

## សំណើសុំទាមទារសំណង / CLAIM REQUEST

លេខបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិត / Life Insurance Policy Number:.....

ឈ្មោះម្ចាស់បញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង/ Policy Owner's Name:.....

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

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

**ព័ត៌មានអ្នកទាមទារសំណង / Claimant's information:**

1. ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំឈ្មោះ/My name is:.....
2. លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ID number:.....
3. អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង / Contact address:.....
4. លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number:..... អ៊ីមែល/ Email:.....
5. មុខងារ / Role:
 

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ម្ចាស់បញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង/ Policy Owner | <input type="checkbox"/> អ្នកទទួលបានផល / Beneficiary |
| <input type="checkbox"/> អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់/Legal Guardian  | <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ / Other: .....       |

(សូមបញ្ជាក់អំពីទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/Please list specific relationship with LA)

❖ ក្នុងករណីដែលមានបុគ្គលណាម្នាក់កំពុងតំណាងឲ្យអ្នកទាមទារសំណង ក្រុមហ៊ុននឹងធ្វើការទាមទារឯកសារបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណ និង/ឬ ឯកសារតម្រូវផ្សេងទៀតរបស់បុគ្គលតំណាងនោះ។ In case that any individual is acting on behalf of the claimant, the Company will require the identification documents and/or other required documents from that individual.

ស្នើសុំឲ្យ ក្រុមហ៊ុនព្រូដិនស្កាលកម្ពុជា ទទួលយកសំណើទាមទារសំណងដោយយោងលើ ខ និងលក្ខខណ្ឌនៃបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រងខាងលើ។  
Requests Prudential Cambodia to accept the claim request according to the terms and conditions of the policy mentioned above.

**ព័ត៌មានលម្អិតទាក់ទងនឹងព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង / Details regarding Claim event:**

- មរណភាព / Death
- ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ / Total and Permanent Disability (TPD)
- ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ / Critical Illness (CI)
- ជំងឺគ្រុនឈាម / ជំងឺគ្រុនចាញ់ / Dengue/Malaria Diagnosis
- ផ្សេងៗ (សូមរាយបញ្ជាក់) / Other (Please detail) .....

កើតឡើងចំពោះ: / Happened to:

- អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី1 / Life Assured 1
- អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី2 / Life Assured 2

១. មូលហេតុនៃព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង (សូមបញ្ជាក់ឲ្យបានជាក់លាក់អំពីមរណភាព/ពិការភាពទាំងស្រុងនិងជាអចិន្ត្រៃយ៍/ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ/ផ្សេងៗ ដែលបណ្តាលមកពីជំងឺ គ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ ឬ ផ្សេងៗ)

Reason for claim event (please be specific of Death/Total and Permanent Disability/Critical Illness/other due to disease, accident or other cause):

.....  
.....

កាលបរិច្ឆេទព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង (ថ្ងៃទទួលមរណភាព/ ថ្ងៃធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យពិការភាពទាំងស្រុងនិងជាអចិន្ត្រៃយ៍/ ថ្ងៃធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ/ ផ្សេងៗ)/ Date of claim event (Date of Death/Date of Total Permanent Disability/Date of Critical Illness/other):

.....

២. ប្រសិនបើបុគ្គលដែលជួបប្រទះព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណងក៏មានបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិតនៅក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងផ្សេងៗទៀតដែរ សូម  
ចំពេញព័ត៌មានដូចខាងក្រោម / Please provide information below if the person experiencing the claim event also has  
life insurance policies with other companies

ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត / Life Insurance Company: .....  
លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិត / Policy number: .....  
ចំនួនទឹកប្រាក់ធានារ៉ាប់រងសរុប / Sum Assured: .....

**របៀបនៃការទូទាត់ / Payment Method:**

ផ្ទេរតាមរយៈធនាគារ / Bank transfer:  
ឈ្មោះម្ចាស់គណនី / Account owner name:.....  
លេខគណនី / Account number: .....  
នៅធនាគារ / at Bank:..... ឈ្មោះសាខា / Branch name: .....  
ខេត្ត ក្រុង / Province/City: .....

**ខ្ញុំបានទទួលស្គាល់ និងឯកភាពថា៖**

**I hereby acknowledge and accept that:**

ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិឱ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតព្រូដិនសលកម្ពុជា ក្នុងការរក្សានិងចែករំលែកទិន្នន័យ និងព័ត៌មានសំខាន់របស់ខ្ញុំ (ឈ្មោះ, ព័ត៌មានគណនីធនាគារ។ល។)  
ជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតព្រូដិនសលកម្ពុជា និងធនាគារដែលជាភាគីទីបី ដើម្បីទូទាត់សំណង។

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.

