



7. តើអ្នកបច្ចុប្បន្នត្រូវបានកំណត់ឲ្យសូមរើសយកចំណើយមួយ Are you currently confined any of the following(Select one of them)\* :

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- ការអះអាងនិងការអនុញ្ញាត / DECLARATION AND AUTHORIZATION**

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំស្នើសុំនិងផ្តល់សិទ្ធិដល់ អេ អាយ អេ (ខេមបូឌា) ឡាយហ្វ អ៊ិនស្យូរ៉ង ម.ក (“អេអាយអេ”) ដើម្បីផ្តល់ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍និងប្រាក់ត្រូវបានបង្វិលសងដោយ អេអាយអេ ទៅក្នុងគណនីធនាគាររបស់ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំតាមព័ត៌មានលម្អិតនៃគណនីធនាគារដែលផ្តល់អោយ។

I/We hereby request and authorize AIA (Cambodia) Life Insurance Plc (“AIA”) to credit any benefit payouts and moneys refunded by AIA to the bank account details provided.

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ សូមអះអាងថា រាល់ចម្លើយដែលបានផ្តល់គឺពិតប្រាកដ និងពេញលេញដោយយោងតាមការដឹងឮ និងភាពជឿជាក់របស់ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ។

I/We declare that the answers given are true and complete to the best of my/our knowledge and belief.

ខ្ញុំ ដូចមានចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម យល់ថាការផ្ញើទម្រង់នេះ មិនបង្កើតកាតព្វកិច្ចឲ្យ អេ អាយ អេ (ខេមបូឌា) ឡាយហ្វ អ៊ិនស្យូរ៉ង ម.ក នោះទេ។ អេអាយអេ រក្សាសិទ្ធិគ្រប់យ៉ាងនៅក្នុងការវាយតម្លៃ ឬ អនុវត្តសកម្មភាពសមស្របមួយនាពេលចាំបាច់។

I undersigned, understand the delivery of this form is in no way an admission of AIA (Cambodia) Life Insurance Plc. AIA reserves full rights for the appropriate evaluation or action where necessary.

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ដូចមានចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម តទៅនេះសូមអនុញ្ញាតឱ្យអង្គការ ស្ថាប័ន ឬ រូបវន្តបុគ្គល ណាមួយ ដែលមានឯកសារ ឬ ចំណេះដឹងណាមួយ អំពីសុខភាព ឬ ប្រវត្តិសុខភាព ឬ ការព្យាបាល ឬ ការណែនាំ របស់អ្នកត្រូវបានធានា ដែលធ្លាប់មាន 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 insured health and medical history or treatment or advice and that has been or may hereafter be consulted to disclose to AIA or its representative such information.

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ យល់ដឹង និងយល់ព្រមថា រាល់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដែល អេអាយអេ ប្រមូលបាន ឬ កាន់កាប់ ( មិនថាមាននៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ ឬ ទទួលបានតាមរយៈ ណាមួយ ) អាចនឹងរក្សាទុក ប្រើប្រាស់ និងចែកចាយ ដោយ អេអាយអេ ចំពោះរូបវន្តបុគ្គល/ស្ថាប័ន ដែលទាក់ទង និងពាក់ព័ន្ធជាមួយ អេអាយអេ ឬ ភាគីដែលបានជ្រើសរើសណាមួយ (នៅក្នុង ឬ ក្រៅព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា រួមមានក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង និងក្រុមហ៊ុនអង្កេតលើការទាមទារសំណង និងសមាគម/សហព័ន្ធនៃវិស័យនេះ ) ក្នុងគោលបំណងបញ្ជូនពាក្យស្នើសុំនេះ និងផ្តល់ជូនសេវាបន្ត នៃផលិតផលហិរញ្ញវត្ថុ និងសេវានេះ និងដើម្បីទាក់ទងជាមួយខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ក្នុងគោលបំណងដដែលនេះ។ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ យល់ថា ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ មានសិទ្ធិមើល និងស្នើសុំកែប្រែរាល់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដែល អេអាយអេ កាន់កាប់ ហើយដែលទាក់ទងនឹងខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ។

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/organization 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 processing this claim 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.

ហត្ថលេខាអ្នកទាមទារសំណង / Signature of Claimant\* : \_\_\_\_\_  
 ឈ្មោះ / Name\* : \_\_\_\_\_  
 កាលបរិច្ឆេទ(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) / Date (dd/mm/yyyy)\* : \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខាទីប្រឹក្សាផែនការជីវិត / Signature of LP\* : \_\_\_\_\_  
 ឈ្មោះ / Name\* : \_\_\_\_\_  
 កាលបរិច្ឆេទ(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) / Date (dd/mm/yyyy)\* : \_\_\_\_\_