

សំណើសុំទាមទារសំណង / CLAIM REQUEST

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិត / Life Insurance Policy Number:.....

ឈ្មោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ Policy Owner:.....

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"/> ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង / Policy Owner	<input type="checkbox"/> អ្នកទទួលផល / Beneficiary
<input type="checkbox"/> អ្នកចាត់ចែងទ្រព្យសម្បត្តិ / Executor of Estate	<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ / Other:

(សូមរាយបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ Please list specific relationship with LA)

ស្នើសុំឲ្យ ក្រុមហ៊ុនព្រូដិនសលកម្ពុជា ទទួលយកសំណើទាមទារសំណងដោយយោងលើ ខ និងលក្ខខណ្ឌនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងខាងលើ។
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
- ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ / Total and Permanent Disability (TPD)

កើតឡើងចំពោះ / Happened to:

- អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី1 / Life Assured 1
- អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី2 / Life Assured 2

1. ឈ្មោះពេញរបស់បុគ្គលដែលជួបប្រទះព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង

Full name of the person experiencing claim event:

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត

Date of birth:

លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ / សំបុត្រកំណើត

ID number / birth certificate:

2. មូលហេតុនៃមរណភាព / ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ / គ្រោះថ្នាក់រងរបួស (សូមបញ្ជាក់ឲ្យបានជាក់លាក់)

Reason for Death/ Total and Permanent Disability/ Injury (please be specific):

កាលបរិច្ឆេទព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង/ Date of claim event: នៅ/ at:

3. ប្រសិនបើកើតឡើងដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ សូមរៀបរាប់ពីស្ថានភាពលម្អិត និងទីកន្លែងកើតហេតុ

If by accident, please describe the details and place of accident:.....

កាលបរិច្ឆេទកើតហេតុ / Date of accident:

4. ការងារ និងនិយោជក មុនព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង / Occupation and employer before the claim event:

កាលបរិច្ឆេទបម្រើការងារចុងក្រោយ / Last employment date:.....

5. ការព្យាបាលនៅមណ្ឌលសុខភាព/ Medical treatment at health center:

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

គ្មាន (សូមភ្ជាប់របាយការណ៍មរណភាព 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: ម៉ោង / Time:

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:

របៀបទូទាត់ / Payment Method:

ផ្ទេរតាមរយៈធនាគារ / Bank transfer:

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

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

ខេត្តក្រុង / Province/City:

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

ទូទាត់សម្រាប់ / Submit payment for:

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

ឈ្មោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ Policy Owner:

ការសន្យា / Commitment:

ខ្ញុំសូមធានាថា ព័ត៌មានខាងលើពិតជាត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដមែន ហើយខ្ញុំសូមទទួលខុសត្រូវទាំងស្រុងចំពោះមុខច្បាប់ទាក់ទងនឹងភាព ត្រឹមត្រូវនៃព័ត៌មាននេះ។

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:

ឈ្មោះអ្នកទទួលសំណើ / Receiver's name

(ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត/ អ្នកផ្តល់សេវាអតិថិជន)

(FC/LC/Customer Service)

កាលបរិច្ឆេទ/ Date:

ហត្ថលេខា និងសរសេរឈ្មោះពេញ

(Sign and full name)

ហត្ថលេខា និងសរសេរឈ្មោះពេញ

(Sign and full name)