



អ្នកទាមទារសំណងត្រូវបំពេញរាល់ចំណុចដែលពាក់ព័ន្ធនៅក្នុងផ្នែកទី១នៃបែបបទនេះឱ្យបានពេញលេញ និងច្បាស់លាស់ ហើយត្រូវភ្ជាប់មកជាមួយនូវរាល់ឯកសារពេទ្យ ព្រមទាំងវិក្កយបត្រ ច្បាប់ដើមដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការទាមទារសំណងនេះមកក្រុមហ៊ុនយើងខ្ញុំ ក្នុងអំឡុងពេល៣០ថ្ងៃ គិតចាប់ពីថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។  
The claimant must fully and accurately complete all the relevant areas in the part 1 of this form and must also attach original medical documents as well as original invoices relating to this claim. The documentation must be submitted to our company within thirty (30) days from the date of discharge from hospital.

**ផ្នែកទី១/PART 1: ព័ត៌មានលំអិតអំពីសមាជិកធានារ៉ាប់រង/INSURED MEMBER'S DETAILS**

ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/Policyholder:	
លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/Policy No.:	លេខទូរស័ព្ទ/Contact No.:
ឈ្មោះអ្នកជំងឺ/Patient's Name:	ភេទ/Gender: <input type="checkbox"/> ប្រុស/Male <input type="checkbox"/> ស្រី/Female
អាយុ/Age:	<input type="checkbox"/> និយោជិត/Employee <input type="checkbox"/> អ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុក/Dependant
សារអេឡិចត្រូនិក/Email:	ថ្ងៃចូលធ្វើការ/Employment Date:

**A. ជំងឺ/ILLNESS**  
អាការពោគ/Symptoms:

**B. គ្រោះថ្នាក់/ACCIDENT**

ផ្នែកនៃរាងកាយដែលរងរបួស/Injured Body Parts:	
កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់/Accident Date:	ទីកន្លែងកើតហេតុ/Accident Place:
ម៉ោងកើតហេតុ/Accident Time:	
សូមរៀបរាប់អំពីមូលហេតុដែលនាំឱ្យគ្រោះថ្នាក់នេះកើតឡើង។/Please describe how this accident happened:	

**C. ព័ត៌មានបន្ថែម/ADDITIONAL INFORMATION**

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យនិងអាសយដ្ឋាន/Hospital and Location:	
ថ្ងៃចូលពេទ្យ/Hospital Admission Date:	ថ្ងៃចេញពីពេទ្យ/Hospital Discharge Date:
<b>មធ្យោបាយទូទាត់/Mode of Payment:</b> <input type="checkbox"/> មូលប្បទានប័ត្រទៅម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/Cheque to the Policyholder <input type="checkbox"/> មូលប្បទានប័ត្រទៅនិយោជិត/Cheque to the Employee <input type="checkbox"/> ដោយការផ្ទេរប្រាក់តាមធនាគារក្នុងស្រុក/By Local Bank Transfer <input type="checkbox"/> មូលប្បទានប័ត្រទៅមន្ទីរពេទ្យដែលក្រុមហ៊ុនយើងខ្ញុំត្រូវបានអនុញ្ញាត/Cheque to Forte's Panel Hospital <input type="checkbox"/> មូលប្បទានប័ត្រទៅអ្នកទទួលសិទ្ធិជំនួស/Cheque to an Authorized Person	
• ឈ្មោះគណនី/Account Name:	• ឈ្មោះធនាគារ/Bank Name:
• លេខគណនី/Account No.:	
(សូមភ្ជាប់អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណប្រជាជននៃនិយោជិតឬអ្នកទទួលសិទ្ធិជំនួសមកជាមួយ/ Please attach a copy of the national ID card or passport of the Employee or Authorized Person.)	
<b>ទឹកប្រាក់ទាមទារសរុប/Total Claimed Amount:</b>	

**ការផ្តល់សិទ្ធិព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ/MEDICAL INFORMATION AUTHORITY**

ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិជូនគ្រូពេទ្យវះកាត់គ្រូពេទ្យព្យាបាលមន្ទីរពេទ្យឬគ្លីនិកដែលបានព្យាបាលឬពិនិត្យរាល់បញ្ហារបស់ខ្ញុំក្នុងការបង្ហាញនូវរាល់ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងជំងឺរបួស ព្រមទាំងមួយបណ្តាច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ហេតុពេទ្យវេជ្ជសាស្ត្រនិងប្រវត្តិជំងឺជូនក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងហ្វឺត។ រាល់ច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារប្រគល់សិទ្ធិនេះត្រូវបានចាត់ទុកថាមានប្រសិទ្ធិភាពនិងអាចយកធានាបានដូចច្បាប់ដើមដែរ។

