

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 ព្រមទាំងភ្ជាប់ជាមួយនូវច្បាប់ដើមដែលបញ្ជាក់រាល់លិខិតស្នាមផ្សេងៗ និងវិក័យប័ត្រ របស់មន្ទីរពេទ្យដែលទាក់ទងទៅនឹងការថវិកាទាមទារសំណងនៃប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងទៅអោយក្រុមហ៊ុន ក្នុងកំឡុងពេល ៣០ ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ។ រាល់ការយឺតយ៉ាវក្នុងការដោះស្រាយសំណងដែលបានមកពីការមិនអនុវត្តតាមប្រការខាងលើ ហើយប្រសិនបើមន្ទីរពេទ្យគិតការប្រាក់ នោះការប្រាក់ទាំងអស់នោះត្រូវទូទាត់ដោយនិយោជក ។

PART 1 ផ្នែកទីមួយ

A. CLAIMANT DETAIL សេចក្តីលំអិតអ្នកទាមទារសំណង

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"/> លីវ <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 ថ្ងៃដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺ	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 វិភាពអារ 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 បំណងប្តឹងទាមទារសំណងពីប្រភេទគ្រោះថ្នាក់នៃការងារ កម្មវិធីកែលម្អខាងវេជ្ជសាស្ត្ររបស់និយោជក 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 និយោជិត \$ _____		

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 រឺពិនិត្យបញ្ជាក់របស់ខ្ញុំ បង្ហាញនូវរាល់ព័ត៌មានដែលមានទាក់ទងទៅនឹងជំងឺ រឺការរងរបួសផ្សេងៗជូនក្រុមហ៊ុន Forte Insurance (Cambodia) Ltd. និងផ្តល់ដល់ក្រុមហ៊ុន Forte Insurance (Cambodia) Ltd. នូវច្បាប់ចម្លងរបស់ កំណត់ហេតុវេជ្ជសាស្ត្រ ព្រមទាំងប្រវត្តិជំងឺ ។ សូមយល់ព្រមថាច្បាប់ចម្លងរបស់សេចក្តីអនុញ្ញាតនេះត្រូវបានចាត់ទុកថា មានប្រសិទ្ធភាព និងអាចយកជាការបានដូចច្បាប់ដើម ។

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

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

PART 2 – CERTIFICATION OF HOSPITALIZATION វិញ្ញាបនប័ត្រពេទ្យ

<p>Name of patient ឈ្មោះរបស់អ្នកជំងឺ</p> <hr/> <p>1 a) What is the diagnosis/Extent of injury? ១ ក) រោគវិនិច្ឆ័យ / វិសាលភាព រឺទំហំនៃរបួស?</p> <hr/> <p>b) Is the condition due to: ខ) តើសភាពខាងលើនេះបណ្តាលមកពី :</p> <p>i) Congenital anomaly <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ភាពខូចទ្រង់ទ្រាយពីកំនើត <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>ii) Nervous mental disorder <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ភាពមិនធម្មតានៃផ្លូវចិត្ត សរសៃប្រសាទ <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>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</p> <p>iv) Self-inflicted injury/drug addiction <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ការធ្វើរបួសដោយខ្លួនឯង / ការញៀនថ្នាំញៀន <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>v) Job-related injury <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No របួសដែលទាក់ទងនឹងការងារ <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>vi) Sexually transmitted disease <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ជំងឺកាមរោគ <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p>	<p>Age អាយុ</p> <p>Sex ភេទ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី</p> <p>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 រឺជាផលវិបាកនៃការមានគភ៌ រលូត រលូត ក្រៀម រឺភាពអារ រឺទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>If yes, what was the approximate date of commencement? ប្រសិនបើមាន តើកាលបរិច្ឆេទនៃការចាប់ផ្តើមនៅពេលណា?</p> <hr/> <p>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</p> <p>d) Is the surgery for cosmetic purpose? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No គ) តើការវះកាត់នេះគឺក្នុងគោលបំណងនៃការកែសម្ផស្សរឺ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>e) Is the surgery medically necessary? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ឃ) តើការវះកាត់នេះចាំបាច់រឺទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p>	
<p>2 a) When you first consulted for the above sickness? ក) ជំងឺនេះត្រូវបានពិគ្រោះដំបូងនៅពេលណា?</p> <hr/> <p>b) What was his/her complaint when he/she first saw you? ខ) តើអ្នកជំងឺបានត្រូវការពិគ្រោះនៅពេលដំបូងលោកជំងឺប្តូរ ?</p> <hr/> <p>c) How long do you think this injury or sickness has been existing? គ) តើលោកគិតថាជំងឺ រឺរបួសនេះកើតមានមកពីពេលណា?</p> <hr/>	<p>d) How long had the patient been troubled by symptoms prior consulting you? ឃ) តើអ្នកជំងឺមានរោគសញ្ញាទាំងអស់នេះរយៈពេលប៉ុន្មានមកហើយមុនពេលដែលគាត់មកពិគ្រោះជាមួយលោក?</p> <hr/> <p>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</p>	
<p>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</p> <p>Physician previously consulted by patient for the above sickness (Please specify referral made by physician) ប្រសិនបើមាន សុំបញ្ជាក់ដូចខាងក្រោម: វេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានពិគ្រោះជំងឺនេះពីពេលមុន (សូមបញ្ជាក់អៈ អាងពីវេជ្ជបណ្ឌិតទាំងនោះ ឈ្មោះគ្លីនិក និងអាសយដ្ឋានទាំងនោះ) ។</p>		
<p>Name ឈ្មោះ</p> <hr/>	<p>Approximate Date កាលបរិច្ឆេទប្រហាក់ប្រហែល</p> <hr/>	<p>Name of Clinic(s) and Address(es) ឈ្មោះរបស់គ្លីនិក និងអាសយដ្ឋានដែលមាន</p> <hr/>

