

ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងមរណៈភាព
DEATH CLAIM FORM

* ត្រូវបំពេញជាចាំបាច់ / Mandatory fields.

សូមបញ្ជាក់ថា៖ បុគ្គលណាមួយដាក់ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង ដែលមានព័ត៌មានមិនពិត ឬលាក់បាំងក្នុងគោលបំណងបំភាន់ ព័ត៌មានណាមួយទាក់ទងនឹងការទាមទារសំណង គឺជាបទឧក្រិដ្ឋ។

Note: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or claim containing any Materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent act which is a crime.

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង / លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងជាក្រុម Policy No / Group Policy No*:	ឈ្មោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policyholder Name*:
---	--

ផ្នែកទី ១ – ព័ត៌មានលម្អិតរបស់អ្នកត្រូវបានធានា
Section 1 – Details of The Life Assured

ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានា Life Assured's Name*:	ភេទ Sex*:
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត Date of Birth*:/...../.....	លេខ អត្តសញ្ញាណបណ្ណ ឬលិខិតឆ្លងដែន National ID No./Passport*
ការងារ-មុខរបរ-មុខតំណែង Work-Occupation-Position*	អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅ Residential Address*:

ផ្នែកទី ២ – ព័ត៌មានលម្អិតនៃការស្នើសុំទាមទារសំណង
Section 2 – Details of Claim

ការទាមទារសំណងលើមរណៈភាពដោយសារ៖ Death Claim cause*: <input type="checkbox"/> មរណៈភាពបណ្តាលមកពីជំងឺ / Death due to illness <input type="checkbox"/> មរណៈភាពបណ្តាលមកពី គ្រោះថ្នាក់ / Death due to accident	ទាមទារសំណង Claim Amount*(US\$):
--	--

ក) – ព័ត៌មានលម្អិតនៃការមរណៈភាពបណ្តាលមកពីជំងឺ (បំពេញជាចាំបាច់ចំពោះតែមរណៈភាពដោយជំងឺតែម្យ៉ាងគត់)
A) - Details of Death due to Illness (Mandatory to complete for death due to illness only)

1. រោគវិនិច្ឆ័យ Diagnosis*	2. ថ្ងៃទទួលមរណៈភាព Date of death*
3. ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ Name of Hospital/ Clinic*	4. លេខទំនាក់ទំនងមន្ទីរពេទ្យ Hospital/ Clinic No*
5. ថ្ងៃចូលមន្ទីរពេទ្យ Admission Date*/...../.....	6. ថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ Discharge date*/...../.....
7. ថ្ងៃចុងក្រោយនៃការពិគ្រោះ យោបល់ Last Date of Consultation*/...../.....	8. ទីកន្លែងទទួលមរណៈភាព Place of death*

9. តើអ្នកត្រូវបានធានាចាប់ផ្តើមមានរោគសញ្ញាតាំងពីពេលណាមក? សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម ៖
How long has the Life Assured gotten the Symptom(s)?

10. តើអ្នកត្រូវបានធានាធ្លាប់បានទៅពិនិត្យសុខភាពជាប្រចាំដែររឺទេ? ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម ៖
Does the Life Assured have Medical check-up regularly? Please provide the details below*

11. សូមពណ៌នាអំពីរោគសញ្ញា និងព្រឹត្តិការណ៍ ៦ ម៉ោងមុនពេលទទួលមរណៈភាព របស់អ្នកត្រូវបានធានានៅខាងក្រោម ៖
Please describe the Symptom(s) and event(s) 6 hours before the Time of death*.
.....

12. សូមផ្តល់ព័ត៌មាននៃការព្យាបាលកន្លងមក និងថ្មីៗនេះនៅខាងក្រោម ៖
Please provide information on previous and current medical treatment below*.
.....

ថ្ងៃចូលមន្ទីរពេទ្យ Admission Date/...../.....	ថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ Discharge Date/...../.....	រោគវិនិច្ឆ័យ / មូលហេតុ Diagnosis / Reason	ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ Name of Hospital/Clinic
---	---	---	--

13. សូមពណ៌នាអំពីលក្ខខណ្ឌសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានាពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិច នៅខាងក្រោម ៖
Please describe the medical condition(s) of the Life Assured after discharge from the Hospital/Clinic*.

