

ក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តុន ឡាយហ្វ អ៊ិនស្វ័រេន ម.ក

សំណើទាមទារសំណង/CLAIM REQUEST FORM

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង / Policy Number:.....

ឈ្មោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ Policy Owner's Name:.....

១. ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ឈ្មោះ / Claimant's Name:

២. លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លេខលិខិតឆ្លងដែន / ID number/Passport:.....

៣. អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង / Contact address:.....

៤. លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number:..... អ៊ីម៉ែល / Email:.....

៥. មុខងារ / Role:

<input type="checkbox"/> ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង / Policy Owner	<input type="checkbox"/> អ្នកទទួលផល / Beneficiary
<input type="checkbox"/> អ្នកចាត់ចែងទ្រព្យសម្បត្តិ / Executor of Estate	<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ / Other:.....

៦. សូមរាយបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / Please list specific relationship with life insured.....

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សូមស្នើសុំឱ្យក្រុមហ៊ុន ទីតាន ស្តុន ឡាយហ្វ អ៊ិនស្វ័រេន ម.ក ទទួលយកសំណើទាមទារសំណងដោយយោងលើបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងខាងលើ / I Request Titan Stone Life Insurance Plc. to accept the claim request according to the policy provision mentioned above.

ព័ត៌មានលម្អិតទាក់ទងនឹងព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង / Details regarding Claim Event:

- មរណភាព/ Death
- ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍/ Total and Permanent Disability (TPD)

កើតឡើងចំពោះ / Happened to:

១. ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកដែលជួបប្រទះព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង / Full name of the person experiencing claim event:..... ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត/ Date of birth:..... លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/សំបុត្រកំណើត/ ID number /birth certificate:.....

២. មូលហេតុនៃមរណភាព/ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍/ Reason for Death/Total and Permanent Disability:

កាលបរិច្ឆេទនៃព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង/ Date of claim event: នៅ/ at:

៣. ប្រសិនបើកើតឡើងដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ សូមរៀបរាប់ពីស្ថានភាពលម្អិត និងទីកន្លែងកើតហេតុ / If by accident, please describe the details and place of Accident:

.....

.....

.....

កាលបរិច្ឆេទកើតហេតុ/ Date of accident:.....

៤. មុខរបរ និងការងារមុនព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារ/ Occupation and work before the claim event:.....

កាលបរិច្ឆេទបម្រើការងារ និងមុខរបរចុងក្រោយ/ Last Occupation and work date:.....

៥. ការព្យាបាលនៅមណ្ឌលសុខភាព/ Medical treatment at health center:.....

- មាន (សូមពណ៌នាព័ត៌មានលម្អិត តាមតម្រូវការដូចខាងក្រោម) / Yes (please describe the details as below)
 ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត/ Doctor name:.....ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ/ Hospital name:.....
 រោគវិនិច្ឆ័យ/ Diagnosis:.....
- គ្មាន (សូមបញ្ជូនរបាយការណ៍មរណភាព ឬឯកសារដែលមានតម្លៃស្មើដោយមានការអនុម័តពីអាជ្ញាធរមានសម្ថកិច្ច សម្រាប់ព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណងក្នុងករណីមរណភាព) / No (submit Death Report or equivalent document with the approval of local authority for the claim event of death) ។

៦. សូមផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោម ប្រសិនបើបុគ្គលដែលជួបប្រទះព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណងក៏មានបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិតជាមួយ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតផ្សេងទៀតដែរ/ Please provide information below if the person experiencing the claim event also has life insurance policies with other companies

ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត/ Life Insurance Company:

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ Policy Number:

ទឹកប្រាក់ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ Sum Insured:

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្នកទទួលបាន/ Details of Beneficiaries:

ឈ្មោះពេញ Full Name	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ លេខ លិខិតឆ្លងដែន/ លេខចុះបញ្ជីក្រុមហ៊ុន/ ID card/ Passport/ Company Registration Number	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានា រ៉ាប់រង Relationship to the life Insured	ចំណែក (%) Share (%)

ឯកសារសម្រាប់ទាមទារសំណង / Required Claim Documents:

