

ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងការបាត់បង់អរយវៈទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែក និងជាអចិន្ត្រៃយ៍

TOTAL & PERMANENT DISABILITY AND PARTIAL PERMANENT & DISABILITY 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 – ព័ត៌មានអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត
Section 1 – Details of The Life Assured

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

អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅ
Residence Address* :

ផ្នែកទី ២ – ព័ត៌មាននៃការស្នើសុំទាមទារសំណង
Section 2 – Details of Claim

<p>1. ទាមទារសំណងចំពោះអត្ថប្រយោជន៍៖ Apply for claim benefit of? *</p> <p><input type="checkbox"/> ពិការភាពទាំងស្រុងដោយគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ TPD due to Accident</p> <p><input type="checkbox"/> ពិការភាពទាំងស្រុងដោយជំងឺ TPD due to Illness</p> <p><input type="checkbox"/> ពិការភាពដោយផ្នែកដោយគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ Partial TPD due to accident</p> <p><input type="checkbox"/> ពិការភាពដោយផ្នែកដោយគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ Partial TPD due to illness</p>	<p>2. កាយសម្បទា Parts of body loss:*</p> <p><input type="checkbox"/> ភ្នែក (មួយឬទាំងសងខាង) Eye(s):</p> <p><input type="checkbox"/> ដៃ (មួយឬទាំងសងខាង) Arm(s):</p> <p><input type="checkbox"/> ជើង (មួយឬទាំងសងខាង) Leg(s):</p> <p><input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ Other :</p>
<p>3. ចំនួនទឹកប្រាក់ទាមទារសំណង*៖ Claim amount: (US\$)</p>	

ក) – បណ្តាលមកពី ជំងឺ (បំពេញជាចាំបាច់ចំពោះពិការភាពដោយជំងឺតែម្យ៉ាងគត់)
A) – Due to Illness (Mandatory to complete for TPD or Partial TPD due to illness only)

1. កាលបរិច្ឆេទនៅពេលដែលរោគសញ្ញាចាប់ផ្តើមមាន៖
Date when symptoms started (dd/mm/yyyy) * :

2. តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងចាប់ផ្តើមមានរោគសញ្ញាតាំងពីពេលណាមក មុនពេលជួបពិគ្រោះយោបល់លើកដំបូង? សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម ៖
How long has Life Assured been experiencing symptoms before the first consultation? Please provide the following details*:
.....

3. តើជំងឺអ្វីដែលបណ្តាលអោយមានពិការភាពទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែក និងជាអចិន្ត្រៃយ៍? សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម៖
What was the cause of the TPD diagnosis? Please provide the following details*.
.....

4. សូមពណ៌នាអំពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក នៅខាងក្រោម ៖
Describe the condition(s) of the Life Assured after discharge from the Hospital/Clinic*.

ខ) - បណ្តាលមកពី គ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ

(បំពេញជាចាំបាច់ចំពោះពិការភាពដោយគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យតែម្យ៉ាងគត់)

B) - Due to Accident

(Mandatory to complete for TPD or Partial TPD due to accident only)

1. មូលហេតុនៃគ្រោះថ្នាក់ Cause of Loss*	.....	2. កាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់ Date of Accident */...../.....
3. ទីកន្លែងកើតហេតុ Place of Loss*	.....	
4. សូមពណ៌នាពីមូលហេតុដែលនាំអោយមានឧបទ្ទវហេតុកើតឡើង៖ Please describe how the Incident occurred*:			
.....			

ផ្នែកទី ៣ - ព័ត៌មានអ្នកទាមទារសំណង ឬទទួលផល

Section 3 - Details of Beneficiary or Claimant

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

ការអះអាងរបស់អ្នកទាមទារសំណង ឬទទួលផល

Declaration of Beneficiary or Claimant

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំទទួលស្គាល់ និងបញ្ជាក់ថា៖

1. ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលយើងបានផ្តល់គឺពិតជាត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ។
2. សារតនៃអ្នកទទួលផលដែលមានឈ្មោះត្រូវបានពិនិត្យ និងបញ្ជាក់ពីភាពស្របច្បាប់របស់អ្នកទទួលផលរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត និង/ឬ ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
3. អនុញ្ញាតឲ្យក្រុមហ៊ុនប្រើប្រាស់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូននៅទីនេះ តាមការតម្រូវអាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ច និង/ឬ បទប្បញ្ញត្តិជាធរមាន។
4. យើងខ្ញុំព្រមទទួលស្គាល់ថា ក្នុងករណីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងកំណត់ឃើញថាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់មិនពេញលេញ និង/ឬ ត្រូវបានផ្តល់ខុសពីការពិតដោយប្រការណាមួយ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងមានសិទ្ធិទូទាញក្នុងការស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែម ក្នុងគោលបំណងដើម្បីធ្វើការព្យាករណ៍ភាពត្រឹមត្រូវ ឬសម្រេចការទាមទារសំណងរ៉ាប់រងដោយយោងទៅតាម ខ និងលក្ខខណ្ឌនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។

ជនណាដែលមាន ចេតនាក្លែងបន្លំមកកាន់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតហ្វូតេ ឡាយហ្វ អ៊ីស្ត្រីស៍ (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 confirm the legitimate of the beneficiary of the Life Assured and Policyholder;
3. Authorization to the Company to use the information given herein as required by 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/document 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.

ឈ្មោះរបស់អ្នកទាមទារសំណង ឬទទួលផល Name and signature of Claimant / beneficiary	ឈ្មោះរបស់អ្នកទាមទារសំណង ឬទទួលផលទី២ Name and signature of beneficiary 2
---	---

..... ឈ្មោះ Name: កាលបរិច្ឆេទ Date:/...../..... ឈ្មោះ Name: កាលបរិច្ឆេទ Date:/...../.....
---	---