Forte General Insurance



បែបបទទាមទារសំណង ৷ CLAIM FORM

ផ្នែកទី១៖ ត្រូវបំពេញដោយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង । PART 1: TO BE COMPLETED BY INSURED

ដើម្បីឱ្យការទាមទារសំណងមានសុពលភាព អ្នកត្រូវបំពេញឯកសារទាំង២ផ្នែក (ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២) និងដាក់ជូនទៅក្រុមហ៊ុន ហួតតេ អ៊ិនសួរីនស៍ (ខេមបូឌា) ភីអិលស៊ី ក្នុងរយៈពេល ៣០ ថ្ងៃបន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញពីមន្ទីរ ពេទ្យ។ បែបបទទាមទារសំណងផ្នែកទី ២ អាចជំនួសដោយវិញ្ញាបនបត្រជជ្ជសាស្ត្រ/របាយការណ៍ជេជួសាស្ត្រ/កំណត់ត្រាជេជួសាស្ត្រ។ សូមអ្នកបំពេញបែបបទទាមទារសំណងដោយម៉ត់ចត់ និងផ្ញើជូនមកក្រុមហ៊ុនរិញឱ្យបានឆាប់រហ័សបំផុត។ សូមចំណាំថាបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Figtree Blue មិនធានាចំពោះថ្លៃសេវាបំពេញបែបបទទាមទារសំណង ឬការ ស្វែងរកព័ត៌មាន/ឯកសារដែលតម្រូវបន្ថែមពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងជើម្បីរាយតម្លៃការទាមទារសំណងនេះឡើយ។ ការផ្តល់បែបបទទាមទារសំណងនេះ មិនមែនមានន័យថាក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងទទួលយកការទាមទារ សំណងឡើយ។

For a claim to be valid, the following 2 parts (Part1 and Part 2) must be completed and submitted to Forte Insurance (Cambodia) Plc., within 30 days after the discharge date. Claim Form Part 2 shall

រតីមានលម្អិតរបស់អ្នកជំងឺ / PATIENT INFORMATION គោត្តនាម និងនាម	ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policyholder:		លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policy No:	10.	
Full Name: ប្រើថ្ងៃស្តីកំណើត គេម ប្រចុំ ប្រសិទ្ធកំណើត គេម ប្រចុំ ប្រសិទ្ធកំណើត គេម ប្រចុំ បានការ បានកា	ព័ត៌មានលម្អិតរបស់អ្នកជំ	ងើ / PATIENT IN	ORMATION		
Full Name: ប្រថៃត្រូវ៉ាណីក ប្រចិត្ត ពីរពាះ ប្រចិត្ត ពីរពាះ ប្រចាំ ប្រចិត្ត កំណើត បុរា ប្រចាំ ប្បញ្ចាំ ប្រចាំ ប្បច្ចេំ ប្រចាំ ប្បច្ចេំ ប្រចាំ ប្បច្ចេំ ប្រចាំ ប្បច្ចេំ ប្រចាំ ប្បច្ចេំ ប្រចាំ ប្បច្ចិត្ត ប្រចាំ ប្បច្ចិត្ត ប្រចាំ ប្	គោតនាម និងនាម		លេខបណសមាល់សមាជិក		
Date of Birth: Gender: ID Card / Passport No: សញ្ជាត់ នូវស័ព្ទ សញ្ជាត់ នូវស័ព្ទ Mobile No: រាគរយដ្ឋាន Address: Email: Was ឬពីធ្វី / INJURY OR ILLNESS INJURY OR IL					
សញ្ជាតិ Nationality: Mobile No.: អាតយដ្ឋាន Address: ជារដ្ឋាឡិច្ឆនិច Email: ប្រស ឬជំងឺ / INJURY OR ILLNESS រាជ្ញជ្ជាគនិទីគ្គីយ / សញ្ជាជំងឺស្នង Diagnosis/Chief Complaint: សូមពីលេខិត្ត សម្រាជ្ជាគឺនិស្នង Diagnosis/Chief Complaint: សូមពីលេខិត្ត សូមពីលេខិត្ត សូមពីលេខ សូមពីលខ្លាំ សូមពីលេខ សូមពីលខ្លាំ សូមពីលខ្លាំ សូមពីលេខ សូមពីលខ្លាំ សូមពី	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ភេទ	🔲 លេខអត្តសញ្ញាណបណ្ណ / 🔲 លេខលិខិរ	កឆ្លងដែន:	
Nationality: Mobile No.: អាសយុធ្លាន សារអេឡីចក្តុនិច Email: បុរស ឬជំងឺ / INJURY OR ILLNESS ការឡើជាគាំនៃថ្ល័យ / សញ្ញាជំងឺដំបូង Diagnosis/Chief Complaint: សុម្ភពិបាស់នាគឺស្ពីស្ថានការ(រវាគសញ្ញា Please describe the condition(s)/symptom(s): (តិអ្នកគត់សម្គាល់ឃើញស្ថានភាព/រភាគសញ្ញា / Very diagnosis/Chief Complaint: សុម្ភពិបាស់នាគឺស្ពឺស្ថានការ(រវាគសញ្ញា When did you first notice the condition(s)/symptom(s): (តិអ្នកគត់សម្គាល់ឃើញស្ថានភាព/រភាគសញ្ញាដំបូងបន្ទេកនៅកំនុងនឹងស្ថានភាពពេកសញ្ញាចាំងនេះ? When did you first seek doctor's regarding these the condition(s)/symptom(s)? (តិអ្នកត្រូវបានការបើក្រុមប្រនេទាទាំបំរងពេធនៅខ្មាននៅដែលណា? When did you first seek doctor's regarding these the condition(s)/symptom(s)? (តិអ្នកត្រូវបានការបើក្រុមប្រនេទាទាំបំរងពេធនៅខ្មាននៅដែលលោក? No Yes, please provide detail on separate sheet. ចំនួនទានទារសំណងសរុប Total Amount Claimed: "តែមានបង្គិតអំពីរីវបៀបនៃការខ្មុនាតំសំណង / PAYMENT INFORMATION បារៀពាក់ / Cash	Date of Birth:	Gender:	ID Card / Passport No:		
អាសយដ្ឋាន Address: kg ប៉ុន្តិនី / INJURY OR ILLNESS គារថ្មីបាន / សញ្ញាជំងឺដំបូង Diagnosis/Chief Complaint: បុមពីពេណ៌នាអំពីស្ថានភាព/បាកសញ្ញា Please describe the condition(s/symptom(s): វើអ្នកគត់សម្គាល់ហើញស្ថានភាព/បាកសញ្ញា Please describe the condition(s/symptom(s): វើអ្នកគត់សម្គាល់ហើញស្ថានភាព/បាកសញ្ញានំបូងនៅពេលណា? When did you first seek doctor's regarding these the condition(s/symptom(s)? វើអ្នកគត់បាននានានោយក្រុមហ៊ុននោនាហ៊ុរជាសញ្ញានំបូងនៅពេលណា? When did you first seek doctor's regarding these the condition(s/symptom(s)? វើអ្នកគ្គបាននានានោយក្រុមហ៊ុននោនាហ៊ុរជាស្ថានខ្មែនចំនួនបន្ទេច មាន, សូមភ្ជាប់នគសរបញ្ជាក់ Are you covered by any other insurance? No Yes, please provide detail on separate sheet. បំនួនទាមទារសំណងសរប Total Amount Claimed: វតីមានលម្អីតអំពីរបៀបនៃការទូទាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION ស្រើប្រាក់ / Cash ប្រការ អូចអាស្ថាន អូចអាស្ថា អូចអាស្ថាន អូចអាស្ថាន អូចអាស្ថាន អូចអាស្ថាន អូចអាស្ថាន អូចអាស្បាន អូចអាស្ថាន អូចអាស្តាន អូចអាស្ថាន អូចអាស្ថាន អូចអាស្រាន អូចអាស្ថាន អូចអាស្ថាន អូចអាស្ថាន អូចអាស្ថាន អូចអាស្ថាន អូចអាស្ថាន អូចអ	•		0 a		
Address: Email: បុរស ឬជំងឺ / INJURY OR ILLNESS គារធ្វើជាការិទិធ្ល័យ / សញ្ញាជំងឺជំបុង Diagnosis/Chief Complaint: សូមពីពេធវិតាអំពីស្ថានការ/ភេសញ្ញា Please describe the condition(s)/symptom(s): តើអ្នកតក់សម្គាល់ឃើញស្ថានភាព/ភេសញ្ញាដំបូងនៅពេលណា? When did you first notice the condition(s)/symptom(s)? តើអ្នកកក់សម្គាល់ឃើញស្ថានភាព/ភេសញ្ជាដំបូងនៅពេលណា? When did you first notice the condition(s)/symptom(s)? តើអ្នកត្រូវបានធានាវេតាយក្រុមហ៊ុននៅគារបំបូងនៅពេលណា? When did you first seek doctor's regarding these the condition(s)/symptom(s)? តើអ្នកត្រូវបានធានាវេតាយក្រុមហ៊ុននៅគារបំបុងនៅផ្លូងទៀតដែរឬមេ?					
niginalនីថ្ន័យ / សញ្ញាធំនីដំបូង Diagnosis/Chief Complaint: សូមពិពណ៌នាអំពីស្ថានភាព/ភោគសញ្ញា Please describe the condition(s)/symptom(s): វើផ្សុកពស់ម្ចាល់យើក្សានភាព/ភោគសញ្ញានំបូងនៅពេលណា? When did you first notice the condition(s)/symptom(s)? វើផោលណាដែលអ្នកថ្ងៃអកការប្រឹក្សាពីវេជ្ជមណ្ឌិតទាក់ទងនឹងស្ថានភាពភេសញ្ញាទាំងនេះ? When did you first seek doctor's regarding these the condition(s)/symptom(s)? វើផ្សុកត្រូវបានធានាដោយក្រុមហ៊ុននានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែរឬទេ? ក្នុន មាន, សូមគ្នាប់រកសារបញ្ជាក់ Are you covered by any other insurance? No Yes, please provide detail on separate sheet. ចំនួនទាមទារសំណងសរូប Total Amount Claimed: វតីមានលម្អិតនីពីរបៀបនៃការទូទាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION ប្រជាធិប្បត់នៃការទូទាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION ប្រជាធិប្បត់នៃការទូទាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION ប្រជាធិប្បត់នៃការទូទាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION ប្រជាធិប្បត់នៃការទូទាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION ប្រជាធិប្បត់នៃការទំនាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION ប្រជាធិប្បត់នៃការទំនាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION ប្រជាធិប្បត់នៃការទំនាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION ប្រជាធិប្បត់នៃការទំនាត់ / Account Number: (ឈ្មោះគណនីនាគារ / Bank Address: ប្រជាធិប្បត់នៃការទំនាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION បានការនៃការ / Bank Name: អាសម្បានទំនាត់អាវ / Account Name: (ឈ្មោះគណនិងនាគារ / Bank Address: ការធានារនះអាង / DECLARATION បានការខ្សុកម្ចាស់ (ដើម្បីបញ្ជាក់បានប្រចំព័ន្ធ កំពុងក្រុមប្រចំព័ត្យគេនិងអស់ដែលបានបំពេញនៅក្នុងទម្រងទាមទារសំណងនេះ អ៊ីពិតជាត្រឹមនូវ និងមិនមានការក្នែងបន្តិច្ច បានសំណាច់ប្រចាំប្រចំព័ន្ធ បានបង្គិតបានបាបឲ្យប្រចំព័ន្ធ និងចំនៃបានបង្គិចបានបាបច្ចប្រចំព័ន្ធ កំពុងបានបង្គិតបានបាបច្ចប្រចំព័ន្ធ បានបង្គិតបានបាបច្ចេញនៃការបាបច្ចេចប្រចំព័ន្ធ បានបង្គិតបានបាបច្ចេចប្រចំព័ន្ធ បានបង្គិតបានការបានទារសំណងនេះ ដូចបន្ទាស់ប្រចំព័ន្ធ បានបាបច្ចេចប្រចំព័ន្ធ បានបង្គិតបានបាបច្ចេចប្រចំព័ន្ធ បានបង្គិតបានការបន្ទាស់ប្រងស់បានការបាន	~		, SS		
niginalនីថ្ន័យ / សញ្ញាធំនីដំបូង Diagnosis/Chief Complaint: សូមពិពណ៌នាអំពីស្ថានភាព/ភោគសញ្ញា Please describe the condition(s)/symptom(s): វើផ្សុកពស់ម្ចាល់យើក្សានភាព/ភោគសញ្ញានំបូងនៅពេលណា? When did you first notice the condition(s)/symptom(s)? វើផោលណាដែលអ្នកថ្ងៃអកការប្រឹក្សាពីវេជ្ជមណ្ឌិតទាក់ទងនឹងស្ថានភាពភេសញ្ញាទាំងនេះ? When did you first seek doctor's regarding these the condition(s)/symptom(s)? វើផ្សុកត្រូវបានធានាដោយក្រុមហ៊ុននានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែរឬទេ? ក្នុន មាន, សូមគ្នាប់រកសារបញ្ជាក់ Are you covered by any other insurance? No Yes, please provide detail on separate sheet. ចំនួនទាមទារសំណងសរូប Total Amount Claimed: វតីមានលម្អិតនីពីរបៀបនៃការទូទាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION ប្រជាធិប្បត់នៃការទូទាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION ប្រជាធិប្បត់នៃការទូទាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION ប្រជាធិប្បត់នៃការទូទាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION ប្រជាធិប្បត់នៃការទូទាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION ប្រជាធិប្បត់នៃការទំនាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION ប្រជាធិប្បត់នៃការទំនាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION ប្រជាធិប្បត់នៃការទំនាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION ប្រជាធិប្បត់នៃការទំនាត់ / Account Number: (ឈ្មោះគណនីនាគារ / Bank Address: ប្រជាធិប្បត់នៃការទំនាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION បានការនៃការ / Bank Name: អាសម្បានទំនាត់អាវ / Account Name: (ឈ្មោះគណនិងនាគារ / Bank Address: ការធានារនះអាង / DECLARATION បានការខ្សុកម្ចាស់ (ដើម្បីបញ្ជាក់បានប្រចំព័ន្ធ កំពុងក្រុមប្រចំព័ត្យគេនិងអស់ដែលបានបំពេញនៅក្នុងទម្រងទាមទារសំណងនេះ អ៊ីពិតជាត្រឹមនូវ និងមិនមានការក្នែងបន្តិច្ច បានសំណាច់ប្រចាំប្រចំព័ន្ធ បានបង្គិតបានបាបឲ្យប្រចំព័ន្ធ និងចំនៃបានបង្គិចបានបាបច្ចប្រចំព័ន្ធ កំពុងបានបង្គិតបានបាបច្ចប្រចំព័ន្ធ បានបង្គិតបានបាបច្ចេញនៃការបាបច្ចេចប្រចំព័ន្ធ បានបង្គិតបានបាបច្ចេចប្រចំព័ន្ធ បានបង្គិតបានការបានទារសំណងនេះ ដូចបន្ទាស់ប្រចំព័ន្ធ បានបាបច្ចេចប្រចំព័ន្ធ បានបង្គិតបានបាបច្ចេចប្រចំព័ន្ធ បានបង្គិតបានការបន្ទាស់ប្រងស់បានការបាន		OR ILLNESS			
Diagnosis/Chief Complaint: សូមពិណើនារំពីស្ថានភាព/បាគសញ្ញា Please describe the condition(s)/symptom(s): តើអ្នកគស់សម្គាល់ឃើញស្ថានភាព/បាគសញ្ញានំបូងនៅពេលណា? When did you first notice the condition(s)/symptom(s)? តើពេលណាដែលអ្នកស្វែងរកការប្រឹក្សាពីរដ្ឋបណ្ឌិតទាក់ទងនឹងស្ថានភាពរោគសញ្ញាទាំងនេះ? When did you first seek doctor's regarding these the condition(s)/symptom(s)? តើអ្នកត្រូវបានធាទាវនោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែរឬខេ? ្នាន ្ទ មាន, សូមគ្នាប់ងកសារបញ្ជាក់ Are you covered by any other insurance?				_	
Please describe the condition(s)/symptom(s): តើអ្នកគត់សម្គាល់ឃើញស្ថានភាព/រោគសញ្ញាដំបូងនៅពេលណា? When did you first notice the condition(s)/symptom(s)? តើអ្នកគត់សម្គាល់ឃើញស្ថានភាព/រោគសញ្ញាដំបូងនៅពេលណា? When did you first seek doctor's regarding these the condition(s)/symptom(s)? តើអ្នកត្រូវបានធានាដោយក្រុមហ៊ុនធានាវ៉ាប់រងផ្សេងផ្សៀតដែរឬទេ?					
តើអ្នកតត់សម្គាល់ឃើញស្ថានភាព/រោគសញ្ញានំបូងនៅពេលណា? When did you first notice the condition(s)/symptom(s)? តើពេលណាដែលអ្នកស្វែងរកការប្រឹក្សាពីរដ្ឋបណ្ឌិតទាក់ទងនឹងស្ថានភាពរោគសញ្ញាទាំងនេះ? When did you first seek doctor's regarding these the condition(s)/symptom(s)? តើអ្នកត្រូវបានធានារដោយក្រុមហ៊ុនធានាវ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែរឬទេ?	សូមពិពណ៌នាអំពីស្ថានភាព/រេ	 ាគសញ្ញា			
When did you first notice the condition(s)/symptom(s)? វើពេលណាដែលអ្នកស្វែងរកការប្រឹត្តាពីជម្លបផ្តិតទាក់ទងនឹងស្ថានភាពរាគសញ្ញាទាំងនេះ? When did you first seek doctor's regarding these the condition(s)/symptom(s)? វត្តីអ្នកត្រូវបានធានាវ៉ាយក្រុមហ៊ុនធានាវ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែរឬទេ?					
តើពេលណាដែលអ្នកស្វែងរកការប្រឹក្សាពីបជួបណ្ឌិតខាត់ទងនឹងស្ថានភាពរោគសញ្ញាទាំងនេះ? When did you first seek doctor's regarding these the condition(s)/symptom(s)? តើអ្នកត្រូវបានធានាដោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដៃរឬទេ?					
When did you first seek doctor's regarding these the condition(s)/symptom(s)? វតីអ្នកត្រូវបានធានាដោយក្រុមហ៊ុនធានាវ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែរឬទេ?					
Are you covered by any other insurance? No Yes, please provide detail on separate sheet. ចំនួនទាមទារសំណងសរុប Total Amount Claimed: រីតិ៍មានលម្អិតអំពីរបៀបនៃការទូទាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION សាច់ប្រាក់ / Cash					
Total Amount Claimed: សាច់ប្រាក់ / Cash				heet.	
ត្រីត៍មានលម្អិតអំពីរបៀបនៃការទូទាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION □ សាច់ប្រាក់ / Cash □ មូលប្បទានបត្រ- ទៅឈ្មោះ / Cheque − Payee's Name: □ ផ្លេរតាមធនាគារ / Bank Transfer «លេខកណនីធនាគារ / Account Number: «ឈ្មោះធនាគារ / Bank Name: រោសយដ្ឋានធនាគារ / Bank Address: ***This អនិង					
្ឋាន្តាតមធនាគារ / Bank Transfer លេខកណនីធនាគារ / Account Number: ឈ្មោះគណនីធនាគារ / Account Name: ឈ្មោះធនាគារ / Bank Name: អាសយដ្ឋានធនាគារ / Bank Address: 71.រធានាអះអាង / DECLARATION បោះទាន់ ក្នុង មួយនានារះអាងថាខ្ញុំបាះទាន់ មួយនូវ និងមួកតំណាងរបស់ក្រុមហ៊ុនអាចទាក់ទងទៅតតិយផន ដោយរួមមានជាអាទី ជេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលបច្ចុប្បន្ននិងពីមុន របស់ខ្ញុំបាទូលានព័ត៌មានបន្តែម ដើម្បីបំពេញការវាយតម្លៃរបស់ក្រុមហ៊ុនអាចទាក់ទងទៅតតិយផន ដោយរួមមានជាអាទី ជេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលបច្ចុប្បន្ននិងពីមុន របស់ខ្ញុំបាទូលានព័ត៌មានបន្តែម ដើម្បីបំពេញការវាយតម្លៃរបស់ក្រុមហ៊ុនលើការទាមទារសំណងនេះ។ បោះទាន់ងំខ្លុំ ជម្រើប៉ំពេញការវាយតម្លៃរបស់ក្រុមហ៊ុនលើការទាមទារសំណងនេះ។ បោះទាន់ងំខ្លុំ ជម្រើប៉ំពេញការវាយតម្លៃរបស់ក្រុមហ៊ុនលើការទាមទារសំណងនេះ។ បោះទាន់ងំខ្លាំ និងនេះ និងផ្តល់ស្ថានិកាន់បំពេញនៅក្នុងប្បច្បើប្រាស់ដោយក្រុមហ៊ុន ហ្វុតកាន់ និងផ្តល់សោកម្មធានារ៉ាប់រង និង នេះ (២) ដំណើរការ និងផ្តល់ស្វាស់ទីភ្នាពដល់ការទូតសណ្ណពេលទេ (៣) ផ្តល់ពីទានពេលផ្នែកទីព្យាសម្រាប់សេវកម្មធានារ៉ាប់រង ដែលជាក់ព័ន្ធជាមួយក្រុមហ៊ុន ហួតតេ ឬ ក្រុមហ៊ុនដែលជាក់ព័ន្ធជទៃទៀត និង (៤) ដំណើរការ ចំពេញ ប្រសិទ្ធភាពដល់ការទូតសណ្ណពេលទេ (៣) ផ្តល់ពីទានគេលើផ្តែកទីព្យាសម្រាប់សេវកម្មធានារ៉ាប់រង ដែលជាក់ព័ន្ធជាមួយក្រុមហ៊ុន ហួតតេ ឬ ក្រុមហ៊ុនដែលជាក់ព័ន្ធជទៃទៀត និង (៤) ដំណើរការ បាននៅកំពុងជា នៅក្រុមប្រទេសកាន់ នៅកំពុងប្រទេសកាន់ នៅកំពុងប្រមេញកំពុងប្រកម្មប្រទេសកាន់ នៅកំពុងប្រគេញ បានបាន់ បានបានបាន់ ប្រទេសកាន់ នៅកំពុងប្រសិទ្ធភាពដល់កាន់ទីជាមួយក្រុមហ៊ុន ហួតតេ ឬ ក្រុមប៉ុន្តដែលជាក់ព័ន្ធជាមួយក្រុមហ៊ុន ហួតតេ ឬ ក្រុមប៉ុន្តដែលជាក់ព័ន្ធជាជម្រាន់ ប្រទេសកាន់ នៃ (១) ដំណើរការ ចំពេញ និងប្រសិទ្ធភាពដល់ការខុតតំបាន់ បានបាន់កាន់ បាន់កំពុងប្រទេសកាន់ នៃ (១) ដំណើរការ បាន់ការ និងផ្តាំប្រសិទ្ធភាពដល់កាន់ទីជាមេលកាន់ នៅកំពេលកាន់ បាន់បាន់ បាន់បាន់ បាន់ប្រទេសកាន់ បាន់ប្រទេសកាន់ បាន់បាន់ បាន់បាន់ បានបាន់ បាន់បាន់ បាន់បាន់ បាន់ប្រសិទ្ធភាពនេះ បាន់បាន់ បាន់បាន់ បាន់បាន់ បាន់បាន់ បាន់បាន់ បាន់ប្រទេសកាន់ បាន់បាន់ បាន់បាន់ បាន់ប្រទេសកានេះ បានបាន់បាន់ បាន់បាន់ បាន់បាន់បាន់ បាន់បាន់ បានបាន់ បាន់បាន់ បាន់បាន់ បានបាន់ បាន់បាន់ បានបាន់បាន់ បាន់បាន់ បាន់បាន់បាន់ បាន់បាន់បាន់បាន់ បាន់បាន់ បាន់បាន់បាន់ បាន់បាន់បាន់បាន់បាន់បាន់ បាន់បាន់ បាន់បាន់បាន់ បាន់បាន់ បានសាន់បាន់ បាន់បាន់បាន់បាន់ ប	Total Amount Claimed:				
ផ្សេះតាមធនាគារ / Bank Transfer លេខកណនីធនាគារ / Account Number: ឈ្មោះគណនីធនាគារ / Account Name: ឈ្មោះធនាគារ / Bank Name: អាសយដ្ឋានធនាគារ / Bank Address: ារធានាអះអាង / DECLARATION ក្រោទ/នាងខ្ញុំ សូមធានាអះអាងថាខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំបានអាន បានយល់ ហើយអះអាងថាគ្រប់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបំពេញនៅក្នុងទម្រង់ទាមទារសំណងនេះគឺពិតជាត្រឹមត្រូវ និងមិនមានការក្លែងបន្តិ៍ខ្លេចស្គាល់ថាលិខិតធានាអះអាងនេះនឹងផ្តល់សិទ្ធិឱ្យក្រុមហ៊ុន ហួតគេ និងអ្នកតំណាងរបស់ក្រុមហ៊ុនអាចទាក់ទងទៅតតិយជន ដោយរួមមានជាអាទី ជនួបណ្ឌិតព្យាបាលបច្ចុប្បន្ននិងពីមុន របស់ខ្ញុំបាច្រាទាំងនិង ដើម្បីបំពេញការបានបន្តិប្បនុស្គាល់ខ្លានដែលជានារូបអាមនេះ ប្រដែលទទួលបានតាមរយៈមេត្តោបាយកា ប្រទេស ប្រុក្សាទុកដោយក្រុមហ៊ុន ហួតគេ ដែលមាននៅក្នុងបែបទទាមទារសំណងនេះ ឬដែលទទួលបានតាមរយៈមេត្តោបាយកា ប្រទេស ប្រុក្សាទុកដោយក្រុមហ៊ុន ហួតគេ ដែលមាននៅក្នុងបែបបទទាមទារសំណងនេះ ឬដែលទទួលបានតាមរយៈមេត្តោបាយការ នៃ (១) និងពីរការ និងផ្តល់ប្រសិត្តភាពដល់ការទូទាត់បណ្តាននៅខាន់ប្រមេញ ប្រទេសកម្ពុជា ក្នុងគេលាបំណងដើម្បី (១) វាយតម្លៃការទាមទារសំណង និងផ្តល់សេវាកម្មធានារ៉ាប់រង និងនេះ (១) និងពីរំការ និងផ្តល់ប្រសិត្តភាពដល់ការទូតតំបណ្តាតពេញនៅក្នុងប្រកេប្រទេសកម្ពុជា ក្នុងគេលាបំណងនៅម្តីថា ប្រកេប្រមេញក្រុមហ៊ុន ហូតគេ ឬក្រុមហ៊ុនស្អាតតាមនេះគេត្រាបាយការ និងផ្តល់សេវាកម្មធានារ៉ាប់រង និងនេះ (១) និងពីរារារ និងផ្តល់ប្រសិត្តភាពដល់ការទូទាត់បណ្តាននោះ (៣) ផ្តល់ព័ត៌មានអោយផ្នែកទីផ្សារបម្រាប់សេវាកម្មធានារ៉ាប់រង និងនេះ (១) និងពីរំការ បំណងនោះបំពីរារ និងផ្តល់ស្រាសិទ្ធភាពដល់ការទូនតំបណ្តិតនេះ (៣) ផ្តល់ពីមានអោយផ្នែកទីផ្សារបម្រាប់សេវាកម្មធានារ៉ាប់រង និងនេះ (១) និងការប្រកេប្បកម្មកម្មកម្មកិច្ចកាលបច្ចុលប្រទេលក្រុមប្រកិប្បកម្មកានក្រុមប្រកិប្បកម្មកាន្ត ប្រការប្រកិប្បនិង នេះ (១) និងការប្រកិប្បកម្មកាន្ត ប្រកិប្បកម្មកាន្ត ប្រកិប្បកម្មកានកម្មកាន្ត ប្រកិប្បកម្មកាន្ត (១) នេះ ប្រកិប្បកម្មកាន្ត ប្រកិប្បកម្មកាន្ត (១) និងប្រកិប្បកម្មកាន្ត (១) នេះ ប្រកិប្បកម្មកាន្ត (១) នេះ ប្រកិប្បកម្មកាន្ត (១) នេះ ប្រកិប្បកម្មកាន្ត (១) នេះ ប្រជាពីមានកម្មកាន្ត (១) នេះ ប្រកិប្បកម្មកាន្ត (១) នេ	ាត៌មានលម្អិតអំពីរបៀប ៉	នៃការទូទាត់សំណ	/ PAYMENT INFORMATION		
លេខគណនីធនាគារ / Account Number: ឈ្មោះគណនីធនាគារ / Account Name: អាសយដ្ឋានធនាគារ / Bank Address: រារធានាអះអាង / DECLARATION ប្រាទ/នាងខ្ញុំ សូមធានាអះអាងចាខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំបានកានា បានយល់ ហើយអះអាងចាគ្រប់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបំពេញនៅក្នុងទម្រង់ទាមទារសំណងនេះគឺពិតជាត្រឹមត្រូវ និងមិនមានការក្លែងបន្តិវត្ត ប្រាទ/នាងខ្ញុំ ស្នេចបេខប្រាច់ ប្រាទ/នាងខ្ញុំ បានការ និងផ្តល់សិទ្ធិឱ្យក្រុមហ៊ុន ហូតតេ និងអ្នកកំណាងរបស់ក្រុមហ៊ុនអាចទាក់ទងទៅតតិយជន ដោយរួមមានជាអាទិ៍ វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលបច្ចុប្បន្ននិងពីមុន របស់ខ្ញុំបាទូលបានពិតមានបន្ថែម ដើម្បីបំពេញការវាយតម្លៃរបស់ក្រុមហ៊ុន ហេតា និងអ្នកកំណាងរបស់ក្រុមហ៊ុនអាចទាក់ទងទៅតតិយជន ដោយរួមមានជាអាទិ៍ វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលបច្ចុប្បន្ននិងពីមុន របស់ខ្ញុំបាទូលទាន់ និងខ្ញុំ បានដឹង និងយល់ព្រមថា ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដែលបានប្រមូល ឬរក្សាទុកដោយក្រុមហ៊ុន ហូតតេ ដែលមាននៅក្នុងវែបបបទទាមទារសំណងនេះ ឬដែលទទួលបានតាមរយៈមធ្យោបាយណា ភូរបានប្រើប្រាស់ដោយក្រុមហ៊ុនហូតតេ ឬបង្ហាញឬផ្ញើរទៅឱ្យស្ថាប័នផ្សេងទៀតក្នុងឬក្រៅប្រទេសកម្ពុជា ក្នុងគោលបំណងដើម្បី (១) វាយតម្លៃការទាមទារសំណង និងផ្តល់សេវាកម្មធានារ៉ាប់រង និង នេ (ខ) ដំណើរការ និងផ្តល់ប្រសិទ្ធភាពដល់ការទូខាត់បណ្ណដូចនៅក្នុងខ្លែងក្នុងប្រការប្រទេសកម្ពុជា និងខេត្រ និង (៤) ដំណើរការ និងផ្តល់ប្រសិទ្ធភាពដល់ការទូខាត់បណ្ណដូចនៅក្នុងទីព្រះសម្រាប់សេវាកម្មធានរាប់រង ដែលពាក់ព័ន្ធជម្រេបប្រទេស បានតេប្រការបានបានប្រសិទ្ធ និង (៤) ដំណើរការ និងផ្តល់ប្រសិទ្ធភាពដល់ការទូខាត់បណ្ណដូចនៅក្នុង (១) វាលកម្ពេជានារាប់រង និង ខេត្ត (២) វិស្សការបាន់ និង (៤) ដំណើរការ និងផ្តល់ប្រសិទ្ធភាពដល់ការទូខាត់បណ្ណដូចនៅបាន (១) វិស្សការបានបានប្រការបានបានបានបានបានបានបានបានបានបានបានបានបានប	🗌 សាច់ប្រាក់ / Cash		🔲 មូលប្បទានបត្រ-ទៅឈ្មោះ / Cheque - Payee's Name:		
ឈ្មោះធនាគារ / Bank Name: អាសយដ្ឋានធនាគារ / Bank Address: ារធានាអះអាងថាខ្ញុំបាទ/ទាងខ្ញុំបានអាន បានយល់ ហើយអះអាងចាគ្រប់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបំពេញនៅក្នុងទម្រង់ទាមទារសំណងនេះគឺពិតជាត្រឹមត្រូវ និងមិនមានការក្លែងបន្តិវត្ត ទទួលស្គាល់ថាលិខិតជានាអះអាងថាខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំបានអាន បានយល់ ហើយអះអាងចាគ្រប់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបំពេញនៅក្នុងទម្រង់ទាមទារសំណងនេះគឺពិតជាត្រឹមត្រូវ និងមិនមានការក្លែងបន្តិវត្ត ទទួលស្គាល់ថាលិខិតជានាអះអាងថែននឹងផ្តល់សិទ្ធិឱ្យក្រុមហ៊ុន ហួតតេ និងអ្នកតំណាងរបស់ក្រុមហ៊ុនអាចទាក់ទងទៅតិតិយជន ដោយរួមមានជាអាទី វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលចច្ចុប្បន្ននិងពីមុន របស់ខ្ញុំបានបានព័ត៌មានបន្ថែម ដើម្បីបញ្ជាការវាយតម្លៃរបស់ក្រុមហ៊ុនលើការទាមទារសំណងនេះ។ ប្រទេ/នាងខ្ញុំ បានដឹង និងយល់ព្រមថា ព័ត៌មានផ្តាល់ខ្លួនដែលបានប្រមូល ឬរក្សាទុកដោយក្រុមហ៊ុន ហួតតេ ដែលមាននៅក្នុងបែបបទទាមទារសំណងនេះ ឬដែលទទួលបានតាមរយៈមធ្យោបាយណាតូរបានប្រើប្រាស់ដោយក្រុមហ៊ុនហ្វុតតេ ឬបង្ហាញឬធ្វើរថាទៀតក្នុងឬក្រៅប្រទេសកម្ពុជា ក្នុងគោលបំណងដើម្បី (១) រាយតម្លៃភារទាមទារសំណង និងផ្តល់សេរាកម្មធានារ៉ាប់រង និងនេះ (១) ដំណើរការ និងផ្តល់ប្រសិទ្ធិភាពដល់ការទូទាត់បណ្ណានលោខ (៣) ផ្តល់ព័ត៌មានអោយផ្នែកទីផ្សារសម្រាប់សោរកម្មធានារ៉ាប់រង ដែលជាកំព័ន្ធជាមួយក្រុមហ៊ុន ហួតតេ ឬ ក្រុមហ៊ុនដែលជាក់ព័ន្ធជទៃទៀត និង (៤) ដំណើរការបំណងនានារ៉ាប់រង ។ declare that all information, to the best of my knowledge, provided on this claim form is truthful and correct. I also understand that this declaration give of FORTE and their appointed representatives to approach any third party for information required to complete their assessment of this claim inclumited to, my current and previous Medical Practitioners. declare and agree that the personal information collected or held by FORTE, whether contained in this form or obtained otherwise, may be used insclose or transferred to any organization within or outside Cambodia for the purpose to (1) assess this claim and to provide on-going insurance repursions and (4) process claims or analyze the insurance.			-		
ារធានាអះអាង / DECLARATION បោទទាងខ្ញុំ សូមធានាអះអាងថាខ្ញុំបាទទាងខ្ញុំបានអាន បានយល់ ហើយអះអាងថាគ្រប់ពីតិមានទាំងអស់ដែលបានបំពេញនៅក្នុងទម្រង់ទាមទារសំណងនេះគឺពិតជាត្រឹមត្រូវ និងមិនមានការភ្លែងបន្លិវខ្មែរចូលបានពិតមានអះអាងថាខ្ញុំបាទទៅនឹងផ្តល់សិទ្ធិខ្យុក្រុមហ៊ុន ហ្វូតគេ និងអ្នកតំណាងរបស់ក្រុមហ៊ុនអាចទាក់ទងទៅតតិយជន ដោយរួមមានជាអាទិ៍ វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលចច្ចុប្បន្ននិងពីមុន របស់ខ្ញុំបាទលោកទេខេត្តប្រសិត្តបានប្រការបានកម្រាប់ ប្រសិត្តបានប្រការបានកម្រាប់ ប្រសិត្តបានបានប្រសិតបានប្រការបានប្រជាជាការបានបន្តិប្បក់ប្រការបានប្រជាជាការបានបន្តិប្បក់ប្រការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានបន្តិប្បក់ប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្របានបានបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្របានបានបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្របានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានប្រជាជាការបានបានប្រជាជាការបានប្រជុំនិងក្នុងបន្តិប្រការបានប្រជាជាការបានបានប្រជាជាការ					
បាទ/នាងខ្ញុំ សូមធានាអះអាងថាខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំបានអាន បានយល់ ហើយអះអាងថាគ្រប់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបំពេញនៅក្នុងទ្រង់ទាមទារសំណងនេះគឺពិតជាត្រឹមត្រូវ និងមិនមានការក្លែងបន្តិវិច្ចប្រសិត្តមួលស្គាល់ថាលិខិតធានាអះអាងនេះនឹងផ្តល់សិទ្ធិឱ្យក្រុមហ៊ុន ហ្វូតតេ និងអ្នកតំណាងរបស់ក្រុមហ៊ុនអាចទាក់ទងទៅតតិយជន ដោយរួមមានជាអាទិ៍ វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលបច្ចុប្បន្ននិងពីមុន របស់ខ្ញុំបាទរូបគេ ដើម្បីបំពេញការវាយតម្លៃរបស់ក្រុមហ៊ុនហ្វេការទាមទារសំណងនេះ។ បោទ/នាងខ្ញុំ បានដឹង និងយល់ព្រមថា ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដែលបានប្រមូល ឬរក្សាទុកដោយក្រុមហ៊ុន ហ្វូតតេ ដែលមាននៅក្នុងបែបបទទាមទារសំណងនេះ ឬដែលទទួលបានតាមរយៈមធ្យោបាយណាត្តរបានប្រើប្រាស់ដោយក្រុមហ៊ុនហ្វូតតេ ឬបង្ហាញឬផ្ទេរទៅឱ្យស្ថាប់នផ្សេងទៀតក្នុងឬក្រៅប្រទេសកម្ពុជា ក្នុងគោលបំណងដើម្បី (១) វាយតម្លៃការទាមទារសំណង និងផ្តល់សេវាកម្មធានារ៉ាប់រង និងនេ (១) ដំណើរការ និងផ្តល់ប្រសិទ្ធិភាពដល់ការទូទាត់បណ្ណឥណទាន (៣) ផ្តល់ព័ត៌មានអោយផ្នែកទីផ្សាសម្រាប់សេវាកម្មធានារ៉ាប់រង ដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយក្រុមហ៊ុន ហូតតេ ឬ ក្រុមហ៊ុនដែលពាក់ព័ន្ធដទៃទៀត និង (៤) ដំណើរការ រាជាជា និងផ្តល់ប្រសិទ្ធិភាពដល់ការទូទាត់បណ្ណឥណទាន (៣) ផ្តល់ព័ត៌មានអោយផ្នែកទីផ្សាសម្រាប់សេវាកម្មធានារ៉ាប់រង ដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយក្រុមហ៊ុន ហូតតេ ឬ ក្រុមហ៊ុនដែលពាក់ព័ន្ធដទៃទៀត និង (៤) ដំណើរការ រំពេងនៅទាំង ។ declare that all information, to the best of my knowledge, provided on this claim form is truthful and correct. I also understand that this declaration give of FORTE and their appointed representatives to approach any third party for information required to complete their assessment of this claim inclumited to, my current and previous Medical Practitioners. declare that the personal information collected or held by FORTE, whether contained in this form or obtained otherwise, may be used lisclosed or transferred to any organization within or outside Cambodia for the purpose to (1) assess this claim and to provide on-going insurance ervices, (2) process and give effect to Credit Card Payment, (3) provide marketing materials in respect of insurance related services of FORTE or iompanies and (4) process claims or analyze the insurance.	ឈ្មោះងនាគារ / Bank r	name:	អាសយដ្ឋនេធនាគារ / Bank Address:		
់ទទួលស្គាល់ចាល់ខិតធានាអះអាង់នេះនឹងផ្តល់សិទ្ធិឱ្យក្រុមហ៊ុន ហ្វុតតេ និងអ្នកគំណាងរបស់ក្រុមហ៊ុនអាចទាក់ទងទៅតតិយជន ដោយរួមមានជាអាទិ៍ រេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលបច្ចុប្បន្ននិងពីមុន របស់ខ្ញុំបានព័ត៌មានបន្ថែម ដើម្បីបំពេញការវាយតម្លៃរបស់ក្រុមហ៊ុនហ្វាទុកដោយក្រុមហ៊ុន ហ្វុតតេ ដែលមាននៅក្នុងបែបបទទាមទារសំណងនេះ ឬដែលទទួលបានតាមរយៈមធ្យោបាយណាត្តូវបានប្រើប្រាស់ដោយក្រុមហ៊ុនហ្វូតតេ ឬបង្ហាញឬផ្ទេរទៅឱ្យស្ថាប័នផ្សេងទៀតក្នុងឬក្រៅប្រទេសកម្ពុជា ក្នុងគោលបំណងដើម្បី (១) វាយតម្លៃការទាមទារសំណង និងផ្តល់សេវាកម្មធានារ៉ាប់រង និងនេះ (២) ដំណើរការ និងផ្តល់ប្រសិទ្ធិភាពដល់ការទូទាត់បណ្តផណទាន (៣) ផ្តល់ព័ត៌មានអោយផ្នែកទីផ្សារសម្រាប់សេវាកម្មធានារ៉ាប់រង និងនេះ (២) ដំណើរការ និងផ្តល់ប្រសិទ្ធិភាពដល់ការទូទាត់បណ្តផណទាន (៣) ផ្តល់ព័ត៌មានអោយផ្នែកទីផ្សារសម្រាប់សេវាកម្មធានារ៉ាប់រង ដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយក្រុមហ៊ុន ហ្វុតតេ ឬ ក្រុមហ៊ុនដែលពាក់ព័ន្ធដទៃទៀត និង (៤) ដំណើរការ បំណងនានារ៉ាប់រង ។ declare that all information, to the best of my knowledge, provided on this claim form is truthful and correct. I also understand that this declaration givo o FORTE and their appointed representatives to approach any third party for information required to complete their assessment of this claim incluimited to, my current and previous Medical Practitioners. declare and agree that the personal information collected or held by FORTE, whether contained in this form or obtained otherwise, may be used declare and agree that the personal information collected or held by FORTE, whether contained in this form or obtained otherwise, may be used declare and agree that the personal information collected cambodia for the purpose to (1) assess this claim and to provide on-going insurance a error contained to the provide on-going insurance a error companies and (4) process claims or analyze the insurance.			1.00 0 1.1 0 0.1 0 0.0	.	
