



ពាក្យស្នើរសុំទាមទារសំណងមរណភាព

CLAIM FORM FOR DEATH

\* ចំណុចដែលតម្រូវឱ្យបំពេញជាចាំបាច់/ Mandatory fields

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/ Policy Number \* [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

កូដទីប្រឹក្សាផែនការជីវិត/ LP Code)\* \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ ឈ្មោះទីប្រឹក្សាផែនការជីវិត/ LP Name\*: \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទចល័តរបស់ទីប្រឹក្សាផែនការជីវិត/ LP Mobile No.\*: \_\_\_\_\_

**A- ព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រូវបានធានា / INFORMATION OF INSURED (DECEASED)**

ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានា / Name of Insured\*: \_\_\_\_\_ 2. a) ភេទ / Gender\*  ប្រុស/ Male  ស្រី/ Female  
b) ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត/ Date of Birth:(dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_

3. កាលបរិច្ឆេទធ្វើការចុងក្រោយ / The date of last working day\* (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_ 4. មុខរបរនៅពេលទទួលមរណភាព / Occupation at time of death\*: \_\_\_\_\_

5. a) ឈ្មោះនិយោជក / Name of employer\*: \_\_\_\_\_ 6. អាសយដ្ឋាននិយោជក / Address of employer at time of death\*: \_\_\_\_\_  
b) លេខទូរស័ព្ទនិយោជក/ Contact No of employer\*: \_\_\_\_\_

7. ស្ថានភាពគ្រួសាររបស់អ្នកស្លាប់នៅពេលទទួលមរណភាព/ Deceased's marital status at the time of Death\*  រៀបការ/ Married  នៅលីវ/ Single

8. តើអ្នកស្លាប់មានមរតកសាសន៍ទេ? / Did the Deceased leave a Will?  មាន (Yes)  គ្មាន (No)

9. a) កាលបរិច្ឆេទពេលវេលា ទទួលមរណភាព/ Date & Time of Death\* (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_, ម៉ោង/ នាទី(hr/mn)\* \_\_\_\_\_

b) ទីតាំងទទួលមរណភាព/ Place of Death\*: \_\_\_\_\_

c) មូលហេតុមរណភាព / Cause of Death\*: \_\_\_\_\_

10. (a) បំពេញក្នុងករណីមរណភាពបណ្តាលមកពី/ To be completed the Death caused by\*:  
 គ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ / Accident  ជំងឺឬចាស់ជរា/ Disease or Natural  អត្តឃាតឬសំលាប់ខ្លួន / Suicide

(b) ពិពណ៌នាលម្អិតអំពីព្រឹត្តិការណ៍ កើតឡើងតាមរូបភាពណា និងអ្នកស្លាប់កំពុងធ្វើអ្វីនាពេលនោះ: / Details of accident/event, how it happened and what was the Insured doing at the time\*: \_\_\_\_\_

11. (a) តើពេលណាដែលអ្នកស្លាប់ត្រូវបានជំងឺដំបូង ឬ បង្ហាញពីជំងឺចុងក្រោយរបស់គាត់ទៅអ្នកផ្សេង? / When did the Deceased first complain of, or give others indications about the last illness?\* (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_

(b) តើពេលណាដែលអ្នកស្លាប់បានពិគ្រោះជាលើកដំបូងជាមួយគ្រូពេទ្យអំពីជំងឺចុងក្រោយរបស់គាត់? / When did the Deceased first consult a doctor(s) for the last illness?\* (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_

12. តើមានបានស៊ើបអង្កេតឬធ្វើកោសល្យវិច័យលើសាកសពទេ? ប្រសិនបើ"មាន"សូមមេត្តាផ្តល់ច្បាប់ចម្លងវិញ្ញាបនបត្រនៃសេចក្តីសម្រេច ឬ លទ្ធផល។  
Was an inquest or post-mortem examination held on the body? \* If "Yes", please furnish certified copy of verdict or findings\*.  មាន/ Yes  គ្មាន/ No

**B- ព័ត៌មានរបស់អ្នកទាមទារសំណង / INFORMATION OF CLAIMANT\***

1. ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង/ Name of Claimant\*: \_\_\_\_\_ 2. a) ភេទ / Gender\*:  ប្រុស / Male  ស្រី / Female  
b) ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) / Date of Birth(dd/mm/yyyy)\*: \_\_\_\_\_

3. លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែន/សំបុត្រកំណើតរបស់អ្នកទាមទារសំណង  
ID / Passport / Birth Certificate No\*: \_\_\_\_\_ 4. លេខទូរស័ព្ទចល័ត / Mobile No\*: \_\_\_\_\_  
5. អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល / Email address: \_\_\_\_\_

6. ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកស្លាប់ / Relationship with the Deceased\*: \_\_\_\_\_

7. អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង/ Correspondence Address\*: ផ្ទះលេខ/ House No: \_\_\_\_\_ ផ្លូវ/ Street: \_\_\_\_\_ ភូមិ/ Village: \_\_\_\_\_ ឃុំ/សង្កាត់/  
Commune/Sangkat: \_\_\_\_\_ ស្រុក/ខណ្ឌ/ District/Khan: \_\_\_\_\_ ខេត្ត/ក្រុង/ Province/City: \_\_\_\_\_ ប្រទេស/ Country: \_\_\_\_\_

8. តើអ្នកទាមទារសំណងជាប្រជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិកឬទេ? Does The Claimant is a US person<sup>(1)</sup>?\*  បាទ/បាទ  ទេ No

<sup>(1)</sup> បុគ្គលអាមេរិកគឺជាអ្នកមានសញ្ជាតិអាមេរិក ឬអ្នកដែលបានមានការទាក់ទងសហរដ្ឋអាមេរិកដូចជា ទីកន្លែងកំណើតនៅសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ អាសយដ្ឋាននៅសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ លេខធានាសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ លេខទូរស័ព្ទសហរដ្ឋអាមេរិក និងផ្សេងៗទៀត។

<sup>(1)</sup> A US Person is either a citizen of the of the United States of America or could be someone with a US Indicia such as US place of birth, OR a US address, OR a US bank account, OR a US telephone number, and so on.

9. ព័ត៌មានអំពីគណនីធនាគាររបស់អ្នកទាមទារសំណងសំរាប់ធ្វើការទទួលសំណង/ Information related to Bank account of Claimant for AIA to Pay the Claim to\*:

a) ឈ្មោះធនាគារ / Bank Name\*: \_\_\_\_\_ b) ឈ្មោះម្ចាស់គណនី / Bank Account Owner Name\*: \_\_\_\_\_

c) លេខគណនីធនាគារ / Bank account number\*: \_\_\_\_\_ d) ប្រភេទសាច់ប្រាក់គណនី / Currency Type\*: \_\_\_\_\_

**C- ការអះអាង និងការអនុញ្ញាត DECLARATION AND AUTHORIZATION**

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ សូមអះអាងថា រាល់ចម្លើយដែលបានផ្តល់គឺពិតប្រាកដ និងពេញលេញដោយយោងតាមការដឹង និងភាពជឿជាក់របស់ខ្ញុំ។  
 I/We declare that the answers given are true and complete to the best of my/our knowledge and belief.

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ដូចមានចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម យល់ថាការផ្ញើទម្រង់នេះ មិនបង្កើតភាពភ័យខ្លាច អោយ អេ (ខេមបូឌា) ឡាយហ្វ អ៊ិនស៊ុរ៉ង់ស៊ី ម.ក (តទៅនេះត្រូវហៅថា "អេអាយអេ") ទទួលយកការទាមទាររបស់ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ហើយ ការបង់ប្រាក់ការទាមទារនេះ មិនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាការទទួលយកចុងក្រោយរបស់ អេអាយអេ ខេមបូឌា ឡើយ ចំពោះការទាមទារនេះ និងរាល់ការទាមទារបន្ថែមដែលអាចកើតឡើង ហើយ អេអាយអេ រក្សាសិទ្ធិគ្រប់យ៉ាង នៅក្នុងការវាយតម្លៃ ឬ អនុវត្តអំពើសមស្របមួយនាពេលចាំបាច់។  
 I/We undersigned, understand the delivery of this form is in no way an admission of AIA (Cambodia) Life Insurance Plc (hereinafter refers to "AIA") liability of my/our claim and agree that payment of this claim shall not be construed as final admission of AIA liability of this and any further claims arising and AIA reserves full rights for the appropriate evaluation or action where necessary.

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ដូចមានចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម តទៅនេះសូមអនុញ្ញាតអង្គការ ស្ថាប័ន ឬ រូបវន្តបុគ្គល ណាមួយ ដែលមានឯកសារ ឬ ចំណេះដឹងណាមួយ អំពីសុខភាព ឬ ប្រវត្តិសុខភាព ឬ ការព្យាបាល ឬ ការណែនាំ របស់ខ្ញុំ/ យើងខ្ញុំ និងដែលធ្លាប់មាន 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 my/our health and medical history or treatment or advise 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) អាចនឹងរក្សា ប្រើប្រាស់ និងចែកចាយ ដោយ អេ អាយអេ ចំពោះរូបវន្តបុគ្គល/ស្ថាប័ន ដែលទាក់ទង និងពាក់ព័ន្ធជាមួយ អេអាយអេ ឬ ភាគីដែលបានជ្រើសរើសណាមួយ (នៅក្នុង ឬ ក្រៅព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា រួមមានក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង និងក្រុមហ៊ុនអន្តរជាតិការទាមទារ សំណង និងសមាគម/សហគ្រាសនៃវិស័យនេះ) ក្នុងគោលបំណងបញ្ជូនពាក្យស្នើសុំនេះ និងផ្តល់ជូនសេវាបន្ត នៃផលិតផលហិរញ្ញវត្ថុ និងសេវានេះ និងដើម្បីទាក់ទងជាមួយខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ក្នុងគោលបំណងដែលនេះ។ 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 the purpose of processing this application 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.

ការអនុញ្ញាតនេះត្រូវចងក្រងអ្នកស្នង និងអ្នកចាត់តាំង និងត្រូវមានសុពលភាពរហូត បើទោះបីជាខ្ញុំទទួលមរណភាព ឬ បាត់បង់សមត្ថភាព។ ច្បាប់ចម្លងនៃការអនុញ្ញាតនេះ ត្រូវចាត់ទុកថាមានសុពលភាព និងយកជាការដូចច្បាប់ ដើមដែរ ហើយអាចយកមកប្រើប្រាស់នៅក្នុងការទាមទារសំណងក្រោយរបស់ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ។  
 This authorization shall bind my/our successors and assignees and remain valid notwithstanding my/our death or incapacity in so far as legally possible. A photocopy of this authorization or claim form shall be as valid as the original and can be used for my/our further claims.

ហត្ថលេខាអ្នកទាមទារសំណងទី១ / Signature of Claimant 1*: _____ ឈ្មោះ / Name*: _____ កាលបរិច្ឆេទ(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) / Date (dd/mm/yyyy)*: _____	ហត្ថលេខាអ្នកទាមទារសំណងទី២ / Signature of Claimant 2*: _____ ឈ្មោះ / Name*: _____ កាលបរិច្ឆេទ(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) / Date (dd/mm/yyyy)*: _____
ហត្ថលេខាអ្នកទាមទារសំណងទី៣ / Signature of Claimant 3*: _____ ឈ្មោះ / Name*: _____ កាលបរិច្ឆេទ(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) / Date (dd/mm/yyyy)*: _____	ហត្ថលេខាប្រឹក្សាផែនការជីវិត / Signature of LP*: _____ ឈ្មោះ / Name*: _____ កាលបរិច្ឆេទ(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) / Date (dd/mm/yyyy)*: _____

Please enter details of the additional beneficiaries below:

--

**ព័ត៌មានរបស់អ្នកទាមទារសំណង / INFORMATION OF CLAIMANT #2\* or BENEFICIARY #2**

1. ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង/ Name of Claimant*: _____	2. a) ភេទ / Gender*: <input type="checkbox"/> ប្រុស / Male <input type="checkbox"/> ស្រី / Female b) ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) / Date of Birth(dd/mm/yyyy)*: _____
3. លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែន/សំបុត្រកំណើតរបស់អ្នកទាមទារសំណង ID / Passport / Birth Certificate No*: _____	4. លេខទូរស័ព្ទចល័ត / Mobile No*: _____ 5. អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល / Email address: _____
6. ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកស្លាប់ / Relationship with the Deceased*: _____	
7. អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង/ Correspondence Address*: ផ្ទះលេខ/ House No: _____ ផ្លូវ/ Street: _____ ភូមិ/ Village: _____ ឃុំ/សង្កាត់/ Commune/Sangkat: _____ ស្រុក/ខណ្ឌ/ District/Khan: _____ ខេត្ត/ក្រុង/ Province/City: _____ ប្រទេស/ Country: _____	
8. តើអ្នកទាមទារសំណងជាប្រជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិកឬទេ? Does The Claimant is a US person <sup>(1)?</sup> <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ No	
<small>(1) បុគ្គលអាមេរិកគឺជាអ្នកមានសញ្ញាតិអាមេរិក ឬក៏អ្នកដែលបានមានការទាក់ទងសហរដ្ឋអាមេរិកដូចជា ទីកន្លែងកំណើតនៅសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ អាសយដ្ឋាននៅសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ លេខធានាការសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ លេខទូរស័ព្ទសហរដ្ឋអាមេរិក និងផ្សេងៗទៀត។                  (1) A US Person is either a citizen of the of the United States of America or could be someone with a US Indicia such as US place of birth, OR a US address, OR a US bank account, OR a US telephone number, and so on.</small>	
9. ព័ត៌មានអំពីគណនីធានាការបង់អ្នកទាមទារសំណងសំរាប់ធ្វើការទទួលសំណង/ Information related to Bank account of Claimant for AIA to Pay the Claim to*: b) ឈ្មោះធនាគារ / Bank Name*: _____ b) ឈ្មោះម្ចាស់គណនី / Bank Account Owner Name*: _____ c) លេខគណនីធានាការបង់ / Bank account number*: _____ d) ប្រភេទសាច់ប្រាក់គណនី / Currency Type*: _____	