

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលកំពុងត្រូវបានទាមទារសំណង  
 Policy number(s) being claimed  
 លេខទូរស័ព្ទអ្នកទាមទារសំណង និង អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល  
 Claimant's phone number and email address:

### វិធីសាស្ត្រនៃការទូទាត់សំណង Payment Method

ការផ្ទេរប្រាក់តាមធនាគារ Bank transfer

ឈ្មោះធនាគារ Bank name

ឈ្មោះម្ចាស់គណនី Account holder name

លេខគណនីធនាគារ Account number

### ស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន និងអត្ថប្រយោជន៍ដែលកំពុងទាមទារសំណង Current conditions and the benefit are claiming for

មរណភាព Death  អត្ថប្រយោជន៍ Manulife Medicash  ពិការភាពទាំងស្រុងជាអចិន្ត្រៃយ៍ Total Disability

ពិការភាពអវយវៈដោយគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ Accidental Dismemberment

អត្ថប្រយោជន៍ការព្យាបាលជំងឺធ្ងន់ធ្ងរកម្រិតដំបូង Early Critical Illness\*\*

អត្ថប្រយោជន៍ការព្យាបាលជំងឺធ្ងន់ធ្ងរកម្រិតធ្ងន់ Major Critical Illness\*\*

\*\*\* សូមភ្ជាប់ជាមួយនូវរបាយការណ៍របស់គ្រូពេទ្យ និងរបាយការណ៍រោគសាស្ត្រ និងលទ្ធផលគាំទ្រលក្ខខណ្ឌជំងឺទាំងអស់  
 Please attach the pathology report and all supporting medical/diagnosis document

### ព័ត៌មាននៃការទាមទារសំណង និងអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង information of the claim being made and Life Insured

1 អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងគឺជា /Insured person is  អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង Life Insured  អ្នកបង់ប្រាក់ Payor

2 អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន Current address

3 មុខរបរបច្ចុប្បន្ន Current occupation

4 ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានកន្លែងធ្វើការ Name and work place

5 មូលហេតុនៃហេតុការណ៍កើតឡើង Cause of loss event

ជំងឺ Illness រោគវិនិច្ឆ័យ Diagnosis

គ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ Accident

6 កាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់កើតឡើង ឬជំងឺត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ  
 Date of accident happened, or illness first diagnosed

/  /  (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

7 កាលបរិច្ឆេទនៃរោគសញ្ញាដំបូងដែលបានកើតឡើងជាលើកដំបូង  
 Date of first symptoms first arise

/  /  (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

8 ទីកន្លែងគ្រោះថ្នាក់បានកើតឡើង ឬ ទីតាំងមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក បើសិនជាករណីបណ្តាលមកពីជំងឺ  
 Place of accident happened or Hospital/Clinic's location if caused by illness

9 ការព្យាបាលថ្មីៗនេះ និងរយៈពេលពេលកន្លងមក Current and previous medical treatment

កាលបរិច្ឆេទសម្រាកពេទ្យ Admission date	កាលបរិច្ឆេទចេញ Discharged date	មូលហេតុ ឬរោគវិនិច្ឆ័យ Reasons/diagnosis	ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្រូពេទ្យដែលបានព្យាបាល Hospital(s)/Doctor's address	លេខទំនាក់ទំនង Contact number
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

10 អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងធ្លាប់មាន ឬ កំពុងតែមានបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងជាមួយក្រុមហ៊ុនដទៃទៀត?  
 Life Insured having or used to have insurance with other company  មាន Yes  មិនមាន No

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង/Name of insurance Company: \_\_\_\_\_

**សេចក្តីអះអាង និង ការអនុញ្ញាតយល់ព្រមក្នុងការបញ្ចេញព័ត៌មាន Declaration and Authorization to Release Information**

ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំឈ្មោះ: I, am  កាន់អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែនលេខ/Holding ID/Passport No

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត/Date of birth / / (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy) ភេទ/Sex

ដែលត្រូវជាអ្នកទាមទារសំណងស្របច្បាប់របស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងឈ្មោះ:   
 Known as the proper claimant of Life Insured named:

កាន់អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណលេខ/លិខិតឆ្លងដែនលេខ/Holding ID/Passport number

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត/Date of birth / / (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy) ភេទ/Sex

អាសយដ្ឋាន/Address

**ខ្ញុំសូមធ្វើការអះអាង យល់ច្បាស់ និងព្រមព្រៀងថា៖ I hereby DECLARE, UNDERSTAND and AGREE that:**

1. ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬមានសិទ្ធិរស់នៅអាមេរិក ឬកាន់ Green Card ប្រសិនបើ “មិនត្រឹមត្រូវ” នោះតម្រូវឲ្យបំពេញទម្រង់បែបបទបន្ថែម។

I am not a U.S. citizen, U.S resident or U.S permanent resident or alien (green card holder). If the answer is “No”, additional form is required.

ត្រឹមត្រូវ/Yes  មិនត្រឹមត្រូវ/No

2. រាល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូន សម្រាប់ការទាមទារសំណងនេះគឺមានលក្ខណៈពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវផ្អែកតាមការយល់ដឹង និងការជឿជាក់ដ៏ខ្ពស់បំផុតរបស់ខ្ញុំ។  
 All information provided by me for this claim is completed and true to the best of my knowledge and belief.

