



លិខិតជូនដំណឹងអំពីព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង  
(សម្រាប់ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ / ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត)  
**CLAIM EVENT NOTICE (FOR FC / LC)**

ខ្ញុំបាទ / នាងខ្ញុំឈ្មោះ / My name is: .....លេខទូរស័ព្ទ / Phone number: .....

លេខកូដសម្រាប់ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ / ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត / FC / LC's Code: .....

ខ្ញុំបាទ / នាងខ្ញុំសូមជូនដំណឹងដល់ក្រុមហ៊ុនព្រូដិនសលកម្ពុជា អំពីព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណងសម្រាប់ / I would like to notify Prudential a claim event for:

លេខបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង / Policy number: .....

លេខពាក្យស្នើសុំ / Application number: .....

ឈ្មោះម្ចាស់បញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង / Policy Owner: .....

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី 1 / Life Assured 1: .....

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី 2 / Life Assured 2: .....

ព្រឹត្តិការណ៍នៃការទាមទារសំណង / **CLAIM EVENT:**

មរណភាព / Death

ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ / Total and Permanent Disability (TPD)

ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ / Critical Illness (CI)

ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរកម្រិតដំបូង / Critical Illness Early Stage

ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរកម្រិតចុង / Critical Illness Late Stage

បានកើតឡើងចំពោះ / Happened to:

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី 1 / Life Assured 1

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី 2 / Life Assured 2

កាលបរិច្ឆេទព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង / Claim event date: .....នៅ / At:.....

មូលហេតុ / Reason: .....

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអតិថិជនមុនព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង / Detailed information about the customer prior to the claim event:

• ស្ថានភាពសុខភាព / Health status: .....

• រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺ / Illness diagnosis: .....

• កាលបរិច្ឆេទធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺ / Illness diagnosis date:.....

• ស្នាក់នៅបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬទទួលបានការព្យាបាលនៅ/ Has been to Emergency room or received treatment at: .....

• ប្រសិនបើ មូលហេតុនៃព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណងគឺ ដោយសារតែគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ សូមរៀបរាប់ដោយសង្ខេបអំពីស្ថានភាព និងទីកន្លែងកើតហេតុ / if the cause of the claim event is an accident, summarize the situation and place of accident: .....

• ស្ថានភាពរបួស / Injury condition: .....

• ស្ថានភាពជំងឺ និងជីវិតមុនព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង / Work and life status before the claim event: .....

ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង / Name of the claim requester: .....

លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ / ID number: .....

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងចម្បង / Relationship to Life Assured: .....

លេខទូរស័ព្ទ / Phone number: .....

អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង / Contact Address:.....

**សេចក្តីបញ្ជាក់ / CONFIRMATION**

ការិយាល័យ / Office: .....

ការផ្តល់ការណែនាំ និងបានធ្វើទៅទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត / Has instructed and sent to FC / LC:

- សំណើសុំទាមទារសំណង / Claim Request Form
- លិខិតជូនដំណឹងអំពីព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង / Claim Event Notice
- លិខិតរំលែកទុក្ខ និងផ្កាបុណ្យសព (មរណភាព) / Condolence card and funeral flowers (for Death)
- ច្បាប់ដើមនៃវិញ្ញាបនបត្រមរណភាព ឬសេចក្តីប្រកាសអំពីពិការភាពទាំងស្រុង និងអចិន្ត្រៃយ៍ចេញដោយ គ្លីនិក / មន្ទីរពេទ្យ (មរណភាព/ពិការភាពទាំងស្រុង និងអចិន្ត្រៃយ៍)  
Original copy of Death Certificate or TPD declaration issued by Clinic / Hospital (for Death / TPD)
- របាយការណ៍គ្រោះថ្នាក់នៅកន្លែងកើតហេតុ / របាយការណ៍សុខភាព / Accident Scene Examination report/ Medical report
- ច្បាប់ដើមនៃវិញ្ញាបនបត្រធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត ឬលិខិតជូនដំណឹងទាក់ទងនឹងការបាត់ច្បាប់ដើមនៃវិញ្ញាបនបត្រធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត  
Original copy of Life Insurance Certificate or Notice regarding lost original copy of Life Insurance Certificate
- អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ លិខិតឆ្លងដែន សៀវភៅគ្រួសារ សៀវភៅស្នាក់នៅ សំបុត្រកំណើត ឬឯកសារទទួលមរតក (ប្រសិនបើមាន) របស់  
អ្នក ទាមទារសំណង / National ID Card / Passport / Family book / Residential registration book / Birth certificate or  
inheritance document (if any) of claimant
- ឯកសារផ្សេងៗ / Other documents: .....

ការបញ្ជាក់របស់ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត  
Confirmation of FC / LC

សម្រាប់និយោជិកដែលបានទទួល  
For receiving employee

ខ្ញុំសូមអះអាង ខ្ញុំមានតួនាទីក្នុងការប្រគល់ជូននូវឯកសារពាក់ព័ន្ធនឹងការទាមទារសំណងដែលទទួលបានពី  
អតិថិជនដូចជាលិខិតជូនដំណឹងអំពីព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង របាយការណ៍  
វេជ្ជសាស្ត្រ របាយការណ៍ប៉ូលីស និងឯកសារផ្សេងៗ មកកាន់ PSCC នៅអគារវីត្រាស់ម៉ារវើរ ជាន់ទី៣ ក្នុង  
រយៈពេល 15 ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអតិថិជនចុះហត្ថលេខាទទួលការទូរទាត់សំណង បើមិនដូច្នោះទេខ្ញុំនឹង  
ទទួលខុសត្រូវរាល់ការលេចធ្លាយព័ត៌មានរបស់អតិថិជន ។

"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, 3<sup>rd</sup> 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."

.....  
(ចុះហត្ថលេខា និងសរសេរឈ្មោះពេញ)  
(Sign and write full name)

លេខកូដ / code:.....  
កាលបរិច្ឆេទ / Date: .....

.....  
(ចុះហត្ថលេខា និងសរសេរឈ្មោះពេញ)  
(Sign and write full name)