



ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ

CLAIM FORM FOR CRITICAL ILLNESS

* ចំណុចដែលតម្រូវឱ្យបំពេញជាចាំបាច់ / Mandatory Field

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង / Policy Number *:

កូដទីប្រឹក្សាផែនការជីវិត / LP Code*: _____ / _____ ឈ្មោះទីប្រឹក្សាផែនការជីវិត / LP Name*: _____
លេខទូរស័ព្ទចល័តរបស់ទីប្រឹក្សាផែនការជីវិត / LP Mobile No.*: _____

A- ព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រូវបានធានា / INFORMATION OF INSURED

1. ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានា / Name of Insured*: _____
2. a) ភេទ / Gender* ប្រុស / Male ស្រី / Female
b) ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត / Date of Birth*: (dd/mm/yyyy) _____

3. លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែន/សំបុត្រកំណើតរបស់អ្នកទាមទារសំណង
ID / Passport / Birth Certificate No*: _____
4. លេខទូរស័ព្ទចល័ត / Mobile No *: _____
5. អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល / Email Address: _____

6. អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង / Correspondence Address*: ផ្ទះលេខ/ House No: _____ ផ្លូវ / Street: _____ ភូមិ / Village: _____ ឃុំ/សង្កាត់ /
Commune/Sangkat: _____ ស្រុក/ខណ្ឌ / District/Khan: _____ ខេត្ត/ក្រុង / Province/City: _____ ប្រទេស / Country: _____

B- ព័ត៌មានរបស់អ្នកទាមទារសំណង / INFORMATION OF CLAIMANT

1. អ្នកទាមទារសំណងនិងអ្នកត្រូវបានធានាគឺជាមនុស្សតែម្នាក់?
Claimant and Insured is the same person?: បាទ/ចាស/Yes ទេ/No
2. ព័ត៌មានអំពីគណនីធនាគាររបស់អ្នកទាមទារសំណងសំរាប់ធ្វើការទទួលសំណង/
Information related to Bank account of Claimant for AIA to Pay the Claim to*:
a) ឈ្មោះធនាគារ / Bank Name*: _____
b) ឈ្មោះម្ចាស់គណនី / Bank Account Owner Name*: _____
c) លេខគណនីធនាគារ / Bank account number*: _____
d) ប្រភេទសាច់ប្រាក់គណនី / Currency Type*: _____

3. ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង / Name of Claimant*: _____
4. a) ភេទ / Gender* ប្រុស / Male ស្រី / Female
b) ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត / Date of Birth*: (dd/mm/yyyy) _____

5. ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកទាមទារសំណងនិងអ្នកត្រូវបានធានា / Relationship between Claimant and Insured*: _____

6. លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែន/សំបុត្រកំណើតរបស់អ្នកទាមទារសំណង
ID / Passport / Birth Certificate No*: _____
7. លេខទូរស័ព្ទចល័ត / Mobile No *: _____
8. អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល / Email Address: _____

9. អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង / Correspondence Address*: ផ្ទះលេខ/ House No: _____ ផ្លូវ / Street: _____ ភូមិ / Village: _____ ឃុំ/សង្កាត់ /
Commune/Sangkat: _____ ស្រុក/ខណ្ឌ / District/Khan: _____ ខេត្ត/ក្រុង / Province/City: _____ ប្រទេស / Country: _____

C- ព័ត៌មានអំពីជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ / INFORMATION RELATED TO CRITICAL ILLNESS

1. ឈ្មោះជំងឺធ្ងន់ធ្ងរដែលអ្នកទាមទារសំណង/ Name of the Critical Illness you are claiming for*: _____

2. ពិពណ៌នាអំពីរោគសញ្ញាពីថ្ងៃចាប់ផ្តើម / Describe the symptoms from date of onset*: _____

3. កាលបរិច្ឆេទការពិគ្រោះលើកទីមួយ / Date of first consultation*: _____

4. តើអ្នកមានរោគសញ្ញានេះអស់រយៈពេលប៉ុន្មានហើយ(សូមមេត្តាបញ្ជាក់ឱ្យបានច្បាស់ បើអាចទៅរួច) / How long have you been having these signs and symptoms? (Please indicate exact date if possible)*: _____

D- កំណត់ត្រាការពិគ្រោះសុខភាព/ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ / RECORD OF MEDICAL CONSULTATION / HOSPITALIZATION

កាលបរិច្ឆេទ(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) Date(dd/mm/yyyy)*	ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត/មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក Name of Doctor/Hospital / Clinic*	ហេតុផលនៃការពិគ្រោះ Reason for consultation*	អាសយដ្ឋាន address*

1. សូមមេត្តាបំពេញចន្លោះខាងក្រោម អំពីព័ត៌មានលម្អិតនៃវេជ្ជបណ្ឌិត ឬ អ្នកឯកទេស ដែលអ្នកបានពិគ្រោះជាមួយទាក់ទងទៅនឹងជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ និងជំងឺផ្សេងទៀតដែលរួមមានការទទួលបានស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ។ Please give below, details of any other doctor(s) or specialist(s) you have consulted in connection with this illness and other illness including hospital admission*.

2. តើអ្នកមានជំងឺ/បញ្ហាផ្សេងទៀត មុនពេលកើតជំងឺធ្ងន់ធ្ងរនេះឬទេ? ប្រសិនបើ "មាន" សូមមេត្តាផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត។ មាន/ Yes គ្មាន / No
Are there any other illness / complaints suffered by you, prior to this critical illness? If "Yes", please give full details*.