ខ) – ព័ត៌មានលម្អិតនៃការទទួលមរណៈភាពបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ (បំពេញជាចាំបាច់ចំពោះតែមរណៈភាពដោយគ្រោះថ្នាក់តែម្យ៉ាងគត់)
B) – Details of death due to accident (Mandatory to complete for death due to accident only)

1. មូលហេតុនៃគ្រោះថ្នាក់ Cause of Accident*	.....	2. ទីកន្លែងទទួលមរណៈភាព Place of death*	.....
3. ថ្ងៃទទួលគ្រោះថ្នាក់ Date of Accident*	...../...../.....	4. ថ្ងៃទទួលមរណៈភាព Date of death*/...../.....
5. សូមពណ៌នាអំពីឧបត្តិហេតុដែលបណ្តាលអោយបាត់បង់ជីវិត Describe the details of accident happen*:			

ផ្នែកទី ៣ – ព័ត៌មានលម្អិតរបស់អ្នកទទួលផល
Section 3 – Details of Beneficiary

1	ឈ្មោះអ្នកទទួលផល Beneficiary Name*	.....	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត Date of Birth*/...../.....
	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណឬលិខិតឆ្លងដែន National ID No./Passport*	.....	លេខទំនាក់ទំនង Contact Number*	.....
	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកស្លាប់ Relationship*	.....	
2	ឈ្មោះអ្នកទទួលផល Beneficiary Name	.....	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត Date of Birth/...../.....
	លេខ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណឬលិខិតឆ្លងដែន National ID No./Passport	.....	លេខទំនាក់ទំនង Contact Number	.....
	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកស្លាប់ Relationship	.....	

ការអះអាងរបស់អ្នកទទួលផល
Declaration of Beneficiary

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំទទួលស្គាល់ និងបញ្ជាក់ថា៖
1. ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលយើងបានផ្តល់គឺពិតជាត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ។
2. សារតាមនៃអ្នកទទួលផលដែលមានឈ្មោះត្រូវបានពិនិត្យ និងបញ្ជាក់ពីភាពស្របច្បាប់របស់អ្នកទទួលផលរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត និង/ឬ ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
3. អនុញ្ញាតឲ្យក្រុមហ៊ុនប្រើប្រាស់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូននៅទីនេះ តាមការតម្រូវអាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ច និង/ឬ បទប្បញ្ញត្តិជាធរមាន។
4. យើងខ្ញុំព្រមទទួលស្គាល់ថា ក្នុងករណីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងកំណត់ឃើញថាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់មិនពេញលេញ និង/ឬ ត្រូវបានផ្តល់ខុសពីការពិតដោយប្រការណាមួយ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងមានសិទ្ធិក្នុងការស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែម ក្នុងគោលបំណងដើម្បីធ្វើការព្រួយបារម្ភភាពត្រឹមត្រូវ ឬសម្រេចការទាមទារសំណងរ៉ាប់រងដោយយោងទៅតាម ខ និងលក្ខខណ្ឌនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
ជនណាដែលមាន ចេតនាក្លែងបន្លំមកកាន់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតហួតតេ ឡាយហ្វី អ៊ីស្ត្រុនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក ឬបុគ្គលណាមួយដាក់ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង ដែលមានព័ត៌មានមិនពិត ឬលាក់បាំងក្នុងគោលបំណងបំភាន់ ព័ត៌មានណាមួយទាក់ទងនឹងការទាមទារសំណង គឺជាបទឧក្រិដ្ឋ។

By signing below, we acknowledge and confirm that:
1. All information we have given is true and complete to the best of our knowledge and belief;
2. Background of the beneficiary has been checked and confirmed the legitimate of the beneficiary of the Life Assured;
3. Authorization to the Company to use the information given herein as required by the competent authority and/or regulation in-force;
4. We acknowledged that in case Forte Life Assurance (Cambodia) Plc. determines the information provided to be incomplete and/or willfully misrepresented, the Company reserves the right to request additional supporting information/documents for verification purposes and make the claim decision in according to policy terms and conditions.
Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or claim containing any Materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent act which is a crime.

ឈ្មោះរបស់អ្នកទទួលផល ១ Name and signature of beneficiary 1*	ឈ្មោះរបស់អ្នកទទួលផល ២ Name and signature of beneficiary 2
..... ឈ្មោះ Name: កាលបរិច្ឆេទ Date: ...../...../.....	..... ឈ្មោះ Name: កាលបរិច្ឆេទ Date:/...../.....