- ទម្រង់បែបបទទាមទារសំណង/ Claim Request Form
- របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ/ Medical Report
- របាយការណ៍ប៉ូលីស/ Police Report
- សេចក្តីចម្លងសំបុត្រមរណភាព ឬសេចក្តីបញ្ជាក់អំពីពិការភាពទាំងស្រុង និងអចិន្ត្រៃយ៍ចេញដោយមន្ទីរពេទ្យ ឬអាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ច/ Copy of Death Certificate or Confirmation Letter about Total and Permanent Disability (TPD) issued by hospital, clinic or competent authority
- វិញ្ញាបនបត្រធានារ៉ាប់រងច្បាប់ដើម/ Original Insurance Certificate
- ឯកសារថតចម្លងអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ លិខិតឆ្លងដែន សៀវភៅគ្រួសារ សំបុត្រកំណើត សំបុត្រអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬឯកសារផ្សេងទៀតរបស់អ្នកទទួលបានដែលបញ្ជាក់អំពីទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ Copy of ID Card, Passport, Family book, Birth certificate, Marriage certificate, or other documents that proof relationship between Life Insured and Beneficiary
- លិខិតបញ្ជាក់ ឬឯកសារផ្សេងទៀតដែលមានសារៈសំខាន់ក្នុងការវាយតម្លៃលើការទូទាត់សំណង និងរាល់ការស្នើសុំឯកសារទាំងឡាយ និងការចំណាយផ្សេងទៀតជាបន្តករបស់អ្នកទាមទារសំណង/ Confirmation letter or other documents shall be required if they are important for claim

វិធីសាស្ត្រទូទាត់/ Payment Method:

- ការផ្ទេរប្រាក់តាមធនាគារ/ Bank transfer:
 ម្ចាស់គណនី/ Account owner:.....លេខគណនី/ Account number:.....
 នៅធនាគារ/ at Bank:.....ឈ្មោះសាខា/ Branch name:.....
- ការបង់ប្រាក់តាមវិធីផ្សេងទៀត ប្រសិនបើមិនមានគណនីធនាគារ
 for other payment method if there is no bank account.

ការធានាអះអាង/ Commitment:

ខ្ញុំធានាថាព័ត៌មានខាងលើ គឺពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវ ហើយទទួលខុសត្រូវផ្លូវច្បាប់ទាំងអស់ទាក់ទងនឹងភាពត្រឹមត្រូវនៃព័ត៌មាននេះ។
 I guarantee that the information above is true and accurate, and take all legal responsibility regarding the accuracy of this information.

ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង/ Claimant's name

កាលបរិច្ឆេទ/ Date:.....

.....
ហត្ថលេខា និងឈ្មោះពេញ
 (Sign and full name)

ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ សេវាកម្មអតិថិជន

Financial Consultant/ Customer Service

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់អះអាងថា ខ្ញុំមានកាតព្វកិច្ចបញ្ជូនសំណុំឯកសារដើមពាក់ព័ន្ធនឹងការទាមទារសំណងដូចជា ទម្រង់បែបបទទាមទារសំណង របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ របាយការណ៍ប៉ូលីស និងឯកសារផ្សេងទៀតទៅកាន់ការិយាល័យធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត ទីតាន ស្តុន ឡាយហ្វី អ៊ិនស្តរេន ម.ក នៅ អាគារលេខ៤១ “KY iCenter” ជាន់ទី២៨ បន្ទប់លេខ៣៦០១-៣៦២០ ផ្លូវ ៣៦០ ភូមិ៧ សង្កាត់ទួលស្វាយព្រៃទី១ ខណ្ឌបឹងកេងកង រាជធានីភ្នំពេញ ក្នុងរយៈពេល១៥ ថ្ងៃ គិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអតិថិជនចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទទាមទារសំណង។ ប្រសិនបើមិនដូច្នោះទេ ខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះករណី ដែលទាក់ទងនឹងការលេចធ្លាយព័ត៌មានអតិថិជន។

“I confirm I have an obligation to submit original set related to claim documents such as Claim Request Form, Medical Report, Police Report and other documents to Titan Stone Life Insurance Plc. office at 28th Floor of KY iCenter (Building #41), Street 360, Phum 7, Sangkat Toul Svay Prey 1, Khan Boeung Keng Kang, Phnom Penh within 15 days from the date that customer signed on Claim Request Form. If not, I will take responsibility for any case related to a breach of customer information.”

កាលបរិច្ឆេទ/ Date:

.....
ហត្ថលេខា និងឈ្មោះពេញ
 (Sign and full name)