

## សំណើសុំផ្លាស់ប្តូរបញ្ញត្តិសន្យារ៉ាប់រង

### POLICY CHANGES REQUEST FORM

លេខបញ្ញត្តិសន្យារ៉ាប់រង/ **Policy Number**:..... កាលបរិច្ឆេទ/ **Date**:.....  
 ឈ្មោះម្ចាស់បញ្ញត្តិសន្យារ៉ាប់រង/ **Policy Owner Name**:..... ឈ្មោះទីប្រឹក្សា/ **Agent Name**:.....  
 ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានា/ **Life insured Name**:..... លេខកូដទីប្រឹក្សា/ **Agent Code**:.....  
 លេខទំនាក់ទំនង/ **Contact Number**:..... លេខទំនាក់ទំនងទីប្រឹក្សា/ **Contact Number**:.....

**សូមគូសគ្រឹស(✓)នៅក្នុងប្រអប់ណាមួយសំរាប់សំណើសុំផ្លាស់ប្តូរ / Please tick "✓" in appropriate box(es) below for application change(s):**

**ផ្នែកទី១៖ ការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន/Part I: Personal Information Change**

ការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានរបស់/Change(s) to be applied to:  
 ម្ចាស់បញ្ញត្តិសន្យារ៉ាប់រង/ Policy Owner  
 អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ Life Insured  
 ឈ្មោះពេញ/Full name:..... លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ID Number:.....

តើបច្ចុប្បន្នអ្នកមានបង់ពន្ធនៅសហរដ្ឋអាមេរិកទេ?/ Do you currently have to file a tax return in the USA?  មាន/Yes  មិនមាន/No

**1. ការផ្លាស់ប្តូរ ឬកែប្រែឈ្មោះ (សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវឯកសារសំគាល់អត្តសញ្ញាណ) / Change/ Correction Name (please attach copy of identification document)**

ឈ្មោះ/Name	ឈ្មោះចាស់/Existing Name	ឈ្មោះថ្មី/New Name
ជាភាសាខ្មែរ/In Khmer		
ជាភាសាអង់គ្លេស/In English		

**2. ការកែប្រែលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត/ភេទ (សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវឯកសារសំគាល់អត្តសញ្ញាណ) / Correction of ID Number/Date of Birth/Gender (please attach copy of identification documents)**

• ការកែប្រែនឹងផ្លាស់ប្តូរបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង និងទឹកប្រាក់ធានា ដែលតម្រូវអោយដាក់ឯកសារបន្ថែម និងបង់បុព្វលាភបន្ថែម / This amendment may lead to change of insurance premium and the sum assured which you may be required to submit additional documents and premium.

លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណថ្មី/Corrected ID Number	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតថ្មី/Corrected Date of Birth	ភេទ/ Corrected Gender
		<input type="checkbox"/> ភេទប្រុស/Male <input type="checkbox"/> ភេទស្រី/Female

**3. ការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានទំនាក់ទំនង / Contact Information Change**

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែលថ្មី/ New Email Address			
លេខទំនាក់ទំនងថ្មី/ New Mobile No.			
អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅថ្មី/ New residential address	ផ្ទះលេខ/House No:	ផ្លូវលេខ/St No:	ភូមិ/Village:
	ខណ្ឌ/ស្រុក/District:	ក្រុង/City:	ប្រទេស/Country:

**4. ការផ្លាស់ប្តូរមុខរបរ / Occupation Change**

មុខរបរថ្មី New Occupation	ការងារលម្អិត New Details of Job	ក្រុមហ៊ុន ឬអាសយដ្ឋាន New name of Employer and Address	ប្រាក់ចំណូលសរុបអំឡុងពេល១២ខែមុន Total Income During the Past 12 Months
			ខ្មែរ/KHR
			ដុល្លារអាមេរិក/USD

**5. ការផ្លាស់ប្តូរប្រទេសកំណើត / Country of Birth Change /**  **6. ការផ្លាស់ប្តូរសញ្ជាតិ / Nationality Change**

ព័ត៌មានចាស់/Existing Information	ព័ត៌មានថ្មី/New Information

7. ការផ្លាស់ប្តូរហត្ថលេខា / Signature Change

គំរូហត្ថលេខា/ស្នាមមេដៃចាស់ Former Signature/Thumbprint Specimen	គំរូហត្ថលេខា/ស្នាមមេដៃថ្មី New Signature/Thumbprint Specimen

**ផ្នែកទី២៖ ការផ្លាស់ប្តូរបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង / Part II: Change in Policy**

8. ការផ្លាស់ប្តូរវិធីសាស្ត្របង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង / Mode of Payment Change

ផ្លាស់ប្តូរពី/Change from: <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ/Annually <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆមាស/Semi-annually <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស/Quarterly <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ/Monthly	ទៅជា/To: <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ/Annually <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆមាស/Semi-annually <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស/Quarterly <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ/Monthly
ការដំឡើងបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងថ្មី/New Installment Premium: USD _____ បុព្វលាភរ៉ាប់រងត្រូវបង់បន្ថែម/Additional Premium Required: USD _____	

9. ការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានអ្នកទទួលផល / Information of Beneficiary Change

អ្នកទទួលផលដែលត្រូវបានតែងតាំងពីមុននៅក្នុងពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រង បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬការកែប្រែដែលបានអនុម័តពីមុន ត្រូវបានបញ្ចប់ ឬត្រូវជំនួសដោយអ្នកទទួលផលដែលបានតែងតាំងថ្មីដូចខាងក្រោម បន្ទាប់ពីមានការអនុម័តពីក្រុមហ៊ុនលើការកែប្រែនេះ។ / The previous appointed beneficiary(ies) in the insurance application form, policy or previous amendment shall be terminated and replaced by the new appointed beneficiary(ies) below after the company's approval on this amendment.

ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកទទួលផល Beneficiary Full Name	ទំនាក់ទំនង Relationship	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/សំបុត្រកំណើត/លិខិតឆ្លងដែន Identification No./Birth Certificate/Passport No.	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត Date of Birth	ភាគរយ% Percentage %

សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណដែលមានសុពលភាព សំបុត្រកំណើត លិខិតឆ្លងដែន ឬឯកសារផ្លូវការដែលបានថតចម្លងត្រឹមត្រូវតាមច្បាប់ដើមផ្សេងទៀត ដែលបញ្ជាក់ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកទទួលផល និងអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ / Please attach certified true copy of Valid ID card, Birth Certificate, Passport or other official documents to prove relationship between the beneficiary (ies) and life insured.

10. ការស្នើសុំផ្សេងៗ និងការពន្យល់ / Other Request and/or Explanation

(សូមជ្រើសរើសដើម្បីស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ដែលមិនមានរាយក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ឬ ដើម្បីផ្តល់ការពន្យល់បន្ថែមណាមួយសំរាប់ការផ្លាស់ប្តូរដែលត្រូវបានធ្វើឡើង) (Please select to request a policy change that is not listed on this form or to provide any further explanation to change being made)

**ផ្នែកទី៣៖ សេចក្តីប្រកាស និងការអនុញ្ញាត / Part III: Declarations and Authorization**

- ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ជាអ្នកស្នើសុំធានារ៉ាប់រង/អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សូមប្រកាសថាគ្រប់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូននៅក្នុងសំណើសុំផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មាននេះ គឺមានភាពពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវ។ / I, applicant/ Life Insured, confirm that all information provided in this request form is complete and true.
- ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ យល់ច្បាស់ថាសំណើសុំផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ គឺជាផ្នែកសំខាន់មួយនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំដែលស្ថិតនៅក្រោមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ។ អាស្រ័យហេតុនេះ សំណើនេះនឹងមានសុពលភាព លុះត្រាតែក្រុមហ៊ុនទទួលយល់ព្រម និង/ឬ អនុម័តតែប៉ុណ្ណោះ។ / I truly understand that the request for information amendment of application/ policy stated above is considered to be significant of my insurance under my policy. In this regard, such intention would become effective only after the company has given its consent and/or approval.

ហត្ថលេខាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ Signature of Policy Owner   ឈ្មោះពេញ/ Full Name:  កាលបរិច្ឆេទ/ Date:	ហត្ថលេខាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ Signature of Life Insured   ឈ្មោះពេញ/ Full Name:  កាលបរិច្ឆេទ/ Date:	ហត្ថលេខាទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ Signature of Financial Advisor   ឈ្មោះពេញ/ Full Name:  កាលបរិច្ឆេទ/ Date:
--	---	--