ខ្ញុំបានទទួលការផ្តល់សេវាកម្ម និង ជំនួយពេញលេញក្នុងការបំពេញ និង យល់ដឹងអំពីទម្រង់បែបបទស្នើសុំទាមទារសំណង និងឯកសារតម្រូវដែលពាក់ព័ន្ធ (បញ្ជីត្រួត  
ពិនិត្យ)។

I have received full assistance in filling out and understanding the claim request form and related documents (checklist).

ខ្ញុំអ្នកទាមទារសំណងជាអ្នកទទួលបាន ឬអ្នកទទួលបានជំនួស និងជាអ្នកតំណាងស្របច្បាប់ដែលទទួលសិទ្ធិពីអ្នកទទួលបានផលម្នាក់ ឬច្រើននាក់នៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង  
ដែលបានដាក់ពាក្យទាមទារសំណងលើសំណើនេះ ដើម្បីអនុម័តទទួលស្គាល់លើការសម្រេចចិត្តក្នុងការទាមទារ និងទទួលសំណង ពីក្រុមហ៊ុនព្រូដិនសលកម្ពុជា។  
ប្រសិនបើករណីមានការបដិសេធណាមួយពីអ្នកទទួលបាននៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង លើការសម្រេចចិត្តរបស់ខ្ញុំនាពេលក្រោយ ខ្ញុំសូមធ្វើការអះអាងទទួលខុសត្រូវ។

I, the claimant, is beneficiary or substitute beneficiary and legal representative authorized by beneficiary or more  
beneficiary(ies) of the policy that filed this claim request to approve and acknowledge on claim decision and receive from  
Prudential Cambodia. In such case of any rejection from the beneficiary of the insurance policy to my decision later, I shall  
take full responsibility before the law.

**ការអះអាងរបស់បុគ្គលិកលក់/ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងជាបុគ្គល/ អ្នកផ្តល់សេវាអតិថិជន:  
Commitment of Sale Agent/ Individual Insurance Agent/ Customer Service:**

ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង / Claimant's name  
កាលបរិច្ឆេទ / Date: .....

ខ្ញុំបានឃើញ ថតរូប និងបញ្ជូនរូបភាពនៃឯកសារអត្តសញ្ញាណច្បាប់ដើមរបស់អ្នកទាមទារសំណង/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់/  
អ្នកទទួលបានផល/ ឬឯកសារច្បាប់ចម្លងដែលបានបោះត្រា និងហត្ថលេខាដោយអាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ច។ I have seen,  
taken photos of, and uploaded the original/ certified/verified copy of Claimant/Legal  
Guardian/Beneficiary's identity document.

.....  
ហត្ថលេខា និងសរសេរឈ្មោះពេញ  
(Sign and full name)

ខ្ញុំសូមអះអាង ខ្ញុំមានតួនាទីក្នុងការប្រគល់ជូននូវឯកសារពាក់ព័ន្ធនឹងការទាមទារសំណងដែលទទួលបានពីអតិថិជនដូចជា  
ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ របាយការណ៍មន្ត្រីនគរបាលយុត្តិធម៌ និងឯកសារផ្សេងៗ មកកាន់ផ្នែក  
ទាមទារសំណង នៅអគារជីបម៉ុង ជាន់ទី១៩ ក្នុងរយៈពេល ១៥ ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលក្រុមហ៊ុនចេញលិខិតការសម្រេចចិត្ត  
ការទាមទារសំណង បើមិនដូច្នោះ ខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវរាល់ការលេចធ្លោយព័ត៌មានរបស់អតិថិជន។ I confirm I have an  
obligation to submit original set related to claim documents such as, Claim Request, Medical  
Report, Police Report and other documents to Claim Team at Chipmong Tower, 19<sup>th</sup> floor  
within 15 days from the date that company issues claim decision letter. If not, I will take  
responsibility for any case related to a breach of customer information.

ក្រោយពីក្រុមហ៊ុនធ្វើការសម្រេចបដិសេធ ឬធ្វើសំណងធានារ៉ាប់រងជូនអ្នកទាមទារសំណង យើងខ្ញុំនឹងធ្វើការប្រគល់ជូននូវ  
លិខិតជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់ក្រុមហ៊ុនជូនទៅអ្នកទាមទារសំណង ប្រសិនបើករណីខ្ញុំបានប្រគល់លិខិតនេះជូនទៅ  
អ្នកទាមទារសំណងក្រោយទទួលបានលិខិតពីក្រុមហ៊ុន នោះខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវតាមបទបញ្ញត្តិរបស់ក្រុមហ៊ុនដែលមានជា  
ធរមាន។ After the company decides to reject or settle the claim to claimant, we are going to  
hand over a company written letter to the claimant. If I do not deliver the letter to the  
claimant after receiving the letter from the company, I shall be responsible following the  
company policy.

កាលបរិច្ឆេទ / Date: .....  
ហត្ថលេខា និងឈ្មោះពេញ(Sign and full name): .....  
លេខទូរស័ព្ទ (Sale Agent/Individual Insurance Agent Phone number): .....  
លេខកូដ (Sale Agent/Individual Insurance Agent Code): .....