3. ខ្ញុំសូមធ្វើការផ្តល់សិទ្ធិ និងយល់ព្រមអនុញ្ញាតអោយវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកអនុវត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ មន្ទីរពេទ្យ គ្លីនិក អ្នកសម្របសម្រួលទាក់ទងទៅនឹងវេជ្ជសាស្ត្រ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង អង្គការ ឬ បុគ្គលទាំងឡាយណាដែលមានកំណត់ត្រាព័ត៌មាន ចំណេះដឹង របស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬ ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែលទាក់ទងទៅនឹង ការពិគ្រោះជំងឺ វេជ្ជបញ្ជា ការវះកាត់ ការសម្រាកពេទ្យព្យាបាលលើរាងកាយ វិបត្តិផ្លូវចិត្ត ឬ ខួរក្បាល ការប្រើប្រាស់ថ្នាំ ឬ សារធាតុញៀន ភាពចុះខ្សោយនៃប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ (ជំងឺអេដស៍) ឬ រឺសភាពស៊ាំរបស់មនុស្ស (មេរោគហ៊ីវ) ផ្តល់ជូនទៅក្រុមហ៊ុនមេនូឡាយហ្វី និង ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងបន្តរបស់ក្រុមហ៊ុនមេនូឡាយហ្វី ដែលរាល់ព័ត៌មានទាំងអស់គឺសម្រាប់ការវាយតម្លៃទៅលើការទាមទារសំណង។

I hereby authorize any licensed physician, medical practitioner, hospital, clinic or other medical or medically related facility, insurance company, organization, or person that has any records or knowledge of the Life Insured or Life Insured's health which is related to consultation, prescription, surgery, physical or mental health service, alcohol or drug abuse and may include the information relating to sexual transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV), to give Manulife and its reinsurers any such information for the purpose of claims assessment.

4. ខ្ញុំផ្តល់ការឯកភាពចំពោះការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានដែលផ្តល់ឲ្យក្រុមហ៊ុន មេនូឡាយហ្វី ហើយខ្ញុំនឹងបន្តផ្តល់នូវព័ត៌មានតាមតម្រូវការរបស់ក្រុមហ៊ុន មេនូឡាយហ្វី គ្រប់ពេលវេលា និង អនុញ្ញាតឲ្យក្រុមហ៊ុន មេនូឡាយហ្វី ធ្វើការចែករំលែកជាមួយ និងរាយការណ៍អំពីព័ត៌មានទាំងនោះ ទៅកាន់អាជ្ញាធរក្នុងស្រុក និងនៅបរទេស (រួមទាំងអាជ្ញាធរពន្ធដារក្នុងស្រុក និង នៅបរទេស) ដើម្បីបំពេញទៅតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវផ្នែកច្បាប់និងគតិយុត្ត។

I consent to the use of information provided to Manulife and I will provide Manulife with information that Manulife request from time to time and allow Manulife, when required, to share with and report such information to our local and foreign authorities (including local and foreign tax authorities) to meet required regulatory and legal requirements.

5. ប្រសិនបើខ្ញុំស្នើសុំការទាមទារសំណង ក្នុងនាមជាម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬអ្នកទទួលបានដែលជាអ្នកទាមទារសំណងស្របច្បាប់ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាខ្ញុំបានទទួលការអនុញ្ញាតដែលជាចាំបាច់ពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដើម្បី (ក) ផ្តល់ផ្តល់ និងផ្តល់ព័ត៌មានរបស់គាត់ជូនទៅឱ្យក្រុមហ៊ុន មេនូឡាយហ្វី និង (ខ) ផ្ទេររាល់ព័ត៌មានដែលទទួលបានទាំងអស់ពីក្រុមហ៊ុន មេនូឡាយហ្វី មកឱ្យខ្ញុំផ្ទាល់។ ខ្ញុំក៏យល់ច្បាស់ផងដែរថា ព័ត៌មានដែលត្រូវបានស្នើសុំនៅក្នុងការទាមទារសំណងនេះគឺជាតម្រូវការចាំបាច់សម្រាប់ក្រុមហ៊ុន មេនូឡាយហ្វី ក្នុងការរៀបចំដំណើរការទាមទារសំណងនេះ។

If a claim is submitted by me as the policyowner or beneficiary whom known as the proper claimant, then I confirm that I have obtained the necessary authorization from the Insured to (a) supply his/her information to Manulife; and (b) transfer all supplied information from Manulife to me. I also understand that the information requested in this claim is required in order for Manulife to process this claim.

6. ខ្ញុំក៏យល់ព្រម និងអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុន មេនូឡាយហ្វី កាត់យក ឬទូទាត់ចេញពីទឹកប្រាក់សំណង ក្នុងករណីដែលខ្ញុំមានកង្វះខាត ទោះស្ថិតក្រោមហេតុផលណាក៏ដោយ។ ក្រុមហ៊ុន មេនូឡាយហ្វី ក៏មានសិទ្ធិបដិសេធ ឬទាមទារមកវិញនូវទឹកប្រាក់សំណងដែលមិនត្រឹមត្រូវណាមួយត្រឡប់មកវិញ ក្នុងករណីដែលផ្តល់ព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវ ឬការខកខានក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានណាដែលជាតម្រូវការចាំបាច់ នៅក្នុងអំឡុងពេលនៃដំណើរការទាមទារសំណង។

I also hereby agree with and authorize Manulife to deduct from the claim payment, in the event that, I have any shortfall, for whatever reason. Manulife also has the right to reverse or claim back any incorrect payments caused by incorrect or omission of required information provided in processing the claim.

ហត្ថលេខា ឬ ស្នាមមេដៃរបស់អ្នកទាមទារសំណងស្របច្បាប់ Signature/Thumb print of proper claimant	ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ ម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Signature/Thumb print of Policyowner	ហត្ថលេខា ឬ ស្នាមមេដៃរបស់សាក្សី Signature/Thumb print of Witness
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ឈ្មោះ: Name:	ឈ្មោះ: Name:	ឈ្មោះ: Name:
កាលបរិច្ឆេទ: Date:	កាលបរិច្ឆេទ: Date:	កាលបរិច្ឆេទ: Date: