

សំណើសុំផ្លាស់ប្តូរវិធីទូទាត់ ចំនួនដងនៃការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង និងការលុបចោលលក្ខខណ្ឌបន្ថែម

*កាលបរិច្ឆេទ: *លេខពាក្យស្នើសុំ/បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង:
 *ទូរស័ព្ទដៃ: *ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង:
 ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនងទីពីរ: ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនងក្នុងក្រាមាសអាសន្ន:

- សំណើសុំផ្លាស់ប្តូរវិធីទូទាត់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងពី
 - សាច់ប្រាក់ ទៅប្រព័ន្ធធនាគារ
 - ប្រព័ន្ធធនាគារ ទៅសាច់ប្រាក់
- សំណើសុំផ្លាស់ប្តូរចំនួនដងនៃការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង បច្ចុប្បន្នទៅជា
 - ប្រចាំឆ្នាំ
 - ប្រចាំឆមាស
 - ប្រចាំខែ
- សំណើសុំលុបចោលលក្ខខណ្ឌបន្ថែម

លក្ខខណ្ឌបន្ថែម	អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី 1 (ឈ្មោះពេញ)	អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី 2 (ឈ្មោះពេញ)
អត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងមាតាបិតា		
អត្ថប្រយោជន៍ចំណូលគ្រួសារ		
Safety Plus		

- ប្រសិនបើ ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងកំពុងទូទាត់បុព្វលាភរ៉ាប់រងតាមរយៈបញ្ជាអចិន្ត្រៃយ៍អមេរិកសូមបំពេញព័ត៌មានដូចខាងក្រោម៖
 ផ្លាស់ប្តូរបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ចំនួន USD ដែលទូទាត់រៀងរាល់
 ប្រចាំឆ្នាំ ប្រចាំឆមាស ប្រចាំខែ
 ចាប់ពីថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ..... រហូតដល់ថ្ងៃទី ខែ..... ឆ្នាំ.....

សូមកត់ចំណាំថា៖

សំណើសុំផ្លាស់ប្តូរវិធីទូទាត់ និងចំនួនដងនៃការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងអាចធ្វើឡើងនៅកាលបរិច្ឆេទខួបប្រចាំឆ្នាំនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលបានបញ្ជាក់។ សូមមេត្តាបញ្ជូនសំណើនេះយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃ មុនកាលបរិច្ឆេទខួបប្រចាំឆ្នាំនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។

- ខ្ញុំជាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង សូមធានាថានឹងផ្តល់ជូនភ័ស្តុតាង ឬព័ត៌មានចាំបាច់ទាំងឡាយសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរនេះ ព្រមទាំងយល់ព្រមឲ្យ ក្រុមហ៊ុនប្រ៊ូឌិនសលកម្ពុជា ប្រមូលព័ត៌មាននានាសម្រាប់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរខាងលើនេះ។
- ខ្ញុំយល់ស្របថា សំណើខាងលើនឹងមានសុពលភាព លុះត្រាតែ ក្រុមហ៊ុន ប្រ៊ូឌិនសលកម្ពុជា អនុម័តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងទទួលបានបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងបន្ថែម (ប្រសិនបើមាន)។

ចំណាំ៖ * គឺជាចំណុចចាំបាច់ដែលត្រូវតែបំពេញជាដាច់ខាត និងឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ។

ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង:

ហត្ថលេខា ឬ ស្នាមមេដៃ

.....

ឈ្មោះពេញ:

កាលបរិច្ឆេទ:

សេចក្តីប្រកាសរបស់ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត

ខ្ញុំសូមអះអាងថា ខ្ញុំពិតជាបានឃើញ ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ចុះហត្ថលេខា/ផ្តិតមេដៃ ពិតប្រាកដមែន ។

ខ្ញុំសូមអះអាងថាបន្ទាប់ពីសំណើសុំផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានរបស់អតិថិជនដូចជា សំណើសុំបោះបង់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង សំណើសុំបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង សំណើសុំផ្លាស់ប្តូរអ្នកទទួលបាន បានប្រគល់មកដល់ក្រុមហ៊ុន ខ្ញុំមានតួនាទីប្រមូល និងប្រគល់ឯកសារទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសំណើនេះ មកកាន់ PSCC នៅអគារវីត្រាស់ថាវើរ ជាន់ផ្ទាល់ដី (មជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់សេវាអតិថិជន) ក្នុងរយៈពេល ១៥ ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអតិថិជនចុះហត្ថលេខានៅលើទម្រង់ស្នើសុំនេះ បើមិនដូច្នោះទេខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវរាល់ការលេចធ្លាយព័ត៌មានរបស់អតិថិជន។

(ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ / ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត / អ្នកផ្តល់សេវាអតិថិជន)

ហត្ថលេខា:

ឈ្មោះពេញ:

លេខកូដ:

ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង: