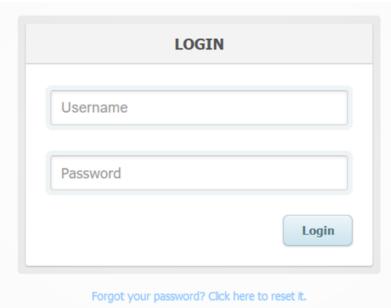
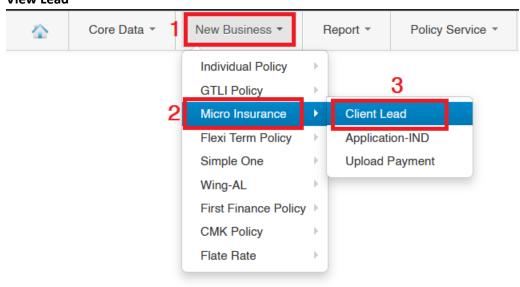
Camlife System User Guide (Banca)

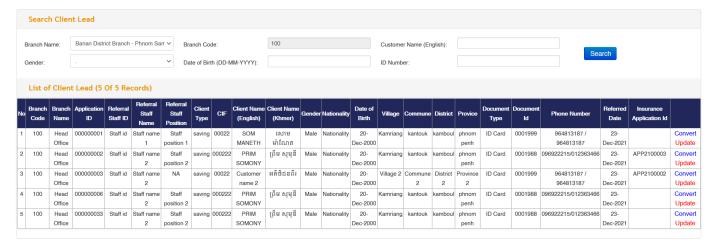
1. Login

Input user name and password



2. View Lead

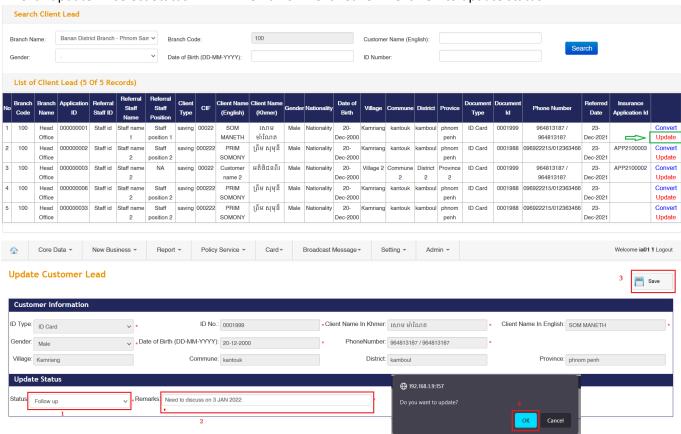




3. Update and Convert Lead

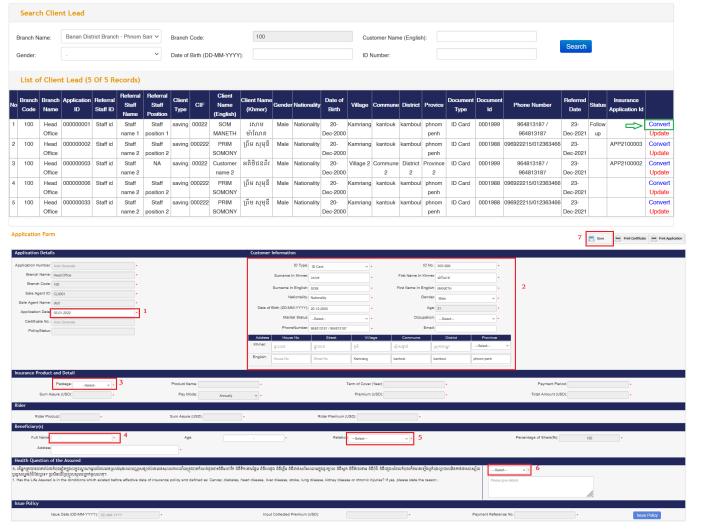
- Update lead status

Click update → select Status → Fill in remarks → Click Save → Click OK to update status



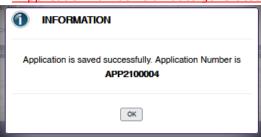
Convert Lead to application

Click **Convert** \rightarrow Input **Application Date** \rightarrow Input all **Customer Information** required field \rightarrow Select **Package** \rightarrow Input **Beneficiary Information** \rightarrow Select **Answer YES/NO** of health question \rightarrow Click **Save**



System will return an Application number as bellow:

*Application number is an auto generated number by system.



Print Application Form

Please stay in the same above page, click **Print Application**



លោម ម៉ាំលែវព

កាលបរិច្ឆេទ (ថ្ងៃខែឆ្នាំ)

Date: 03-01-22

CAMBODIA LIFE MICRO INSURANCE ត្រុមស៊ីនចានាព័ទ់ខេណយុខីនិតខាតតូចតម្ងស់ "CAMLIFE" Plc. 'តម្លស់ ខ្សែសូ' ម.ត Building No. 30, St. 432, Group 34, Sangkat Tuoi Tompoung I, អាចារលេខ៣០ ផ្លូវ៤៣២ ក្រុមទី៣៤ សង្កាត់ ទូលទីពូ២០ ខណ្ឌ ចំពាលមន Khan Chamkamon, Phnom Penh, Cambodia. ក្រុងភ្នំពេញ ប្រទេសកម្ពុជា Tel: (855) 23 431 111/ (855) 61 431 111 ಕೊರುತ್ತ (ದರ್ಭ) ಕೂಡ ದೃಜ್ಞರ ಕೂಡಿ (ದರ್ಧ) ಕಿರ್ಮಾತ E-mail: info@camilfe.com.kh; nntrusjaggsa : info@camilfe.com.kh បោរាទីពីរ ៖ www.camilfe.com.kh Websites: www.camilfe.com.kh ទម្រង់បែបបទស្នើសុំធានារាំប់រង / Application Form កាក្យស្នើសុំលេខ / Application no.: APP2100004 លេខៗជញ្ជាក់ងារ / Agent Code: CL0001 ផ្នែកទី១ : ព័ព៌មានលម្អិតនៃអ្នកព្រវបានបានារាំប់រឯ /Part I: Personal details of the Assured លេខអត្តសញ្ញាណជំលា្ន / ID CARD: 0001999 នាមត្រក្នុលជាភាសាខ្មែរ: Surname In Khmer: សោម នាមខ្លួនជាភាសាខ្មែរ: First Name In Khmer: ម៉ាំណែត នាមត្រក្នុលជាភាសាអច់ភ្លេស / Surname in English: SOM ខាមខ្លួនជាភាសាអច់ភ្លេសៈ First Name in English: MANETH សញ្ជាតិ/ Nationality: Nationality កើ9 Gender: 🗵 ប្រស/Male 🗆 ស្រី/Female ថ្ងៃ ខ្មែរ ឆ្នាំកំណើត/ Date of birth(DD-MM-YYYY): 20-12-2000 BBILL / Occupation: IT ស្ថានភាពគ្រីសារៈ Material status: □ រៀបការ/Married ☑ នៅលឺែSingle □ ពោះមាំយ/Window □ មេមាំយ/Windower អាសយរដ្ឋានទីលំខៅវេច្ចប្បន្នរ Current residential address: ខេត្ត/[កីដី/ Province/City: កោះក៊ីដី ទូសៅ៍ព្ទដៃរ Mobile Phone: 964813187 / 964813187 គឺម៉ែល/Email: ផ្នែកទី២ : ព័ព៌មានលម្អិត នៃផលិតផលធានារាំប់រង /Part 2: Products Detail ប្រភេទនៃផលិតផលថានាក់ប៉ះច/Type of insurance product: ផលិតផលថានាក់ប៉ះច ស៊ឹមផល ខែ ទឹកប្រាក់ចានារាំប់រង/ Sum Assured: 2000 ដុល្លេរអាមេរិក/ USD សម្រាប់បណ្ដូសខ្យារាំប់ដែលចំលាកចំលបខ្មែម ដើលហ្វស្គចិលខាស់ /For Daily Hospital Cash (DHC): ប្រាក់ថានារ៉ាប់រងសម្រាកនៅមន្ទីពេឡប្រចាំថ្ងៃ/Daily Hospital Cash:⊠10 USD □20 USD □30 USD ជម្រើសនៃការបង់បុព្វលាក/ Premium mode: ២ប្រចាំឆ្នាំ/Annually 🗆 ប្រចាំឆមាស់/Semi-annually 🗆 ប្រចាំត្រីមាស់/Quarterly 🗆 ប្រចាំឌៃ/Monthly រយៈពេលនៃការបានា ១ ឆ្នាំ / Coverage 1 year term ចំនួនបុព្វលាភសរុយ Total Premium: 41 ដុល្បារកមេរិក USD ផ្នែកទី៣ : អ្នកទទួលដល / Part 3: Beneficiary(s) នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន 9anin 9aa ភាគយេខែអត្ថប្រយោបន៍ (%) អាសយធាន Surname and Name Percentage of share (%) សោម ម៉ាំណែព ខេត្តកោះកង មករបស់ 100 ផ្នែកទី ៥: អំពីសុខភាពរបស់អ្នកព្រវបានធានារាំប់សេ/ Part 4: Health Question of the Assured 1. តើអ្នកត្រវិបានបានាភ៍បំខេតិពុងស្ថិតក្នុងលក្ខខណ្ឌណាមួយដែលមានស្រាប់មុខពេលបណ្ណសឱ្យរាប់របមានសុពលភាពយើយត្រវបានកំណត់ដូចជា៖ 🛭 🖂 🗈 បាទ-បាស 🖽 ចំនិមហាកែ ចំនិទឹកនោមផ្លែម ចំនិយៈដូច ចំនិធ្លើម ចំនិងរាច់សរសៃឈាមក្នុងទូរក្បាល ចំនិស្មត ចំនិត់រងនោម ចំនិព្យ័រំ ចំនិច្បែងៗដែលកំពុងកើតមាន (ស្វមច្ចល់ព័ត៌មានលម្អិត) (Please give details) ទៀងឬកំពុងព្យាបាលមិនទាន់ជាសៈសៀយ ឬរបួសស្មមពីរ៉ែតែរឬទេ? ប្រសិនបើប្រែប្រលស្ងមបញ្ជាក់មូលហេតុ។ Has the Life Assured is in the conditions which existed before effective date of insurance policy and defined as: Cancer, diabetes, heart disease, liver disease, stroke, lung disease, kidney disease or chronic injuries? If yes, please state the reason. ប្រសិនបើការតិតណាមួយ មិនត្របោនបញ្ហាញក្នុងទម្រង់បែបបទស្នើស៊ីបានាក់ប៉ាងនេះទេ នោះបណ្ណសន្យាក់ប៉ាងដែលបានចេញចេកល៉េមិនមានសុកលភាពនោះទេ។ សូមធ្វើការពិនិត្យ និងឡើងធ្ងាត់ឲ្យបានគ្រឹមត្រវ មុននិបលោក អ្នកជុះហត្ថលេខា ឬថ្ងិតសម្រមៅឯ។ ខ្ញុំបាទ/នាចខ្ញុំ សូមអះអាចថា រាល់ព័ត៌មានដែលបានបំពេញខាបលើនេះពិតចាត្រឹមត្រព័ត្ធប្រាកបមែន។ if a material fact is not disclosed in this application form, then the issued policy may not be valid. Please check and verify properly before you sign or thumbprint. I would like to confirm that all the information provided above is absolutely correct. ហត្ថលេខាអ្នកស្នើសុំចាខារាំប់រង ហត្ថលេខាទីប្រឹក្សាចាខារាំប់រង ខេមឡៃហ្វ Signature of proposed insured Signature of Camlife's adviser

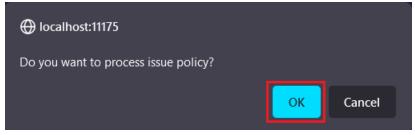
Version 2 Internal Use Only

អាយអេមួយ

កាលបរិច្ឆេទ (ថ្ងៃខែឆ្នំ) Date: 03-01-22 **Issue Policy**

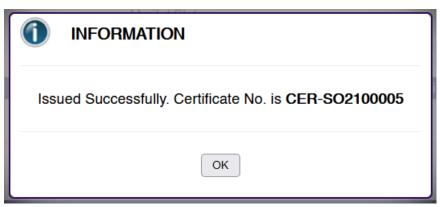
Please stay in the same above page, Input Issued Date → Input Collected Premium → Input Payment Reference No. (See in pay slip of the bank) click Issue Policy → Click OK





System will return a Certificate number as bellow:

*Certificate number is an auto generated number by system.



Print Certificate

Please stay in the same above page, click Print Certificate



វិញ្ញាឋនិឋត្រធានារាំប់រង INSURANCE CERTIFICATE

លេខសមា្គល់អតិថិជន /Customer No. លេខវិញ្ញាបនបគ្រធានារាំប់រង /Certificate No. CUS-21000001 CER-SO2100005



ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្នកត្រូវបានបានាអាយុជីវិត /Life Insured Personal Details				
ឈោ្មះពេញ /Full Name	សោម ម៉ាបែរាក			
លេខអត្តសញ្ញាលាប័ណ្ណ / ID CARD	0001999			
ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត /Date of Birth	20-12-2000			
ящ /Age	21			
INTE /Gender	ក់ហ			
អាសយញ៉ូឱ /Address	ខេត្តមណ្ឌលគិរី			
ຕໍ່ສື່ນາຂຸດເນື້ອນໍ້ຕຶ້ນດູດຄະຊາດກໍ່ນຳລັ /Josusance Policy				

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីបណ្ណសន្យារាំប់រឯ /Insurance Policy					
៥លិព៥លចានារាំប់រង /Insurance Product: ៥លិព៥លចានារាំប់រង ស៊ីម៥ល វ៉ែន					
កាលបរិច្ឆេទមានសុពលភាព /Effective Date: 03-01-02022	កាលបរិក្ខេទផុតកំណត់ /Expiry Date: 02-01-02023				
របៀបបង់បុព្វលាករាំប់រង /Payment Mode: ប្រចាំឆ្នាំ	កាលបរិត្តេទបង់បុព្វលារាធានារាំបំរងបនា្នបំ /Next Premium Due Date: រឡំបនា្នប់				

ព័ព៌មានលម្អិតអំពីអក្កប្រយោជន៍ និងបុព្វលាករាំបំរង /Benefits and Premium Details							
ការចាខារាំប់រង	រយៈពេលនៃការចានារ៉ាប់រង(ឆ្នាំ)	រយៈពេលបង់បុព្វលារាចាខារាំប់រង(ឆ្នាំ)	ទឹកប្រាក់ចានារាំប់រង(ជុល្លារ)	បុព្វលារាចាខារាំប់រង់ពិលាាក់កាល(ជុល្លារ)			
Insurance Coverage	Term of cover (Year)	Premium payment period (Year)	Sum Assure (USD)	Installment Premium(USD)			
៥លិត៥លចានារាប់រ៦៧មូលញូន	1	1	2000	20.70			
Basic Product	_	_					
៥លិត៥លបន្ថែម	1	1	10	20.3			
Rider Product	_	_					
បុព្វលារាចាខារាំប់រងសរុប / Total Premium				41			

អ្នកទទួលដល /Beneficiary					
ឈោ្មះពេញ	ទំនាក់ទំនង	អាសយញ្ជូន	រាធរយនៃអត្ថប្រយោជន៍ (%)		
Full Name	Relation	Address	Percentage of share (%)		
លោម ម៉ាំលែព	ពគ្រិស	ខេត្តកោះកុង	100		

សម្គាល់៖ វិញ្ញបនបច្រចានាក់ប៉ះឯនេះ ត្រូវបានចេញដូនអ្នកត្រូវបានចានាក់ប៉ះឯស្ថិតនៅក្រោមបណ្ណសន្យាក់ប៉ះឯដែលបានភ្ជាប់ដូន។ នៅពេលអ្នកត្រូវបានចានាក់ប៉ះឯទទួលមរណភាព ឬពិការភាពទាំងស្រុង និងថាអចិន្ត្រៃយ៍ អ្នកទទួលមរណភាព ឬពិការភាពទាំងស្រុង និងថាអចិន្ត្រៃយ៍ អ្នកទទួលមល ត្រាវជូនជំណឹងដោយថ្នាល់ ឬដាលាយលក្ខអញ្ជរមានកានាក់ប៉ះឯច្ចងរយៈពេល ៣០ថ្ងៃ បន្ទាប់ពិហានិភ័យកើតឡើង។ ពិច្ចសន្យាចានាក់ប៉ះឯនេះ នឹងត្រូវបញ្ចប់ដោយស្វ័យប្រវត្តិច្ចងាករណីកាលប៉ះជូនដែលអ្នកត្រូវបានចានាក់ប៉ះឯ មិនបានបង់បុព្វសាកាក្នុងរយៈពេល ៥៥ថ្ងៃថាប់បញ្ជ ឬអត្ថប្រយោជន៍ ចានាក់ប៉ះឯជាអធិបវិធាព្រះបានទូរទាត់រួចរាល់។ This Insurance Certificate is issued to insured under Insurance Policy attached hereto. Upon the insured's death or TPD, the beneficiary shall promptly notify the insurer directly or in writing with 30 days. This Insurance Contract shall automatically cease on the date on which the insured has not paid premium with in 45 consecutive days or the date on which maximum benefits is paid.

ប្រធានផ្នែកបច្ចេកទេស និងសេវាអតិថិជន

Technical Customer Service Manager

ព្រឹម សុមុនិ Prim Somony

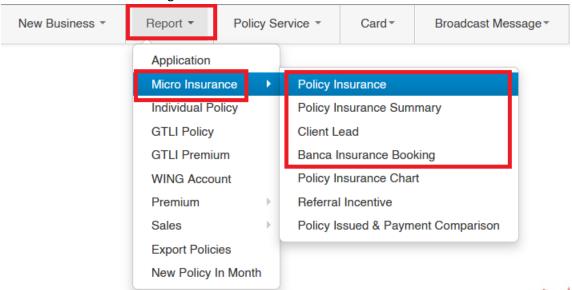
ZKM M

លេខសមា្តល់រញ្ជាក់ងារណែនាំ Agent Code: CL0001 LO-IN-IC-MI-02

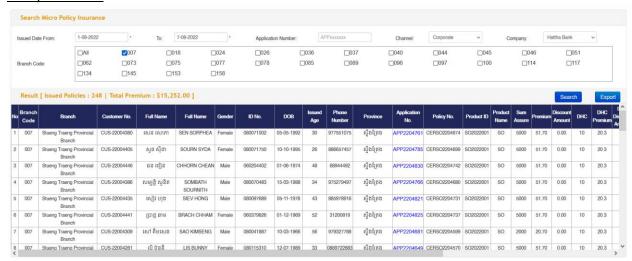
4. Reports

IAs can view and export report to excel as below:

- Policy Insurance
- Policy Insurance Summary
- Client Lead
- Banca Insurance Booking



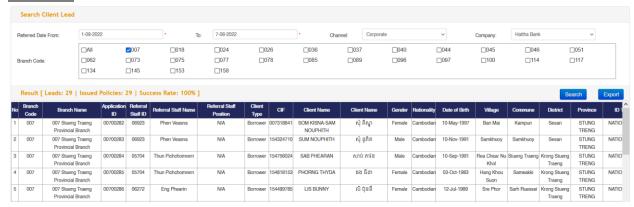
- Policy Insurance



Policy Insurance Summary



- Client Lead



- Banca Insurance Booking

