



ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងការបាត់បង់អវៈយវៈទាំងស្រុងនិងជាអចិន្ត្រៃយ៍

CLAIM FORM for TOTAL & PERMANENT DISMEMBERMENT (TPD)

\*ចំណុចដែលត្រូវឱ្យបំពេញជាចាំបាច់/ Mandatory Field

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| លេខបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង / Policy Number * <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| កូដទីប្រឹក្សាផែនការជីវិត / LP Code* _____ / _____ ឈ្មោះទីប្រឹក្សាផែនការជីវិត/LP Name*: _____<br>លេខទូរស័ព្ទចល័តរបស់ទីប្រឹក្សាផែនការជីវិត/ LP Mobile No.*: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>A- ព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រូវបានធានា / INFORMATION OF INSURED</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 1. ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានា / Name of Insured*: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2. a) ភេទ / Gender* <input type="checkbox"/> ប្រុស/ Male <input type="checkbox"/> ស្រី/ Female<br>b) ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត/ Date of Birth*(dd/mm/yyyy) _____                                                                                                                                                                                              |
| 3. លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែន/សំបុត្រកំណើតរបស់អ្នកទាមទារសំណង<br>ID / Passport / Birth Certificate No*: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 4. លេខទូរស័ព្ទចល័ត (Mobile No)*: _____<br>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>B- ព័ត៌មានរបស់អ្នកទាមទារសំណង / INFORMATION OF CLAIMANT</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 1. អ្នកទាមទារសំណងនិងអ្នកត្រូវបានធានាគឺជាមនុស្សតែម្នាក់?<br>Claimant and Insured is the same person*:<br><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស/Yes <input type="checkbox"/> ទេ/No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2. ព័ត៌មានអំពីគណនីធនាគាររបស់អ្នកទាមទារសំណងសំរាប់ធ្វើការទទួលសំណង/<br>Information related to Bank account of Claimant for AIA to Pay the Claim to*:<br>a) ឈ្មោះធនាគារ / Bank Name*: _____<br>b) ឈ្មោះម្ចាស់គណនី / Bank Account Owner Name*: _____<br>c) លេខគណនីធនាគារ / Bank account number*: _____<br>d) ប្រភេទសាច់ប្រាក់គណនី / Currency Type*: _____ |
| 3. ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង / Name of Claimant*: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 4. a) ភេទ / Gender* <input type="checkbox"/> ប្រុស/ Male <input type="checkbox"/> ស្រី/ Female<br>b) ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត/ Date of Birth*(dd/mm/yyyy) _____                                                                                                                                                                                              |
| 5. ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកទាមទារសំណងនិងអ្នកត្រូវបានធានា / Relationship between Claimant and Insured*: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 6. លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែន/សំបុត្រកំណើតរបស់អ្នកទាមទារសំណង<br>ID / Passport / Birth Certificate No*: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 7. លេខទូរស័ព្ទចល័ត / Mobile No * : _____<br>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: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 10. តើអ្នកទាមទារសំណងជាប្រជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិកឬទេ? Does The Claimant is a US person <sup>(1)</sup> ?* <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ No<br><sup>(1)</sup> បុគ្គលអាមេរិកគឺជាអ្នកមានសញ្ញាតិអាមេរិក ឬអ្នកដែលបានមានការទាក់ទងសហរដ្ឋអាមេរិកដូចជា ទីកន្លែងកំណើតនៅសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ អាសយដ្ឋាននៅសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ លេខធនាគារសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ លេខទូរស័ព្ទសហរដ្ឋអាមេរិក និងផ្សេងៗទៀត។<br><sup>(1)</sup> A US Person is either a citizen of the of the United States of America or could be someone with a US Indicia such as US place of birth, OR a US address, OR a US bank account, OR a US telephone number, and so on. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>C- ព័ត៌មានដែលទាក់ទងការបាត់បង់អវៈយវៈទាំងស្រុងនិងជាអចិន្ត្រៃយ៍ / INFORMATION RELATED TO TPD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 1. ផ្នែកនៃកាយសម្បទាដែលរួសប្រភេទរួស / Number of Parts of body injured or kind of injury*:<br>ភ្នែក/ Eye(s): _____ ដៃ/ Arm(s): _____ ជើង/ Leg(s): _____ ផ្សេងៗ/ Other details: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 2. a) ស្ថានភាពមុខរបរបច្ចុប្បន្ន/ The current exact duties after TPD*:<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 3. a) ឈ្មោះអាជីវកម្ម ឬ និយោជកបច្ចុប្បន្ន/ Name of current business or employer*:<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                            |
| b) ចំណូលប្រចាំខែ/ Current monthly income*:<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | b) អាសយដ្ឋានអាជីវកម្ម ឬ និយោជកបច្ចុប្បន្ន/ Address of current business or employer*<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 4. a) មុខរបរមុនពេលពិការភាព/ Detail the exact duties before TPD*:<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | c) លេខទូរស័ព្ទចល័តអាជីវកម្ម ឬ និយោជកបច្ចុប្បន្ន/ Phone No of current business or employer*:<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                 |
| b) ចំណូលប្រចាំខែមុនពេលពិការភាព / Monthly income before TPD*:<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 5. a) ឈ្មោះអាជីវកម្ម ឬ និយោជកមុនពេលពិការភាព/ Name of business or employer before TPD*:<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 6. កាលបរិច្ឆេទធ្វើការចុងក្រោយ (ប្រសិនបើអ្នកបច្ចុប្បន្នគ្មានការងារ)?<br>The date of last working day (if you are not currently employed)*: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | b) អាសយដ្ឋានអាជីវកម្ម ឬ និយោជកមុនពេលពិការភាព/ Address of business or employer before TPD*:<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | c) លេខទូរស័ព្ទចល័តអាជីវកម្ម ឬ និយោជកមុនពេលពិការភាព/ Phone No before TPD*:<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 7. កាលបរិច្ឆេទចូលធ្វើការវិញ (ប្រសិនបើ "គ្មាន" សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទ គ្រោងនឹងត្រលប់ទៅធ្វើការវិញ)/ Date you are returned to work (if "No", please give expected date of return)*: _____                                                                                                                                                                |