តូរបានប្រើប្រាស់ដោយក្រុមហ៊ុនហ្វូតតេ ឬបង្ហាញឬផ្ចើរទៅឱ្យស្ថាប័នផ្សេងទៀតក្នុងឬក្រៅប្រទេសកម្ពុជា ក្នុងគោលបំណងដើម្បី (១) វាយតម្លៃការទាមទារសំណង និងផ្តល់សេវាកម្មធានារ៉ាប់រង និង៤ និង និង៤ និងពីរការ និងផ្តល់ស្រាកម្មធានារ៉ាប់រង និង៤ និងពីរការ និងផ្តល់ប្រសិទ្ធិភាពដល់ការទូខាត់បណ្តងធានារ៉ាប់រង ។ declare that all information, to the best of my knowledge, provided on this claim form is truthful and correct. I also understand that this declaration give of FORTE and their appointed representatives to approach any third party for information required to complete their assessment of this claim inclumited to, my current and previous Medical Practitioners. declare and agree that the personal information collected or held by FORTE, whether contained in this form or obtained otherwise, may be used issolved or transferred to any organization within or outside Cambodia for the purpose to (1) assess this claim and to provide on-going insurance a ervices, (2) process and give effect to Credit Card Payment, (3) provide marketing materials in respect of insurance related services of FORTE or isompanies and (4) process claims or analyze the insurance.	ទទួលស្គាល់់ថាលិខិតធានាអះអាង់នេ	ះនឹងផ្តល់សិទ្ធិឱ្យក្រុមហ៊ុន ហ្វត	និងអ្នកតំណាងរបស់ក្រុមហ៊ុនអាចទាក់ទងទៅតតិយជន ដោយរួមមានជាអាទិ៍ វេជ្ជបណ្ឌិតព្យ		
o FORTE and their appointed representatives to approach any third party for information required to complete their assessment of this claim inclumited to, my current and previous Medical Practitioners. declare and agree that the personal information collected or held by FORTE, whether contained in this form or obtained otherwise, may be used lisclosed or transferred to any organization within or outside Cambodia for the purpose to (1) assess this claim and to provide on-going insurance activities, (2) process and give effect to Credit Card Payment, (3) provide marketing materials in respect of insurance related services of FORTE or isompanies and (4) process claims or analyze the insurance.	ត់ូវបានប្រើប្រាស់ដោយក្រុមហ៊ុនហ្វត វន (២) ដំណើរការ និងផ្ដល់ប្រសិទ្ធិភាព	តេ ឬបង្ហាញឬផ្ទើរទៅឱ្យស្ថាប័	រ្សងទៀតក្នុងឬក្រៅប្រទេសកម្ពុជា ក្នុងគោលបំណងដើម្បី (១) វាយតម្លៃការទាមទារសំណង	និងផ្តល់សេវាកម្មធានារ៉ាប់រង និងសេវាកម្មជូនអតិ	
lisclosed or transferred to any organization within or outside Cambodia for the purpose to (1) assess this claim and to provide on-going insurance a ervices, (2) process and give effect to Credit Card Payment, (3) provide marketing materials in respect of insurance related services of FORTE or isompanies and (4) process claims or analyze the insurance.	o FORTE and their appointe	d representatives to a	roach any third party for information required to complete their asse		
	isclosed or transferred to an ervices, (2) process and give	ny organization within e effect to Credit Card	outside Cambodia for the purpose to (1) assess this claim and to pro ayment, (3) provide marketing materials in respect of insurance relati	vide on-going insurance and custome	
ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ ឬអាណាព្យាបាល	 ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ	ឬអាណាព្យាបាល	 កា	 លបរិច្ឆេទ	

ForteGeneral Insurance



urance បែបបទទាមទារសំណង | CLAIM FORM

ផ្នែកទី២៖ ត្រូវបំពេញដោយវេជ្ជបណ្ឌិត | PART 2: TO BE COMPLETED BY MEDICAL DOCTOR

ដើម្បីឱ្យការទាមទារសំណងមានសុពលភាព អ្នកត្រូវបំពេញឯកសារទាំង២ផ្នែក (ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២) និងដាក់ជូនទៅក្រុមហ៊ុន ហ្វតតេ អ៊ិនសួរឹនស៍ (ខេមបូឌា) ភីអិលស៊ី ក្នុងរយៈពេល ៣០ ថ្ងៃបន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញពីមន្ទីរ ពេទ្យ។ បែបបទទាមទារសំណងផ្នែកទី ២ អាចជំនួសដោយវិញ្ញាបនបត្រវេជ្ជសាស្ត្រ/វបាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ/កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ។

For a claim to be valid, the following 2 parts (Part1 and Part 2) must be completed and submitted to Forte Insurance (Cambodia) Plc., within 30 days after the discharge date. Claim Form Part 2 shall be replaced by Medical Certificate/Medical Reports/Medical Records.

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីវេជ្ជសាស្ត្រ / MEDICAL INFORMATION

ស្ថានភាពដែលត្រូវព្យាបាល Condition requiring treatment:		
មូលហេតុចម្បង Underlying cause(s):		
តើស្ថានភាពនេះធ្លាប់បង្កទុក្ខលំបាកពីមុនដែរឬទេ? គ្មាន Has the condition been suffered previously?	□ មាន Yes	
តើស្ថានភាពនេះកើតឡើងមានរយៈពេលប៉ុន្មានហើយ? How long has the condition exist?		
តើរោគសញ្ញាដំបូងកើតឡើងនៅពេលណា? When were symptom first apparent to patient?		
កាលបរិច្ឆេទនៃការពិគ្រោះយោបល់លើកដំបូងជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ Date of first consultation with any Medical Practitioner of this condit	tion:	
ការពិនិត្យកាយសម្បទា Physical Examination:		
ការធ្វើតេស្តមន្ទីពិសោធន៍ និងការពិនិត្យផ្សេងៗ Lab Tests and Exams:		
លទ្ធផលតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ Lab Tests results:		
លទ្ធផលពិនិត្យផ្សេងៗ Exam Results:		
រោគវិនិច្ឆ័យ/ការបញ្ជាក់ Diagnosis/Impression:		
ព័ត៌មានលម្អិតនៃការព្យាបាល Details of treatment provided:		
សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះថ្នាំ និងកំរិតប្រើ៖ Please state the name of drug(s) and dosage(s):		
តើអ្នកជំងឺនឹងត្រូវការព្យាបាលនៅក្រៅប្រទេសដែរឬទេ? Will the patient require treatment outside the country of residence?	🗌 គ្មាន 🔲 មាន, សូមបញ្ជាក់៖ No Yes, please advise:	
ការធានាអះអាង / DECLARTION		
ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត Doctor's Name:	ទូរស័ព្ទ Mobile No.:	
ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ Hospital's Name:	សារអេឡិចត្រូនិច Email:	
អាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ Hospital's Address:		
ហត្តលេខាវេជ្ជបណ្ឌិត	 កាលបរិច្ឆេទ	