

## សំណើសុំទាមទារសំណង / CLAIM REQUEST

លេខបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រងអាជ្ញាប័ណ្ណ / Life Insurance Policy Number:.....

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

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

<input type="checkbox"/> ម្ចាស់បញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង / Policy Owner	<input type="checkbox"/> អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / Life Assured
<input type="checkbox"/> អ្នកទទួលបានផល / Beneficiary	<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ / Other:.....
6. សូមរាយបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង (លើកលែងចំពោះអ្នកទទួលបានផល) / Please list specific relationship with life assured (except for life assured):  
.....

ស្នើសុំឲ្យ ក្រុមហ៊ុនព្រូដិនស៊ីសលក់កម្ពុជា 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 ឬ ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ដោយសារជំងឺគ្រុនឈាម ឬគ្រុនចាញ់ / Death or TPD due to Dengue or Malaria; ថ្ងៃខែឆ្នាំទទួលបានមរណភាព ឬ ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ / date of death or TPD:.....
  - បានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺគ្រុនឈាម ឬគ្រុនចាញ់ / Diagnosis of Dengue or Malaria; ថ្ងៃខែឆ្នាំធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ / date of diagnosis:.....
- ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / Full name of life assured:..... ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត / Date of birth: .....
- លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬសំបុត្រកំណើត / ID number birth certificate: .....

**សូមភ្ជាប់មកជាមួយឯកសារតម្រូវទៅតាមប្រភេទសំណង និងអ្នកទាមទារសំណងដូចខាងក្រោម / Attach the below requirement documents according to the claim and claimant types:**

1. ការទាមទារសំណងសម្រាប់សាមីខ្លួន លើការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺគ្រុនឈាម ឬគ្រុនចាញ់ តម្រូវឲ្យមានឯកសារដូចខាងក្រោម / Claim for Dengue/Malaria diagnosis for Self, documents include:
  - ឯកសារវេជ្ជសាស្ត្របញ្ជាក់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺគ្រុនឈាម ឬគ្រុនចាញ់ / Medical report confirmed diagnosis of Dengue or Malaria
  - លិខិតថតចម្លង គណនីធនាគារ / Copy of the bank account
2. ការទាមទារសំណងសម្រាប់បុគ្គលដែលមិនមែនជាសាមីខ្លួន លើការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺគ្រុនឈាម ឬគ្រុនចាញ់ តម្រូវឲ្យមានឯកសារដូចខាងក្រោម / Claim for Dengue/Malaria diagnosis not for Self, documents include:
  - ឯកសារវេជ្ជសាស្ត្របញ្ជាក់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺគ្រុនឈាម ឬគ្រុនចាញ់ / Medical report confirmed diagnosis of Dengue or Malaria
  - លិខិតថតចម្លង គណនីធនាគារ / Copy of the bank account
  - លិខិតថតចម្លង សៀវភៅគ្រួសារ ឬសៀវភៅស្នាក់នៅរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / Copy of Life Assured's family book or residence book
  - លិខិតតែងតាំងស្របច្បាប់ដែលធ្វើឡើងត្រឹមថ្នាក់ឃុំ (ប្រសិនបើលិខិតថតចម្លង សៀវភៅគ្រួសារ ឬសៀវភៅស្នាក់នៅមិនអាចបញ្ជាក់ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និងអ្នកទាមទារសំណងបាន) / Appointing legal letter certified by commune chief (in case the relationship between life assured and claimant cannot be proved with a copy of Life Assured's family book or residence book).
3. ការទាមទារសំណងករណីមរណភាព ឬ ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ ដោយសារជំងឺគ្រុនឈាម ឬគ្រុនចាញ់ តម្រូវឲ្យមានឯកសារដូចខាងក្រោម / Claim for death benefit due to Dengue/Malaria, documents include:
  - វិញ្ញាបនបត្រវេជ្ជសាស្ត្របញ្ជាក់មរណភាពបណ្តាលមកពីជំងឺគ្រុនឈាម ឬគ្រុនចាញ់ / Medical certificate confirmed that Dengue or Malaria is the cause of Death
  - លិខិតបញ្ជាក់ពីពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍បណ្តាលមកពីជំងឺគ្រុនឈាម ឬគ្រុនចាញ់ ដែលចេញដេញ / Total and Permanent Disability certificate to confirm that Dengue or Malaria is the cause of TPD.
  - ឯកសារវេជ្ជសាស្ត្របញ្ជាក់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺគ្រុនឈាម ឬគ្រុនចាញ់ / Medical report confirmed diagnosis of Dengue or Malaria
  - លិខិតថតចម្លង សំបុត្រមរណភាព / Copy of death certificate
  - លិខិតថតចម្លង គណនីធនាគារ / Copy of the bank account
  - លិខិតថតចម្លង សៀវភៅគ្រួសារ ឬសៀវភៅស្នាក់នៅរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / Copy of Life Assured's family book or residence book
  - លិខិតតែងតាំងស្របច្បាប់ដែលធ្វើឡើងត្រឹមថ្នាក់ឃុំ (ប្រសិនបើលិខិតថតចម្លង សៀវភៅគ្រួសារ ឬសៀវភៅស្នាក់នៅមិនអាចបញ្ជាក់ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និងអ្នកទាមទារសំណងបាន) / Appointing legal letter certified by commune chief (in case the relationship between life assured and claimant cannot be proved with a copy of Life Assured's family book or residence book).

relationship between life assured and claimant cannot be proved with a copy of Life Assured's family book or residence book).

ចំពោះឯកសារវេជ្ជសាស្ត្រតម្រូវឲ្យមានលទ្ធផលតេស្តដូចខាងក្រោម៖

- សម្រាប់ជំងឺគ្រុនឈាម ការធ្វើពេទ្យវិទ្យុយដំណើរគ្រុនឈាមត្រូវតែមានការបញ្ជាក់ពីវេជ្ជបណ្ឌិត ភ្ជាប់ជាមួយលទ្ធផលតេស្តដូចខាងក្រោមយ៉ាងហោចមួយ៖
  - តេស្តអង់ទីហ្វូស្តរីស្ត្រុនឈាម (NS1)
  - តេស្តគ្រុនឈាមរកអង់ទីករ IgM (MAC\_ELISA)
- សម្រាប់ជំងឺគ្រុនចាញ់ ការធ្វើពេទ្យវិទ្យុយដំណើរគ្រុនចាញ់ត្រូវតែមានការបញ្ជាក់ពីវេជ្ជបណ្ឌិត ភ្ជាប់ជាមួយលទ្ធផលតេស្តដូចខាងក្រោមយ៉ាងហោចមួយ៖
  - តេស្តបំពាក់ពណ៌លើឡាមដើម្បីរកប៉ារ៉ាស៊ីតនៃជំងឺគ្រុនចាញ់ (MP test)
  - តេស្តធ្វើពេទ្យវិទ្យុយរហ័ស (RDT)
  - តេស្តអង់ទីករគ្រុនចាញ់ (IFA)

ក្រុមហ៊ុនក៏មានសិទ្ធិស្នើសុំឯកសារបន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់ ។

The company is also entitled to request additional documentation if necessary.

**ប្រើប្រាស់ទូទាត់ / Payment Method:**

ផ្ទេរតាមរយៈធនាគារ អេស៊ីប៊ីដា / ACLEDA Bank transfer:

ឈ្មោះម្ចាស់គណនី / Account owner: ..... លេខគណនី / Account number: .....

ឈ្មោះសាខា / Branch name: ..... ខេត្តក្រុង / Province/City: .....

**ខ្ញុំបានទទួលស្គាល់ និងឯកភាពថា៖**

**I hereby acknowledge and accept that:**

ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិឲ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតជនសលកម្ពុជា ក្នុងការរក្សានិងចែករំលែកទិន្នន័យ និងព័ត៌មានសំខាន់របស់ខ្ញុំ (ឈ្មោះ, ព័ត៌មានគណនីធនាគារ។ល។) ជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតជនសលកម្ពុជា 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 និងជំនួយពេញលេញក្នុងការបំពេញ និងយល់ដឹងអំពីទម្រង់បែបបទស្នើសុំទាមទារសំណង និងឯកសារតម្រូវដែលពាក់ព័ន្ធ (បញ្ជីត្រួតពិនិត្យ)។ I have received full assistance in filling out and understanding the claim request form and related documents (checklist).

ខ្ញុំអ្នកទាមទារសំណងជាអ្នកទទួលបាន ឬអ្នកទទួលបានជំនួស និងជាអ្នកតំណាងស្របច្បាប់ដែលទទួលសិទ្ធិពីអ្នកទទួលបានម្នាក់ ឬច្រើននាក់នៃបណ្តុំសន្យារ៉ាប់រង ដែលបានដាក់ពាក្យទាមទារសំណងលើសំណើនេះ ដើម្បីអនុវត្តទទួលបានសំណងលើការសម្រេចចិត្តក្នុងការទាមទារ និងទទួលបានសំណង ពីក្រុមហ៊ុនជនសលកម្ពុជា។ ប្រសិនបើក្នុងករណីមានការបដិសេធនាមួយពីអ្នកទទួលបាននៃបណ្តុំសន្យារ៉ាប់រង 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/ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងជួនជុនបុគ្គល/ អ្នកផ្តល់សេវាអតិថិជន:  
Commitment of Sale Agent/ Individual Insurance Agent/ Customer Service:**

ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង / Claimant's name

កាលបរិច្ឆេទ / Date: .....

ខ្ញុំបានឃើញ ថតរូប និងបញ្ជូនរូបភាពនៃឯកសារអត្តសញ្ញាណច្បាប់ដើមរបស់អ្នកទាមទារសំណង/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់/អ្នកទទួលបាន/ ឬឯកសារច្បាប់ចម្លងដែលបានបោះត្រា និងហត្ថលេខាដោយអាជ្ញាធរធានាសមត្ថកិច្ច។ 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 ខ្ញុំមានតួនាទីក្នុងការប្រគល់ជូននូវឯកសារពាក់ព័ន្ធនឹងការទាមទារសំណងដែលទទួលបានពីអតិថិជនដូចជាពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ របាយការណ៍មន្ត្រីនគរបាលយុត្តិធម៌ និងឯកសារផ្សេងៗ មកកាន់ផ្នែកទាមទារសំណង នៅអគារជីបម៉ុង ជាន់ទី១៩ ក្នុងរយៈពេល ១៥ ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលក្រុមហ៊ុនចេញលិខិតការសម្រេចចិត្តការទាមទារសំណង បើមិនដូច្នោះ ខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវរាល់ការលេចធ្លាយព័ត៌មានរបស់អតិថិជន។ 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 ឬស្នើសុំឯកសារធានារ៉ាប់រងជួនជុនអ្នកទាមទារសំណង យើងខ្ញុំនឹងធ្វើការប្រគល់ជូននូវលិខិតជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់ក្រុមហ៊ុនជូនទៅអ្នកទាមទារសំណង ប្រសិនបើក្នុងករណីខ្ញុំពុំបានប្រគល់លិខិតនេះជូនទៅអ្នកទាមទារសំណងក្រោយទទួលបានលិខិតពីក្រុមហ៊ុន នោះខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវតាមបទប្បញ្ញត្តិរបស់ក្រុមហ៊ុនដែលមានជាធរមាន។ 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): .....