8. តើអ្នកបច្ចុប្បន្នត្រូវបានកំណត់ឲ្យ/ Are you currently confined to\*:

|                                                           |                          |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------|
| នៅលើគ្រែ Bed-Ridden                                       | <input type="checkbox"/> |
| ជិះរទេះ Wheel Chair Bound                                 | <input type="checkbox"/> |
| អាចធ្វើចលនាបានដោយមានជំនួយ Able to Movement with Aids      | <input type="checkbox"/> |
| អាចធ្វើចលនាបានដោយគ្មានជំនួយ Able to Movement without Aids | <input type="checkbox"/> |

**D- ប្រសិនបើពិការភាពបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ / IF TPD WAS DUE TO ACCIDENT**

|                                                                    |                                                     |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1. កាលបរិច្ឆេទ និងពេលវេលាគ្រោះថ្នាក់ / Date and Time of Accident*: | 2. a) តើវាកើតឡើងនៅកន្លែងណា? / Where did it happen?* |
|                                                                    | b) តើវាកើតឡើងដោយរបៀបណា? / How did it happen?*       |

**E- ប្រសិនបើពិការភាពបណ្តាលមកពីជំងឺ / IF TPD WAS DUE TO ILLNESS**

|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. a) ជំងឺដែលបណ្តាលអោយមានពិការភាព / The illness caused of TPD happen*? :                                                                                  | 2. a) កាលបរិច្ឆេទលេចចេញរោគសញ្ញា / Date symptoms started*:                                                                                                                  |
| b) ពិពណ៌នាសង្ខេបអំពីរោគសញ្ញា / Describe the summary symptoms*:                                                                                            | b) រោគសញ្ញានេះលេចចេញរយៈពេលប៉ុន្មានខែ មុនពេលអ្នកត្រូវបានធានាជួបពិគ្រោះជាលើកដំបូង / How many months had Insured been having these symptoms prior to the first consultation?* |
| 3. ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ មន្ទីរពេទ្យឬមន្ទីរពេទ្យគ្លីនិកពិគ្រោះដំបូងអំពីជំងឺនេះ / The Name of doctor/ Hospital/ Clinic for the first consulted for this illness*: | 4. ជំនួសគ្រូពេទ្យបន្ទាប់ពីការពិគ្រោះដំបូង/ Doctor comment after first consultation*:                                                                                       |

5. ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានគ្រូពេទ្យប្រចាំរបស់អ្នកនិងវេជ្ជបណ្ឌិតដទៃទៀតដែលអ្នកបានពិគ្រោះអំពីភាពមិនប្រក្រតីណាមួយនៅក្នុងកំឡុង 12 ខែចុងក្រោយ ។ / Names and addresses of your regular doctors / Hospital/ clinic and any other doctors consulted for any other disorder in the last 12 months\*

| ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត/មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក /Names of Doctors/Hospital/Clinic | ហេតុផលក្នុងការពិគ្រោះ/Reasons for Consultation | អាសយដ្ឋានវេជ្ជបណ្ឌិត/មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក / Address of Doctors/Hospital/Clinic |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                        |                                                |                                                                               |

**F- ការអះអាងនិងការអនុញ្ញាត / DECLARATION AND AUTHORIZATION**

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ សូមអះអាងថា រាល់ចម្លើយដែលបានផ្តល់គឺពិតប្រាកដ និងពេញលេញដោយយោងតាមការដឹង 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 មិនបង្កើតកាតព្វកិច្ចឲ្យ អេ អាយ អេ (ខេមបូឌា) ឡាយហ្វ អ៊ិនស៊ុរ៉ង់ ម.ក (តទៅនេះត្រូវហៅថា "អេអាយអេ") ទទួលយកការទាមទាររបស់ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ហើយការបង់ប្រាក់ការទាមទារនេះ មិនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាការទទួលយកចុងក្រោយរបស់ អេអាយអេឡើយ 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") 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 អេអាយអេ ឬ តំណាងស្របច្បាប់ នូវព័ត៌មានទាំងនោះ។  
 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។  
 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.

ការអនុញ្ញាតនេះត្រូវចងអ្នកស្នង និងអ្នកចាត់តាំង និងត្រូវមានសុពលភាពរហូត បើទោះបីជាខ្ញុំទទួលមរណភាព ឬ បាត់បង់សមត្ថភាព។ ច្បាប់ចម្លងនៃការអនុញ្ញាតនេះ ត្រូវចាត់ទុកថាមានសុពលភាព និងយកជាការដូចច្បាប់ដើមដែរ ហើយអាចយកមកប្រើប្រាស់នៅក្នុងការទាមទារសំណងក្រោយរបស់ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ។  
 This authorization shall bind my/our successors and assigns 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 *: | ហត្ថលេខាទីប្រឹក្សាផែនការជីវិត / Signature of LP*: |
| ឈ្មោះ / Name*:                                    | ឈ្មោះ / Name*:                                    |
| កាលបរិច្ឆេទ(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) / Date (dd/mm/yyyy)*:  | កាលបរិច្ឆេទ(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) / Date (dd/mm/yyyy)*:  |