E- ការអះអាង និងការអនុញ្ញាត / DECLARATION AND AUTHORIZATION

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ សូមអះអាងថា រាល់ចម្លើយដែលបានផ្តល់គឺពិតប្រាកដ និងពេញលេញដោយយោងតាមការដឹងព្រម និងភាពជឿជាក់របស់ខ្ញុំ។
I/We declare that the answers given are true and complete to the best of my/our knowledge and belief.

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ដូចមានចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម យល់ថាការធ្វើទំរង់នេះ មិនបង្កើតភាពព្រួយបារម្ភ អេ អាយ អេ (ខេមបូឌា) ឡាយហ្វ អ៊ិនស៊ុរ៉ង់ស៊ី ម.ក (តទៅនេះត្រូវហៅថា "អេ អាយ អេ ខេមបូឌា") ទទួលយកការទាមទាររបស់ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ហើយការបង់ប្រាក់ការទាមទារនេះ មិនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាការទទួលយកចុងក្រោយរបស់ អេ អាយ អេ ខេមបូឌាឡើយ ចំពោះការទាមទារនេះ និងរាល់ការទាមទារបន្ថែមដែលអាចកើតឡើង ហើយ អេអាយអេ រក្សាសិទ្ធិគ្រប់យ៉ាងនៅក្នុងការវាយតម្លៃ ឬ អនុវត្តអំពើដ៏សមស្របមួយនាពេលចាំបាច់។

I/We undersigned, understand the acceptance of this form is in no way an admission of AIA (Cambodia) Life Insurance Plc ("AIA Cambodia") liability of my/our claim and agree that payment of this claim shall not be construed as final admission of AIA liability of this and any further claims arising and AIA reserves full rights for the appropriate evaluation or action where necessary.

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ដូចមានចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម តទៅនេះសូមអនុញ្ញាតអង្គការ ស្ថាប័ន ឬ រូបវន្តបុគ្គល ណាមួយ ដែលមានឯកសារ ឬ ចំណេះដឹងណាមួយ អំពីសុខភាព ឬ ប្រវត្តិសុខភាព ឬ ការព្យាបាល ឬ ការណែនាំ របស់ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ និងដែលធ្លាប់មាន ឬ អាចនឹងពិគ្រោះបន្ទាប់មកទៀត ឲ្យចែកចាយជូន អេ អាយ អេ ឬ តំណាងស្របច្បាប់នូវព័ត៌មានទាំងនោះ។

I/We, the undersigned(s) hereby irrevocably authorize any organization, institution, or individual that has any records or knowledge of my/our health and medical history or treatment or advise and that has been or may hereafter be consulted to disclose to AIA or its representative such information.

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ យល់ដឹង និងយល់ព្រមថា រាល់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដែល អេ អាយ អេ ប្រមូលបាន ឬ កាន់កាប់ (មិនថាមាននៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ ឬ ទទួលបានតាមរយៈ ណាមួយ) អាចនឹងរក្សា ប្រើប្រាស់ និងចែកចាយ ដោយ អេ អាយ អេ ចំពោះរូបវន្តបុគ្គល/ស្ថាប័ន ដែលទាក់ទង និងពាក់ព័ន្ធជាមួយ អេ អាយ អេ ឬ ភាគីដែលបានជ្រើសរើសណាមួយ (នៅក្នុង ឬ ក្រៅព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា រួមមានក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង និងក្រុមហ៊ុនអង្កេតលើការទាមទារសំណង និងសមាគម/សហព័ន្ធនៃវិស័យនេះ) ក្នុងគោលបំណងបញ្ជូនពាក្យស្នើសុំនេះ និងផ្តល់ជូនសេវាបន្ត នៃផលិតផលហិរញ្ញវត្ថុ និងសេវានេះ និងដើម្បីទាក់ទងជាមួយខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ក្នុងគោលបំណងដែលនេះ។ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ យល់ថា ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ មានសិទ្ធិមើល និងស្នើសុំកែប្រែរាល់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដែល អេអាយ អេ ខេមបូឌា កាន់កាប់ ហើយដែលទាក់ទងនឹងខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ។

I/We understand and agree that any personal information collected or held by AIA (whether contained in this application or otherwise obtained) may be held, used and disclosed by AIA. to individuals/ institution related to and associated with AIA or any selected third party (within or outside of Cambodia, including reinsurance and claims investigation companies and industry associations/ federations) for the purpose of processing this application and providing subsequent service for this and other financial products and service and to communicate with me/us for such purposes. I/We understand that I/We have a right to obtain access to and to request correction of any personal information held by AIA concerning me/us.

ការអនុញ្ញាតនេះត្រូវចែងអ្នកស្នង និងអ្នកចាត់តាំង និងត្រូវមានសុពលភាពរហូត បើទោះបីជាខ្ញុំទទួលមរណភាព ឬ ចាត់បង់សមត្ថភាព។ ច្បាប់ចម្លងនៃការអនុញ្ញាតនេះត្រូវចាត់ទុកថាមានសុពលភាព និងយកជាការដូចច្បាប់ដើមដែរ ហើយអាចយកមកប្រើប្រាស់នៅក្នុងការទាមទារសំណងក្រោយៗរបស់ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ។

This authorization shall bind my/our successors and assignees and remain valid notwithstanding my/our death or incapacity in so far as legally possible. A photocopy of this authorization or claim form shall be as valid as the original and can be used for my/our further claims.

ហត្ថលេខាអ្នកទាមទារសំណង / Signature of Claimant *: _____
ឈ្មោះ / Name*: _____
កាលបរិច្ឆេទ(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) / Date (dd/mm/yyyy)*: _____

ហត្ថលេខាទីប្រឹក្សាផែនការជីវិត / Signature of LP*: _____
ឈ្មោះ / Name*: _____
កាលបរិច្ឆេទ(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) / Date (dd/mm/yyyy)*: _____