្រសិនបើអតិថិជនធ្លាប់ចូលច្រើនកន្លែង)

រោគវិនិច្ឆ័យ/ Diagnosis:

5. ប្រសិនបើបុគ្គលដែលជួបប្រទះព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណុំឯកសារមានបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិតនៅក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងផ្សេងៗ
ទៀតដែរ សូមបំពេញព័ត៌មានដូចខាងក្រោម/ Please provide information below if the person experiencing the claim event
also has life insurance policies with other companies: (ប្រសិនបើអតិថិជនមានទិញធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតពីក្រុមហ៊ុនផ្សេងទៀត
ពី ក្រុមហ៊ុន Prudential)

ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត / Life Insurance Company:

លេខបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិត / Policy number:

ចំនួនទឹកប្រាក់ធានារ៉ាប់រងសរុប / Sum Assured:

របៀបទូទាត់ / Payment Method:

ផ្ទេរតាមរយៈធនាគារ / Bank transfer: (សូមផ្ញើសេចក្តីអនុញ្ញាតចាត់សំណុំឯកសារបង្កើតគណនីជាមួយធនាគារ ACLEDA Bank)

ឈ្មោះម្ចាស់គណនី / Account owner: ... [Redacted] ... លេខគណនី / Account number: ... 12-34-5678-90....

នៅធនាគារ / at Bank: ... ACLEDA Bank..... ឈ្មោះសាខា / Branch name: ... Duan Penh.....

ខេត្ត/ក្រុង / Province/City: ... Phnom Penh.....

I authorize Prudential (Cambodia) Life Assurance PLC to store and share my data and sensitive information (name, bank account information, ..etc.) within Prudential (Cambodia) Life Assurance PLC and third-party banks to make claim payments.

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតប្រើប្រាស់ឯកសារ រក្សានិងចែករំលែកទិន្នន័យ និងព័ត៌មានសំខាន់របស់ខ្ញុំ (ឈ្មោះ, ព័ត៌មានគណនីធនាគារ ..ល។) ជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតប្រើប្រាស់ឯកសារ និងធនាគារដែលជាភាគីទីបី ដើម្បីទូទាត់សំណុំឯកសារ។

ការសន្យា / Commitment:

ខ្ញុំបានឃើញ ថតរូប និងបញ្ជូនរូបភាពនៃឯកសារអត្តសញ្ញាណច្បាប់ដើមរបស់ អ្នកទាមទារសំណុំឯកសារ/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់/អ្នកទទួលបានសំណុំឯកសារ ឬឯកសារច្បាប់ចម្លងដែលបានបោះត្រា និងហត្ថលេខាដោយអាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ច។

I have seen, taken photos of, and uploaded the original/certified/verified copy of Claimant/Legal Guardian/Beneficiary's identity document.

ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង / Claimant's name
កាលបរិច្ឆេទ / Date:

(បំពេញដោយអ្នកទាមទារសំណង)
.....ស្នាមមេដៃស្តាំ.....

.....ឬ ហត្ថលេខា

ហត្ថលេខា និងសរសេរឈ្មោះពេញ
(Sign and full name)

ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ / ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត/ អ្នកផ្តល់សេវាអតិថិជន
FC/LC/Customer Service

ខ្ញុំសូមអះអាង ខ្ញុំមានតួនាទីក្នុងការប្រគល់ជូននូវឯកសារពាក់ព័ន្ធនឹងការទាមទារសំណងដែលទទួលបាន
ពីអតិថិជនដូចជាលិខិតជូនដំណឹងអំពីព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង របាយ
ការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ របាយការណ៍ប៉ូលីស និងឯកសារផ្សេងៗមកកាន់ PSCC នៅអគារវីត្រាស់ថាវើវើ ជាន់
ទី៣ ក្នុងរយៈពេល 15 ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអតិថិជនចុះហត្ថលេខាទទួលបានការទូរទាត់សំណង បើមិន
ដូច្នោះទេខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវរាល់ការលេចធ្លាយព័ត៌មានរបស់អតិថិជន ។

"I confirm I have an obligation to submit original set related to
claim documents such as Claim Event Notice, Claim Request,
Medical Report, Police Report and other documents to PSCC at
VTRUST Tower, 3rd Floor within 15 days from the date that
customer signed on insurance payment note agreement. If not, I
will take responsibility for any case related to a breach of customer
information."

(បំពេញដោយភ្នាក់ងារប្រឹក្សារបស់ Prudential)
កាលបរិច្ឆេទ / Date:

ហត្ថលេខា និងឈ្មោះពេញ(Sign and full name):
លេខទូរស័ព្ទ (FC / LC's Phone number):
លេខកូដ (FC / LC's Code):