

សំណើសុំទាមទារសំណង / CLAIM REQUEST

លេខបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិត / Life Insurance Policy Number:..... 800xxxxx

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

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី 1 / Life Assured 1:ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី១.....

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី 2 / Life Assured 2:ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី២ (ប្រសិនបើមាន).....

ព័ត៌មានអ្នកទាមទារសំណង / Claimant's information:

1. ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំឈ្មោះ/My name is:.....ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង.....
 2. លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ID number:.....លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណអ្នកទាមទារសំណង.....
 3. អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង / Contact address:.....ផ្ទះលេខ៦៦ ផ្លូវលេខ១៣៤ សង្កាត់បឹងកក់ ខណ្ឌទួលគោក ភ្នំពេញ.....
 4. លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number:.....០១២ xxx xxx..... អ៊ីម៉ែល/ Email:.....អ៊ីម៉ែលអ្នកទាមទារសំណង...(ប្រសិនបើមាន).....
 5. មុខងារ / Role: សូមជ្រើសរើសមួយក្នុងប្រអប់ទាំង៤
 ម្ចាស់បញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង/ Policy Owner អ្នកទទួលបានផល / Beneficiary
 អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់/Legal Guardian 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 ក្រុមហ៊ុនព្រូដិនស៊ីលកម្ពុជា 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: សូមជ្រើសរើសមួយដោយស្របតាមស្ថានភាព

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

កើតឡើងចំពោះ / Happened to: សូមជ្រើសរើសសម្រាប់បុគ្គលដែលជួបបញ្ហា

- 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):

.....មរណភាព ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍.....

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងបានជិះម៉ូតូបុកទៅក្នុងរថយន្តចតចោលនៅលើដងផ្លូវ បណ្តាលអោយមានរបួសធ្ងន់ធ្ងរ ហើយត្រូវបានបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកខេត្តកំពង់ស្ពឺភ្លាមៗ ប៉ុន្តែដោយសារស្ថានភាពធ្ងន់ពេកអតិថិជនបានទទួលមរណភាពនៅមន្ទីរពេទ្យ.....

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

.....ថ្ងៃទទួលមរណភាព ១២ មេសា ២០២៤.....

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

ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត / Life Insurance Company:

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិត / Policy number:

ចំនួនទឹកប្រាក់ធានារ៉ាប់រងសរុប / Sum Assured:

របៀបនៃការទូទាត់ / Payment Method:

ផ្ទេរតាមរយៈធនាគារ / Bank transfer:

ឈ្មោះម្ចាស់គណនី / Account owner name:.....ឈ្មោះម្ចាស់គណនី

លេខគណនី / Account number:0001-23-453662-11.....

នៅធនាគារ / at Bank:.....ACLEDA Bank..... ឈ្មោះសាខា / Branch name:Toul Kork.....

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

ខ្ញុំបានទទួលស្គាល់ និងឯកភាពថា៖

I hereby acknowledge and accept that:

ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិឱ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតព្រូដិនសលកម្ពុជា ក្នុងការរក្សានិងចែករំលែកទិន្នន័យ និងព័ត៌មានសំខាន់ៗរបស់ខ្ញុំ (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 (បញ្ជីត្រួតពិនិត្យ)។

I have received full assistance in filling out and understanding the claim request form and related documents (checklist). ខ្ញុំអ្នកទាមទារសំណងជាអ្នកទទួលបាន ឬអ្នកទទួលបានជំនួយ និងជាអ្នកតំណាងស្របច្បាប់ដែលទទួលបានសិទ្ធិពីអ្នកទទួលបានផលប្រាក់ ឬច្រើននាក់នៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលបានដាក់ពាក្យទាមទារសំណងលើសំណើនេះ ដើម្បីអនុម័តទទួលស្គាល់លើការសម្រេចចិត្តក្នុងការទាមទារ និងទទួលសំណង ពីក្រុមហ៊ុនព្រូដិនសលកម្ពុជា។ ប្រសិនបើករណីមានការបដិសេធជាមួយពីអ្នកទទួលបាននៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង 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: ...កាលបរិច្ឆេទ

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.

(បំពេញដោយអ្នកទាមទារសំណង)
ស្នាមមេដៃស្តាំ ឬ ហត្ថលេខា

ខ្ញុំសូមអះអាង ខ្ញុំមានតួនាទីក្នុងការប្រគល់ជូននូវឯកសារពាក់ព័ន្ធនឹងការទាមទារសំណងដែលទទួលបានពីអតិថិជនដូចជា ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ របាយការណ៍មន្ត្រីនគរបាលយុត្តិធម៌ និងឯកសារផ្សេងៗ មកកាន់ផ្នែក ទាមទារសំណង នៅអគារដីបង្គំ 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, 19th 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.

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

ក្រោយពីក្រុមហ៊ុនធ្វើការសម្រេចចិត្តសេចក្តី ឬធ្វើសំណងធានារ៉ាប់រងជូនអ្នកទាមទារសំណង យើងខ្ញុំនឹងធ្វើការប្រគល់ជូននូវ លិខិតជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់ក្រុមហ៊ុនជូនទៅអ្នកទាមទារសំណង ប្រសិនបើករណីខ្ញុំពុំបានប្រគល់លិខិតនេះជូនទៅ អ្នកទាមទារសំណងក្រោយទទួលបានលិខិតពីក្រុមហ៊ុន នោះខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវតាមបទប្បញ្ញត្តិរបស់ក្រុមហ៊ុនដែលមានជា 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.

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