

សំណើសុំទាមទារសំណង / CLAIM REQUEST

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

ឈ្មោះម្ចាស់បញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង/ Policy Owner's Name:.....

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី 1 / Life Assured 1:

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី 2 / Life Assured 2:

ព័ត៌មានអ្នកទាមទារសំណង / Claimant's information:

1. ខ្ញុំបាទ / នាងខ្ញុំឈ្មោះ / My name is:.....
2. លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ / ID number:.....
3. មុខរបរ / Occupation:.....
4. អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង / Contact address:.....
5. លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number:..... អ៊ីម៉ែល/ Email:.....
6. មុខងារ / Role:

<input type="checkbox"/> ម្ចាស់បញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង/ Policy Owner	<input type="checkbox"/> អ្នកទទួលបានផល / Beneficiary
<input type="checkbox"/> អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់/Legal Guardian	<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ / Other:

(សូមរាយបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ Please list specific relationship with LA)

7. តើអ្នកមានតំណាងអោយបុគ្គលម្នាក់ផ្សេងទៀតដែរឬទេ/ Are you acting on behalf of another person?

<input type="checkbox"/> មាន/ Yes	<input type="checkbox"/> មិនមាន/ No
-----------------------------------	-------------------------------------

ប្រសិនបើមានសូមផ្តល់ឈ្មោះ/ If tick Yes, please provide name:.....

លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ / ID number:.....

ស្នើសុំឲ្យ ព្រូដិនស៊ីលស្របច្បាប់ 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
- ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ / Total and Permanent Disability (TPD)
- ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ / Critical Illness (CI)
- មូសសុំចាញ់ / Dengue/Malaria
- អ្នកបើកបររងគ្រោះ / PruMySafety
- PRUអ្នកការពារ + PRUការពារប្រចាំថ្ងៃ / PRUTector + PRUDailyProtect
- PRUអ្នកការពារ + PRUសុខភាពខ្ពស់ / PRUTector + PruMyHealth
- ផ្សេងៗ (សូមរាយបញ្ជាក់) / Other (Please detail)

កើតឡើងចំពោះ / Happened to:

- អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី 1 / Life Assured 1
- អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទី 2 / Life Assured 2

1. ឈ្មោះពេញរបស់បុគ្គលដែលជួបប្រទះព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង

Full name of the person experiencing claim event:

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត

Date of birth:

លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ /សំបុត្រកំណើត

ID number / birth certificate:

2. មូលហេតុនៃព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង (សូមបញ្ជាក់ឲ្យបានជាក់លាក់)

Reason for claim event (please be specific):

.....

.....
កាលបរិច្ឆេទព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង/ Date of claim event: នៅ/ at:

3. ប្រសិនបើកើតឡើងដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ សូមរៀបរាប់ពីមូលហេតុនៃគ្រោះថ្នាក់ និងទីកន្លែងកើតហេតុ

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

កាលបរិច្ឆេទ និងពេលវេលាកើតហេតុ / Date and Time of accident:

ផ្នែករាងកាយដែលរងរបួស/Injured body part:

4. ការព្យាបាលនៅកន្លែងថែទាំសុខភាព/ Medical treatment at health facility:

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:

5. 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:

ប្រើប្រាស់ / Payment Method:

ផ្ទេរតាមរយៈធនាគារ / Bank transfer:

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

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

ខេត្តក្រុង / Province/City:

I authorize Prudential (Cambodia) Life Assurance PLC to store and share my data and sensitive information (name, bank account information, ..etc.) within Prudential (Cambodia) Life Assurance PLC and third-party banks to make claim payments.

ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតជូនសេវាកម្មជា រក្សានិងចែករំលែកទិន្នន័យ និងព័ត៌មានសំខាន់របស់ខ្ញុំ (ឈ្មោះ, ព័ត៌មានគណនីធនាគារ ..ល។) ជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតជូនសេវាកម្ម និងធនាគារដែលជាភាគីទីបី ដើម្បីទូទាត់សំណង។

កាមសន្យា / Commitment:

ខ្ញុំបានឃើញ ថតរូប និងបញ្ជូនរូបភាពនៃឯកសារអត្តសញ្ញាណច្បាប់ដើមរបស់ អ្នកទាមទារសំណង/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់/អ្នកទទួលបានផល/ ឬឯកសារច្បាប់ចម្លងដែលបានបោះត្រា និងហត្ថលេខាដោយអាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ច។

I have seen, taken photos of, and uploaded the original/certified/verified copy of Claimant/Legal Guardian/Beneficiary's identity document.

ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង / Claimant's name

កាលបរិច្ឆេទ / Date:

ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ / ទីប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត/ អ្នកផ្តល់សេវាអតិថិជន

FC/LC/Customer Service

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

ខ្ញុំសូមអះអាង ខ្ញុំមានតួនាទីក្នុងការប្រគល់ជូននូវឯកសារពាក់ព័ន្ធនឹងការទាមទារសំណងដែលទទួលបានពីអតិថិជនដូចជាលិខិតជូនដំណឹងអំពីព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង ពាក្យស្នើរសុំទាមទារសំណង របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ របាយការណ៍ប៉ូលីស និងឯកសារផ្សេងៗមកកាន់ PSCC នៅអគារវីត្រាស់ថាវើវើ ជាន់ទី៣ ក្នុងរយៈពេល 15 ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអតិថិជនចុះហត្ថលេខាទទួលបានការទូទាត់សំណង 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 និងឈ្មោះពេញ(Sign and full name):

លេខទូរស័ព្ទ (FC / LC's Phone number):

លេខកូដ (FC / LC's Code):