

**លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិ**

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

នាងខ្ញុំ/ខ្ញុំបាទ សូមអនុញ្ញាត និងយល់ព្រមឲ្យក្រុមហ៊ុន ព្រូដិនស៊ីល (ខេមបូឌា) ឡាយហ្វ អ៊ីស្ត្រីន ភីអិលស៊ី ម.ក ទទួលបានឯកសារ  
វេជ្ជសាស្ត្រសង្ខេប និងរបាយការណ៍សុខភាពផ្សេងៗ ដែលបានទទួលការពិគ្រោះ ពិនិត្យ ឬព្យាបាល ផ្សេងៗនៅគ្លីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យក្នុង  
និងក្រៅប្រទេសកម្ពុជា។

នាងខ្ញុំ/ខ្ញុំបាទ សូមអះអាងថា ខាងក្រោមនេះជាស្នាមមេដៃរបស់ នាងខ្ញុំ/ខ្ញុំបាទដើម្បីបញ្ជាក់ថា នាងខ្ញុំ/ខ្ញុំបាទយល់ព្រមឲ្យគ្លីនិក ឬ  
មន្ទីរពេទ្យ ប្រគល់ជូនឯកសារវេជ្ជសាស្ត្រសង្ខេប និងរបាយការណ៍សុខភាពផ្សេងៗ ឲ្យក្រុមហ៊ុន ព្រូដិនស៊ីល (ខេមបូឌា) ឡាយហ្វ  
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 have policy number: ....., and I 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 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: .....