

**បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពបុគ្គលិក | EMCARE INSURANCE**  
**បែបបទទាមទារសំណង | CLAIM FORM**

Insured Information ព័ត៌មានអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង		
Claimant name (*): ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង	Date of Birth: ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	Sex: <input type="checkbox"/> Male កេរ ប្រុស <input type="checkbox"/> Female ស្រី
EmCare Card No. (*): លេខកាតសមាជិកEmCare	ID Card / Passport No: លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬលិខិតឆ្លងដែន	Tel: លេខទូរស័ព្ទ
Family Member of: សមាជិកគ្រួសាររបស់	Policyholder: ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន ឬអង្គភាព	Email (*): សារអេឡិចត្រូនិក

Description of Accident/Illness សេចក្តីលម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់ ឬជំងឺ		
1.	<b>Accident គ្រោះថ្នាក់</b>	<b>Illness ជំងឺ</b>
	Date, time and location of accident: កាលបរិច្ឆេទ ម៉ោង និងទីកន្លែងគ្រោះថ្នាក់	Symptom: រោគសញ្ញា
	How it happened and state the extend of the injury: មូលហេតុនៃគ្រោះថ្នាក់ និងទំហំរបួស	Diagnostic: រោគវិនិច្ឆ័យ
	Degree of disablement: កម្រិតពិការភាព	Date and time of operation/hospitalization: កាលបរិច្ឆេទ និងម៉ោងទទួលការកាត់ ឬការសម្រាកព្យាបាល
	Treatment date/time: កាលបរិច្ឆេទ និងម៉ោងទទួលការព្យាបាល	Hospital name and location: ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ
2.	Have you previously suffered from similar injury/illness? តើអ្នកធ្លាប់មានរបួស ឬមានជំងឺស្រដៀងនេះពីមុនមកទេ? <input type="checkbox"/> No ទេ <input type="checkbox"/> Yes បាទ/ចាស	If yes, please specify (when, causes, degree): ប្រសិនបើមាន សូមលម្អិតពីពេលវេលា មូលហេតុ និងកម្រិត

List of necessary documents (Please provide all below required documents, otherwise the reimbursement will be delayed.) (*) ឯកសារសំខាន់ៗ (សូមផ្តល់ឯកសារចាំបាច់ទាំងអស់ដូចខាងក្រោមនេះ។ បើមិនដូច្នោះទេ ការទូទាត់សំណងនឹងត្រូវពន្យារពេល)	
<b>Out-Patient ការព្យាបាលជំងឺក្រៅ (មិនសម្រាកពេទ្យ)</b>	<b>In-Patient ការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ</b>
<input type="checkbox"/> Doctor's diagnosis រោគវិនិច្ឆ័យពីវេជ្ជបណ្ឌិត	<input type="checkbox"/> Hospital discharge លិខិតចេញពីមន្ទីរពេទ្យ
<input type="checkbox"/> Medication prescription វេជ្ជបញ្ជា	<input type="checkbox"/> Discharge prescription វេជ្ជបញ្ជាពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យ
<input type="checkbox"/> The result of all biology tests & imaging លទ្ធផលលមាម ឬរូបភាពវេជ្ជសាស្ត្រ	<input type="checkbox"/> The result of all biology tests & imaging លទ្ធផលលមាម ឬរូបភាពវេជ្ជសាស្ត្រ
<input type="checkbox"/> Invoices/Receipts with breakdown of detail costs វិក្កយបត្រដែលរាយការលម្ហូបម្ហូប	<input type="checkbox"/> Medical Record កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ
	<input type="checkbox"/> Invoices/Receipts with breakdown of detail costs វិក្កយបត្រដែលរាយការលម្ហូបម្ហូប

Payment Information ព័ត៌មានសម្រាប់ការធ្វើសំណង		
Please list the documents submitted with this form. សូមបញ្ជាក់ពីឯកសារដែលភ្ជាប់មកជាមួយបែបបទនេះ:		
<b>Document Submitted ឯកសារភ្ជាប់</b>	<b>Accounting Documents ឯកសារគណនី/វិក្កយបត្រ</b>	
1.	1. Invoice No. លេខវិក្កយបត្រ	USD
2.	2.	USD
3.	3.	USD
4.	4.	USD
5.	5.	USD
	<b>Total សរុប</b>	<b>USD</b>
<input type="checkbox"/> <b>Payment by cash ទូទាត់ជាសាច់ប្រាក់ (AMK)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Payment by bank transfer ទូទាត់តាមរយៈធនាគារ</b>	
Name of receiver ឈ្មោះអ្នកទទួលប្រាក់	Name of Beneficiary ឈ្មោះអ្នកទទួល	
ID Card / Passport No.: លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬលិខិតឆ្លងដែន	Bank Account No. លេខគណនេយ្យធនាគារ	
Receiver's Phone Number: លេខទូរស័ព្ទអ្នកទទួលប្រាក់	Bank Name ឈ្មោះធនាគារ	
	Bank Branch សាខាធនាគារ	
	Bank Address អាសយដ្ឋានធនាគារ	

I, \_\_\_\_\_ hereby certify that the information on this form is complete and correct to the best of my knowledge. I authorize to Forte Insurance Cambodia Plc., South Asia Services Limited Liability or its representatives to obtain necessary information from all physicians, hospitals, medical service providers, pharmacists, employers, and all other agencies or organizations (including other insurers) to consider the claim for reimbursement under my insurance contract. This authorization does not mean the insurance company and/or its representative will collect missing documents on behalf of the insured.

ខ្ញុំបាទ/ខ្ញុំស្រី ខ្ញុំសូមអះអាងថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ក្នុងបែបបទទាមទារសំណងនេះ គឺពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ហ្វត តើ និង South Asia Services Limited Liability ឬអ្នកតំណាង អាចទទួលបានព័ត៌មានពីវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថស្ថាន រិយោដក និងភាគីពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត ដើម្បីពិចារណាលើការទាមទារសំណងរបស់ខ្ញុំ និងទូទាត់សំណងទៅតាមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ។ រាល់ការប្រមូលឯកសារដែលខ្លះខាតជាបន្តបន្ទាប់របស់ខ្ញុំ បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផ្ទាល់។

Signature of the Insured or Guardian ហត្ថលេខារបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬអាណាព្យាបាល	
Full Name: ឈ្មោះពេញ	Date: កាលបរិច្ឆេទ