

លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិ

នាងខ្ញុំ/ខ្ញុំបាទ.....អាយុ.....ឆ្នាំ ភេទ.....កាន់អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណលេខ.....
មានអាសយដ្ឋាននៅផ្ទះលេខ.....ផ្លូវ.....ភូមិ.....ឃុំ/សង្កាត់.....
ស្រុក/ខណ្ឌ ខេត្ត/រាជធានី។

ដែលត្រូវជា របស់ឈ្មោះអាយុ ឆ្នាំ ភេទ
កាន់អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណលេខ មានអាសយដ្ឋាននៅផ្ទះលេខ ផ្លូវ ភូមិ
..... ឃុំ/សង្កាត់ ស្រុក/ខណ្ឌខេត្ត/រាជធានី
.....ដែលមានបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងលេខ.....ដែលពេលបច្ចុប្បន្នពិការភាព
ដោយសារ.....នៅថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ។

នាងខ្ញុំ/ខ្ញុំបាទ សូមអនុញ្ញាត និងយល់ព្រមឲ្យក្រុមហ៊ុន ព្រូដិនសល (ខេមបូឌា) ឡាយហ្វី អ៊ីស្ត្រីន ភីអិលស៊ី ម.ក ទទួលបានឯកសារ
វេជ្ជសាស្ត្រសង្ខេប និងរបាយការណ៍សុខភាពផ្សេងៗរបស់ឈ្មោះ ខាងលើ ដែលបានទទួលការ
ពិគ្រោះ ពិនិត្យ ឬព្យាបាល ផ្សេងៗនៅគ្លីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យក្នុង និងក្រៅប្រទេសកម្ពុជា។

នាងខ្ញុំ/ខ្ញុំបាទ សូមអះអាងថា ខាងក្រោមនេះជាស្នាមមេដៃរបស់ នាងខ្ញុំ/ខ្ញុំបាទដើម្បីបញ្ជាក់ថា នាងខ្ញុំ/ខ្ញុំបាទយល់ព្រមឲ្យគ្លីនិក ឬ
មន្ទីរពេទ្យ ប្រគល់ជូនឯកសារវេជ្ជសាស្ត្រសង្ខេប និងរបាយការណ៍សុខភាពផ្សេងៗ ឲ្យក្រុមហ៊ុន ព្រូដិនសល (ខេមបូឌា) ឡាយហ្វី
អ៊ីស្ត្រីន ភីអិលស៊ី ម.ក ក្នុងគោលបំណងសម្រាប់ដំណើរការទាមទារសំណង។

ធ្វើនៅ ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ

ស្នាមមេដៃ

ឈ្មោះ

Authorization Letter

I, age: years old, Sex:, ID number:,
Address: House #:, Street:, Phum:,
Sangkat/Commune:, Khan/District:,
City/Province:, Country:

I am a spouse of Mrs/Mr.:, Age: years old, Sex:,
ID number:, Address: House #:, Street:,
Phum:, Sangkat/Commune:,
Khan/District:, City/Province:, Country:
....., who have policy number:, and had disability
due to..... on date: month: year:

I hereby authorized and grant permission to Prudential (Cambodia) Life Assurance PLC to get any medical documents or medical information from any hospital, clinics or any doctor(s) who had any examined, diagnosed or cured to named, who mentioned above, in and outside Cambodia.

I guarantee that below is my thumb print to prove that I agree the clinics, hospitals or doctor(S) to release any medical documents or medical information to Prudential (Cambodia) Life Assurance PLC for the claim purpose.

At, Date:, Month:, Year:

Right Thumb Print

Name: