

Group Hospital & Surgical Claim Form

The Claimant must answer all the relevant questions in Part 1 below, fully and accurately and together with ORIGINAL CONFIRM ITEMISED HOSPITAL BILLS AND RECEIPTS Which are to be claimed under the Policy, submit them to Forte Insurance (Cambodia) within thirty (30) days from the date of discharge. Any delay in settlement of claim caused by non-compliance of aforesaid may result in interest charge by the Hospital and this interest charge will be borne by the employer/claimant.

អ្នកទាមទារសំណងត្រូវឆ្លើយរាល់សំណួរនៅក្នុងផ្នែកទី ១ ខាងក្រោមអោយបានពេញលេញ និងច្បាស់លាស់ ព្រមទាំងភ្ជាប់ជាមួយនូវឯកសារដែលបញ្ជាក់រាល់លិខិតស្នាមផ្សេងៗ និងវិក័យបត្រ របស់មន្ទីរពេទ្យដែលទាក់ទងទៅនឹងការតវ៉ាទាមទារសំណងនៃប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងទៅអោយក្រុមហ៊ុន ក្នុងកំឡុងពេល ៣០ ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ។ រាល់ការយឺតយ៉ាវក្នុងការដោះស្រាយសំណងដែលបានមកពីការមិនអនុវត្តតាមប្រការខាងលើ ហើយប្រសិនបើមន្ទីរពេទ្យគិតការប្រាក់ នោះការប្រាក់ទាំងអស់នោះត្រូវទូទាត់ដោយនិយោជក រឺ អ្នកទាមទារសំណង ។

PART 1 ផ្នែកទីមួយ

A. CLAIMANT DETAIL សេចក្តីលំអិតពីអ្នកទាមទារសំណង

Name of Policyholder/Employer ឈ្មោះរបស់ម្ចាស់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង / និយោជក		Name of Claimant (if Dependant of Employee) ឈ្មោះរបស់អ្នកទាមទារសំណង (ប្រសិនបើនៅក្រោមបន្ទុករបស់និយោជក)		Age អាយុ	Marital Status ស្ថានភាពគ្រួសារ <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> លិវ <input type="checkbox"/> រៀបការ
Policy No. លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង	Plan No. លេខជំរើស	Membership No. លេខសមាជិក	Relationship of Dependant ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកនៅក្រោមបន្ទុក <input type="checkbox"/> Husband/Wife <input type="checkbox"/> Son <input type="checkbox"/> Daughter <input type="checkbox"/> ប្តី / ប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> កូនប្រុស <input type="checkbox"/> កូនស្រី		
Name of Employee ឈ្មោះរបស់និយោជក		Is Dependent employed? តើអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកមានការងាររឺទេ? If Yes, please furnish name of employer ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់នូវឈ្មោះរបស់និយោជក <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> ទេ			
Occupation: មុខងារ		Date of Employment ថ្ងៃដែលចូលធ្វើការ	Age អាយុ	Sex ភេទ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	
Name and Address of regularly/family doctor ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតប្រចាំគ្រួសារ រឺជាប្រចាំ					

B. SICKNESS (This section must be answered in full)

ជំងឺ (ចំនុចខាងក្រោមនេះត្រូវតែបំពេញអោយបានពេញលេញ)

Diagnosis រោគវិនិច្ឆ័យ	Type of operation performed, if applicable ប្រភេទនៃការវះកាត់ដែលបានធ្វើ (ប្រសិនបើមាន)	Has the sickness been treated previously? តើជំងឺនេះមានបានទទួលការព្យាបាលពីមុនដែររឺទេ? If yes, Name and Address of Physician ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> ទេ
Date first began ថ្ងៃដែលចាប់ផ្តើមឈឺ	Date First Treated ថ្ងៃដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដំបូង	Date of previous treatment ថ្ងៃដែលបានព្យាបាលពីពេលមុន

Is the sickness arising from employment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No តើជំងឺនេះបណ្តាលមកពីការងាររឺទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	Is the sickness due to pregnancy, abortion, miscarriage, sterilization, sub-fertility and infertility? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No តើជំងឺនេះបណ្តាលមកពីការមានគភ៌ រំលូត រលូត ក្រៀម រឺភាពអារ រឺទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ If Yes, please specify condition and approximate date of commencement: ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់ពីលក្ខខណ្ឌនិងថ្ងៃចាប់ផ្តើម
--	---

C. INJURY ការរងរបួស

Date of Accident កាលបរិច្ឆេទពេលកើតគ្រោះថ្នាក់	Time of Accident ពេលវេលាពេលកើតគ្រោះថ្នាក់	Describe how and where the accident happened ចូររៀបរាប់ពីកន្លែង និងមូលហេតុដែលនាំអោយកើតមានឡើងនូវគ្រោះថ្នាក់
Is this a job-related Accident? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No តើគ្រោះថ្នាក់នេះមានទាក់ទងទៅនឹងការងាររឺទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> ទេ		

D. OTHER INFORMATION ព័ត៌មានផ្សេងទៀត

Name of Hospital/Clinic ឈ្មោះរបស់មន្ទីរពេទ្យ រឺគ្លីនិក	Is the Claimant entitled to claim against Workmen's Compensation Benefits, Employer's Medical Benefits Programme, or insurances other than from Forte Insurance (Cambodia) Co., Ltd. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No តើការទាមទារសំណងនេះមាន បំណងប្តឹងទារសំណងពីប្រភេទគ្រោះថ្នាក់នៃការងារ កម្មវិធីកំរៃផ្នែកខាងវេជ្ជសាស្ត្ររបស់និយោជក រឺធានារ៉ាប់រងណា ផ្សេងទៀត ក្រៅពី ក្រុមហ៊ុន Forte Insurance Co., Ltd. <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ If Yes, please state insurance company: ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់ពីឈ្មោះរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងទាំងនោះ :	
Address of Hospital អាសយដ្ឋានរបស់មន្ទីរពេទ្យ		
Date of admission ថ្ងៃចូលសំរាកពេទ្យ	Date of Surgery Performed ថ្ងៃដែលធ្វើការវះកាត់	Date of discharge ថ្ងៃដែលចេញពីមន្ទីរពេទ្យរឺព្យា
Name and Address of Attending Physician/Surgeon ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលផ្ទាល់ / គ្រូពេទ្យវះកាត់ផ្ទាល់		
Claim cheques shall be made payable to: មូលប្បទានប័ត្រធ្វើសំណងគួរតែទូទាត់ជូន :		
<input type="checkbox"/> Hospital មន្ទីរពេទ្យ \$ _____ <input type="checkbox"/> Employer និយោជក \$ _____ <input type="checkbox"/> Employee និយោជិក \$ _____		

MEDICAL INFORMATION AUTHORITY ការផ្តល់សិទ្ធិចំពោះព័ត៌មានខាងវេជ្ជសាស្ត្រ

I hereby authorize any hospital surgeon, medical practitioner or clinic or other person who has attended to me or examined me for any reason, to disclose to Forte Insurance (Cambodia) Ltd. any and all information with respect to any illness or injury and, to provide to Forte Insurance (Cambodia) Ltd copies of all hospital or medical record, including prior medical history. A photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original. ខ្ញុំសូមផ្តល់សិទ្ធិជូនវេជ្ជបណ្ឌិតវះកាត់ វេជ្ជបណ្ឌិត គ្លីនិក រឺមន្ទីរពេទ្យដែលបានព្យាបាល រឺពិនិត្យបញ្ជារបស់ខ្ញុំ បង្ហាញនូវរាល់ព័ត៌មានដែលមានទាក់ទងទៅនឹងជំងឺ រឺការរងរបួសផ្សេងៗជូនក្រុមហ៊ុន Forte Insurance (Cambodia) Ltd. និងផ្តល់ដល់ក្រុមហ៊ុន Forte Insurance (Cambodia) Ltd. នូវច្បាប់ចម្លងរបស់ កំណត់ហេតុវេជ្ជសាស្ត្រ ព្រមទាំងប្រវត្តិនៃជំងឺ ។ សូមយល់ព្រមថាច្បាប់ចម្លងរបស់សេចក្តីអនុញ្ញាតនេះត្រូវបានចាត់ទុកថា មានប្រសិទ្ធភាព និងអាចយកជាការដឹងដូចច្បាប់ដើម ។

