

សំណើសុំទាមទារសំណង / CLAIM REQUEST

លេខបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិត / Life Insurance Policy Number:..... **70001234**.....

ឈ្មោះម្ចាស់បញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង / Policy Owner:..... [REDACTED].....

1. ខ្ញុំបាទ / នាងខ្ញុំឈ្មោះ / My name is:... [REDACTED].....(ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង).....
2. លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ / ID number:... (លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណអ្នកទាមទារសំណង).....
3. អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង / Contact address:... (អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្នអ្នកទាមទារសំណង).....
4. លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number:...(លេខទូរស័ព្ទអ្នកទាមទារសំណង)... អ៊ីម៉ែល / Email:...(អ៊ីម៉ែលអ្នកទាមទារសំណង ប្រសិនបើមាន).....
5. មុខងារ / Role: (សូមជ្រើសរើសមួយក្នុងចំណោមចំណុចខាងក្រោម និង ផ្សេងៗ សំរាប់អាណាព្យាបាល ត្រឹមត្រូវ)

<input type="checkbox"/> ម្ចាស់បញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង / Policy Owner	<input checked="" type="checkbox"/> អ្នកទទួលបានសំណង / Beneficiary
<input type="checkbox"/> អ្នកចាត់ចែងទ្រព្យសម្បត្តិ / Executor of Estate	<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ / Other:

(សូមរាយបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ Please list specific relationship with LA)

ស្នើសុំឱ្យ ក្រុមហ៊ុនព្រូដិនស៊ីលលក់ម្តង 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 / Death (សូមជ្រើសរើសមួយដោយត្រឹមត្រូវតាមស្ថានភាព ស្លាប់ ឬ ពិការ)

ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ / Total and Permanent Disability (TPD)

កើតឡើងចំពោះ / Happened to: (សូមជ្រើសរើសមួយក្នុងចំណោមចំណុចខាងក្រោម សម្រាប់បុគ្គលដែលជួបបញ្ហា ស្លាប់ ឬ ពិការ)

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី1 / Life Assured 1

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី2 / Life Assured 2

1. ឈ្មោះពេញរបស់បុគ្គលដែលជួបប្រទះព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង

Full name of the person experiencing claim event: ... [REDACTED] ... (ឈ្មោះអ្នកស្លាប់).....

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត

លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ / សំបុត្រកំណើត

Date of birth: **13 January 1988** (ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នកស្លាប់)

ID number / birth certificate: ...**012345678**.....

2. មូលហេតុនៃមរណភាព / ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ / គ្រោះថ្នាក់រងរបួស (សូមបញ្ជាក់ឱ្យបានជាក់លាក់)

Reason for Death/ Total and Permanent Disability/ Injury (please be specific): ...**គ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍**...(មូលហេតុស្លាប់).....

ថ្ងៃខែឆ្នាំរបស់អ្នកស្លាប់

កាលបរិច្ឆេទព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង / Date of claim event:**14 November 2018**... នៅ / at: (កន្លែងទទួលមរណភាព)...

3. ប្រសិនបើកើតឡើងដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ សូមរៀបរាប់ពីស្ថានភាពលម្អិត និងទីកន្លែងកើតហេតុ

If by accident, please describe the details and place of accident:...**សេពលដែលគាត់កំពុងធ្វើដំណើរពីផ្ទះទៅកន្លែងធ្វើការ ទន្ទឹមគ្នានោះមានថយន្តមួយទៀតបានបើកបរមកពីក្រោយ។ លុះដល់កន្លែងកើតហេតុថយន្តបង្កហេតុ បានបុកពីក្រោយដែលបណ្តាលជនរងគ្រោះស្លាប់នៅកន្លែងកើតហេតុ។ ...**(មូលហេតុស្លាប់)**.....**

កាលបរិច្ឆេទកើតហេតុ / Date of accident: ...**12 November 2018**...**(ថ្ងៃខែកើតហេតុ(គ្រះថ្នាក់ចាចរណ៍))**.....

