

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

ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត / Doctor name: ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ/ Hospital name:

រោគវិនិច្ឆ័យ/ Diagnosis:

6. ប្រសិនបើបុគ្គលដែលជួបប្រទះព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណងក៏មានបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិតនៅក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងផ្សេងៗ ទៀតដែរ សូមបំពេញព័ត៌មានដូចខាងក្រោម / 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:

ប្រើប្រទូទាត់ / Payment Method:

ផ្ទេរតាមរយៈធនាគារ / Bank transfer:

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

នៅធនាគារ / at Bank:..... ឈ្មោះសាខា / Branch name:

ខេត្តក្រុង / Province/City:

សាច់ប្រាក់ ឬមូលប្បទានប័ត្រ នៅសាខាធនាគារ អេស៊ីស៊ីដា / Cash or cheque payment at ACLEDA Bank:

ឈ្មោះអ្នកទទួល / Name of receiver: លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ / ID number:

ចុះថ្ងៃទី / Date of issued: ចេញនៅ / Place of issued:

ឈ្មោះសាខា / Bank branch's name:..... ខេត្តក្រុង / Province/City:

សាច់ប្រាក់ ឬមូលប្បទានប័ត្រ នៅមជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់សេវាអតិថិជនរបស់ក្រុមហ៊ុនព្រូជិនសេសសេស
Cash or cheque at Prudential Cambodia Customer Service Center.

ទូទាត់សម្រាប់ / Submit payment for:

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង / ពាក្យស្នើសុំ / Policy/ Application number:.....

ឈ្មោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ Policy Owner:

ករសន្យា / Commitment:

ខ្ញុំសូមធានាថា ព័ត៌មានខាងលើពិតជាត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដមែន ហើយខ្ញុំសូមទទួលខុសត្រូវទាំងស្រុងចំពោះមុខច្បាប់ទាក់ទងនឹងភាពត្រឹមត្រូវនៃព័ត៌មាននេះ។

I guarantee that the information above is true and accurate, and take all legal responsibility regarding the accuracy of this information.

ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង / Claimant's name

កាលបរិច្ឆេទ / Date:

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

ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ / ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត/ អ្នកផ្តល់សេវាអតិថិជន
FC/LC/Customer Service

ខ្ញុំសូមអះអាង ខ្ញុំមានតួនាទីក្នុងការប្រគល់ជូននូវឯកសារពាក់ព័ន្ធនឹងការទាមទារសំណងដែលទទួលបានពីអតិថិជនដូចជាលិខិតជូនដំណឹងអំពីព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ របាយការណ៍ប៉ូលីស និងឯកសារផ្សេងៗមកកាន់ PSCC នៅអគារវីត្រាស់ថាវើរី ជាន់ទី៣ ក្នុងរយៈពេល 15 ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអតិថិជនចុះហត្ថលេខាទទួលការទូទាត់សំណង បើមិនដូច្នោះទេខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវរាល់ការលេចធ្លាយព័ត៌មានរបស់អតិថិជន ។

"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."

កាលបរិច្ឆេទ / Date:

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