 Employer's Signature/Company's Stamp/Date
 ហត្ថលេខារបស់និយោជក / ត្រារបស់ក្រុមហ៊ុន / កាលបរិច្ឆេទ

 Claimant's/Employee's Signature/Date
 ហត្ថលេខារបស់អ្នកទាមទារសំណង / និយោជិក / កាលបរិច្ឆេទ

PART 2 – CERTIFICATION OF HOSPITALIZATION វិញ្ញាបនប័ត្រពេទ្យ

Name of patient ឈ្មោះរបស់អ្នកជំងឺ _____ _____	Age អាយុ _____	Sex ភេទ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី
1 a) What is the diagnosis/Extent of injury? ១ ក) រោគវិនិច្ឆ័យ / វិសាលភាព រីទំហំនៃរបួស? _____ _____ b) Is the condition due to: ខ) តើសភាពខាងលើនេះបណ្តាលមកពី : i) Congenital anomaly <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ភាពខូចទ្រង់ទ្រាយពីកំណើត <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ ii) Nervous mental disorder <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ភាពមិនធម្មតានៃផ្លូវចិត្ត សរសៃប្រសាទ <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ iii) Treatment of teeth or gum tissue <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ការព្យាបាលធ្មេញ រឺសម្ព័ន្ធរបស់វា <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ iv) Self-inflicted injury/drug addiction <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ការធ្វើរបួសដោយខ្លួនឯង / ការញៀនថ្នាំញៀន <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ v) Job-related injury <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No របួសដែលទាក់ទងនឹងការងារ <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ vi) Sexually transmitted disease <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ជំងឺកាមរោគ <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	c) Is it due to or complication arising from pregnancy, childbirth, miscarriage, abortion, impotency, sterilization, subfertility or infertility? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No គ) តើជំងឺនេះបណ្តាលដោយផ្ទាល់ រឺជាផលវិបាកនៃការមានគិរ រលូត រលូត ក្រៀម រឺភាពអារ រឺទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ If yes, what was the approximate date of commencement? ប្រសិនបើមាន តើកាលបរិច្ឆេទនៃការចាប់ផ្តើមនៅពេលណា? _____ If for miscarriage, was it due to accident <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ប្រសិនបើរលូត តើបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់រឺ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ d) Is the surgery for cosmetic purpose? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ឆ) តើការវះកាត់នេះគឺក្នុងគោលបំណងនៃការកែសម្ផស្សរឺ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ e) Is the surgery medically necessary? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ឃ) តើការវះកាត់នេះចាំបាច់រឺទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
2 a) When you first consulted for the above sickness? ក) ជំងឺនេះត្រូវបានពិគ្រោះដំបូងនៅពេលណា? _____ b) What was his/her complaint when he/she first saw you? ខ) តើអ្នកជំងឺបានត្រូវការពិគ្រោះនៅពេលដំបូងលោកជំងឺប្តូរ? _____ c) How long do you think this injury or sickness has been existing? គ) តើលោកគិតថាជំងឺ រឺរបួសនេះកើតមានមកពីពេលណា? _____	d) How long had the patient been troubled by symptoms prior consulting you? ឃ) តើអ្នកជំងឺមានរោគសញ្ញាទាំងអស់នេះរយៈពេលប៉ុន្មានមកហើយមុនពេលដែលគាត់មកពិគ្រោះជាមួយលោក? _____ e) Had the patient ever had same or similar condition/symptoms? តើអ្នកជំងឺធ្លាប់មានអាការៈរោគដូច រឺប្រហែលពីពេលមុនរឺទេ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not to my knowledge <input type="checkbox"/> មិនច្បាស់	
f) Had the patient been treated by other doctors for this sickness? If so, please specify below. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No តើអ្នកជំងឺបានទទួលការព្យាបាលពីវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀតដែររឺទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ Physician previously consulted by patient for the above sickness (Please specify referral made by physician) ប្រសិនបើមាន សុំបញ្ជាក់ដូចខាងក្រោម៖ វេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានពិគ្រោះជំងឺនេះពីពេលមុន (សូមបញ្ជាក់អៈ អាងពីវេជ្ជបណ្ឌិតទាំងនោះ ឈ្មោះគ្លីនិក និងអាសយដ្ឋានទាំងនោះ) ។		
Name ឈ្មោះ _____ _____ _____	Approximate Date កាលបរិច្ឆេទប្រហាក់ប្រហែល _____ _____ _____	Name of Clinic(s) and Address(es) ឈ្មោះរបស់គ្លីនិក និងអាសយដ្ឋានដែលមាន _____ _____ _____

3 Surgical Cases ករណីវះកាត់

a) Nature of operation(s) performed/surgical procedure(s)

ប្រភេទនៃការវះកាត់ដែលបានធ្វើ / បែបបទនៃការវះកាត់

b) Date performed ថ្ងៃធ្វើការវះកាត់

c) Where was the operation(s)/surgical procedure(s) performed ?

តើការវះកាត់ធ្វើឡើងនៅ ទីកន្លែងណា ? Hospital Clinic
 មន្ទីរពេទ្យ គ្លីនិក

4 a) Is patient still under your care for the sickness? Yes No

តើអ្នកជំងឺនៅតែស្ថិតនៅក្រោមការព្យាបាលរបស់លោក/វិទូទេ? បាទ ទេ

b) If yes, how long do you expect this to continue and when are you going to review his/her condition again? បើមែន តើរយៈពេលប៉ុន្មានទៀតដែល ដែលត្រូវបន្ត និងពេលណាដែលលោក/វិទូពិនិត្យម្តងទៀត?

c) If No, please state date of termination

ប្រសិនបើទេ សូមបញ្ជាក់ពីពេលវេលាដែលត្រូវបញ្ចប់ការព្យាបាល

d) Where the surgical procedures approached through the same incision? Yes No

តើការវះកាត់ធ្វើឡើងនៅកន្លែងដដែលឬទេ? បាទ ទេ

e) If excision is performed, please indicate the size(s)/measurement(s) of lesion(s)/tumor(s)? ប្រសិនបើមានការវះកាត់ សូមបញ្ជាក់ទំហំ / ប្រវែង នៃស្នាម រឺប្លូសដែលវះ រឺដុំសាច់?

f) Name of Surgeon(s) ឈ្មោះរបស់គ្រូពេទ្យវះកាត់

g) Name of Anesthetist ឈ្មោះរបស់គ្រូពេទ្យដាក់ថ្នាំសន្លឹ

d) If patient has been referred to another doctor for follow-up, furnish name & address of doctor. ប្រសិនបើអ្នកជំងឺត្រូវបានបញ្ជូនទៅអោយវេជ្ជបណ្ឌិតម្នាក់ទៀតដើម្បីតាមដាន សូមផ្តល់ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតនោះ

e) What is the prognosis of this illness?

បុរេនិមិត្តរបស់ជំងឺ (Pronostic) ?

Physician's/Surgeon's Signature/Date

ហត្ថលេខារបស់វេជ្ជបណ្ឌិត / គ្រូពេទ្យវះកាត់ / កាលបរិច្ឆេទ

Name/Designations

ឈ្មោះ

Address

អាសយដ្ឋាន

MEDICAL REPORT FORM

Part I (To be completed by the Insured) ផ្នែកទី ១ (ត្រូវបំពេញដោយអ្នកត្រូវបានធានា)

Name of Patient ឈ្មោះរបស់អ្នកជំងឺ	NRIC No. លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ
Policy No. លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង Certificate No. លេខវិញ្ញាបនប័ត្រ	Date of Hospitalization/Day Surgery/ *SOC attendance ថ្ងៃសំរាកពេទ្យ / ថ្ងៃវះកាត់ / ក្តីនិកឯកទេសដែលបានចូលរួម From To ពីថ្ងៃ ដល់

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended to me / my child or examined me / my child or is authorized to maintain medical records, to disclose when requested to do so by Forte Insurance (Cambodia) Ltd. any and all information with respect to any illness, or injury, medical history, consultation, prescription or treatment. A photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

ខ្ញុំសូមផ្តល់សិទ្ធិដល់មន្ទីរពេទ្យ វេជ្ជបណ្ឌិត វិទ្យាសាស្ត្រ ឬអ្នកទាំងឡាយណាមួយដែលបានមើលខ្ញុំ កូនខ្ញុំ រឺពិនិត្យខ្ញុំ កូនខ្ញុំ រឺត្រូវបានទទួលសិទ្ធិថែរក្សារបាយការណ៍ខាងវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីបង្ហាញជូនដល់ក្រុមហ៊ុន Forte Insurance (Cambodia) Ltd. នូវព័ត៌មានទាំងឡាយដែលទាក់ទងនឹងជំងឺ រឺ របួស ប្រវត្តិសុខភាព ការពិគ្រោះជំងឺ វេជ្ជបញ្ជា រឺការព្យាបាលនៅពេលដែលក្រុមហ៊ុនត្រូវការ ។ ច្បាប់ចម្លងនៃការអនុញ្ញាតនេះត្រូវចាត់ទុកថា មានប្រសិទ្ធភាព និងមានតម្លៃដូចច្បាប់ដើម ។

Date កាលបរិច្ឆេទ	Signature of Claimant 18 years of age and over if dependant of Insured Member ហត្ថលេខារបស់អ្នកទាមទារសំណងដែលមានអាយុ ១៨ឆ្នាំ រឺលើសពីនេះ ប្រសិនបើអ្នកនៅក្រោមបន្ទុករបស់សមាជិកដែលបានធានា	Signature of Insured Member ហត្ថលេខារបស់សមាជិកដែលបានធានា
---------------------	--	---

Part II (To be completed by the Medical Records Officer based on the notes in medical records or the Attending Doctor or any other doctor authorized by the Head of Department) (ត្រូវបានបំពេញដោយមន្ត្រីផ្នែកឯកសារខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលជាសំអាងលើកំណត់ហេតុនៅក្នុងរបាយការណ៍ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ រឺវេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានចូលរួម រឺក៏វេជ្ជបណ្ឌិតទាំងឡាយដែលត្រូវបានទទួលសិទ្ធិនាយកនៃមន្ទីរពេទ្យ)

Hospital Reference No. លេខយោងរបស់មន្ទីរពេទ្យ	
Final Diagnosis of illness / Extent of injury រោគវិនិច្ឆ័យចុងក្រោយនៃជំងឺ / វិសាលភាពនៃការរងរបួស	
Name and address of doctor who referred the patient to the hospital (if known) ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានបញ្ជូនអ្នកជំងឺនេះមកមន្ទីរពេទ្យ (បើស្គាល់)	Date of 1 st consultation for the above condition កាលបរិច្ឆេទនៃការពិគ្រោះជំងឺលើកទី១នូវអាការៈរោគខាងលើ
Type of operation performed (if applicable) ប្រភេទនៃការវះកាត់ដែលបានធ្វើឡើង (ប្រសិនបើមាន)	Date performed កាលបរិច្ឆេទពេលវះកាត់
Signature of ** MRO / Doctor ហត្ថលេខារបស់ ** MRO / វេជ្ជបណ្ឌិត	Date កាលបរិច្ឆេទ

*SOC – Specialist Out-Patient Clinic គ្លីនិកអ្នកឯកទេសខាងពិគ្រោះអ្នកជំងឺខាងក្រៅ

**MRO – Delete whichever is not applicable. លុបចោលប្រសិនបើមិនមាន