4. ការងារ និងនិយោជក មុនព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង / Occupation and employer before the claim event:
កាលបរិច្ឆេទបម្រើការងារចុងក្រោយ / Last employment date:... **12 November 2018**...**(ថ្ងៃធ្វើការងារចុងក្រោយ)**.....

5. ការព្យាបាលនៅមណ្ឌលសុខភាព/ Medical treatment at health center: ...**មន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត**.....

មាន (សូមរៀបរាប់លម្អិត តាមតម្រូវការខាងក្រោម) / Yes (please describe the details as below)
(សូមលម្អិតប្រសិនបើអតិថិជនធ្លាប់បានពិនិត្យប្រតិទិន: មុនថ្ងៃទទួលមរណភាព)

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

ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត / Doctor name: **[REDACTED]** ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ/ Hospital name: **Calmette Hospital**
(សូមរៀបរាប់លម្អិតប្រសិនបើអតិថិជនធ្លាប់ចូលច្រើនកន្លែង).....

រោគវិនិច្ឆ័យ/ Diagnosis: **(សូមរៀបរាប់លម្អិតប្រសិនបើអតិថិជនធ្លាប់ចូលច្រើនកន្លែង)**..... ម៉ោង / Time: **(ម៉ោងចូលមន្ទីរពេទ្យ)**...

6. ប្រសិនបើបុគ្គលដែលជួបប្រទះព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណងក៏មានបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិតនៅក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងផ្សេងៗទៀតដែរ សូមបំពេញព័ត៌មានដូចខាងក្រោម / Please provide information below if the person experiencing the claim event also has life insurance policies with other companies:**(ប្រសិនបើអតិថិជនមានទិញធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតពីក្រុមហ៊ុនផ្សេងទៀត(គ្រឹះស្ថាន Prudential)**

ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត / Life Insurance Company:

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិត / Policy number:

ចំនួនទឹកប្រាក់ធានារ៉ាប់រងសរុប / Sum Assured:

របៀបទូទាត់ / Payment Method:

ផ្ទេរតាមរយៈធនាគារ / Bank transfer: **(សូមផ្ញើអោយអ្នកទាមទារសំណងបង្កើតគណនីជាមួយធនាគារ ACLEDA Bank)**
ឈ្មោះម្ចាស់គណនី / Account owner: ... **[REDACTED]** លេខគណនី / Account number: ... **12-34-5678-90**...
នៅធនាគារ / at Bank: ...**ACLEDA Bank**..... ឈ្មោះសាខា / Branch name: ...**Duan Penh**.....
ខេត្តក្រុង / Province/City:**Phnom Penh**.....

សាច់ប្រាក់ ឬមូលប្បទានប័ត្រ នៅសាខាធនាគារ អេស៊ីលីដា / Cash or cheque payment at ACLEDA Bank:
ឈ្មោះអ្នកទទួល / Name of receiver: ...**NA**..... លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ / ID number: ... **NA**
ចុះថ្ងៃទី / Date of issued: **NA** ចេញនៅ / Place of issued: **NA**
ឈ្មោះសាខា / Bank branch's name: ... **NA** ខេត្តក្រុង / Province/City: ... **NA**

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

ទូទាត់សម្រាប់ / Submit payment for:
លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង / ពាក្យស្នើសុំ / Policy/ Application number: ... **NA**

ឈ្មោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ Policy Owner: ... **NA**

ការសន្យា / 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:

(បំពេញដោយអ្នកទាមទារសំណង)

.....ស្នាមមេដៃស្តាំ.....

ឈ្មោះអ្នកទទួលសំណើ / Receiver's name

(ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ / ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត/ អ្នកផ្តល់សេវាអតិថិជន)

(FC/LC/Customer Service) (បំពេញដោយភ្នាក់ងារប្រឹក្សាបស់ Prudential)

កាលបរិច្ឆេទ/ Date:

ហត្ថលេខា និងសរសេរឈ្មោះពេញ

(Sign and full name)

.....

ហត្ថលេខា និងសរសេរឈ្មោះពេញ

(Sign and full name)