I hereby authorize any surgeon, medical practitioner, hospital or clinic that has attended to me or examined me for any reason to disclose all the information with respect to the illness or injury, and to provide Forte Insurance (Cambodia) Plc with copies of all hospital or medical records, including any prior medical history. A copy of this authorization is considered to be as effective and valid as the original.

ហត្ថលេខាសមាជិកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/Insured Member's Signature: ឬ ហត្ថលេខាអាណាព្យាបាលអ្នកជំងឺ/Guardian's Signature:

ឈ្មោះ/Name: .....  
កាលបរិច្ឆេទ/Date: .....



**ផ្នែកទី២/PART 2: សេចក្តីបញ្ជាក់អំពីការព្យាបាល / TREATMENT CERTIFICATION**  
**ត្រូវបំពេញដោយវេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាល ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរះកាត់ប៉ុណ្ណោះ / To be wholly completed by the attending doctor or surgeon**

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ/Patient's Name:	ភេទ/Gender: <input type="checkbox"/> ប្រុស/Male <input type="checkbox"/> ស្រី/Female	អាយុ/Age:	លេខទូរស័ព្ទ/Contact No.:
-------------------------------	---	-----------	--------------------------

**A. រោគវិនិច្ឆ័យ និងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធ/DIAGNOSIS AND RELATED INFORMATION**

រោគវិនិច្ឆ័យ/Diagnosis:			
តើអ្នកជំងឺទទួលបានការព្យាបាលដោយសម្រាកពេទ្យ ឬមិនសម្រាកពេទ្យ?/Was this patient treated as an Inpatient or Outpatient? <input type="checkbox"/> សម្រាកពេទ្យ/Inpatient <input type="checkbox"/> មិនបានសម្រាកពេទ្យ/Outpatient			
<p>1. តើសភាពខាងលើនេះបណ្តាលមកពី/Is the mentioned condition due to:</p> <p>a) ភាពខុសប្រក្រតីពីកំណើត/Congenital anomaly?      <input type="checkbox"/> មែន/Yes      <input type="checkbox"/> ទេ/No</p> <p>b) វិបត្តិផ្លូវចិត្ត/Mental disorder?      <input type="checkbox"/> មែន/Yes      <input type="checkbox"/> ទេ/No</p> <p>c) ការព្យាបាលធ្មេញឬសម្ព័ន្ធរបស់វា/Teeth treatment or gum tissue?      <input type="checkbox"/> មែន/Yes      <input type="checkbox"/> ទេ/No</p> <p>d) ចេតនាធ្វើខ្លួនឯងរបួសឬការញៀនថ្នាំ?/Self-inflicted injury or drug addiction?      <input type="checkbox"/> មែន/Yes      <input type="checkbox"/> ទេ/No</p> <p>e) ជំងឺកាមរោគ/Sexually transmitted disease?      <input type="checkbox"/> មែន/Yes      <input type="checkbox"/> ទេ/No</p>	<p>2. តើនេះជាផលវិបាកនៃការមានគភ៌ ប្រសូតិ រំលូត រលូត អសមត្ថភាពផ្លូវភេទ ការក្រៀមក្រាមអារម្មណ៍/Is it a complication arising from pregnancy, childbirth, abortion, miscarriage, impotency, sterilization, sub-fertility or infertility?      <input type="checkbox"/> មែន/Yes      <input type="checkbox"/> ទេ/No</p> <p>3. ចំពោះការរលូត តើវាបណ្តាលពីគ្រោះថ្នាក់ឬទេ?/For miscarriage, was it due to an accident?      <input type="checkbox"/> មែន/Yes      <input type="checkbox"/> ទេ/No</p> <p>4. តើការរះកាត់នេះធ្វើឡើងក្នុងគោលបំណងកែសម្រួលមែនទេ?/Is the surgery for a cosmetic purpose?      <input type="checkbox"/> មែន/Yes      <input type="checkbox"/> ទេ/No</p> <p>5. តើការរះកាត់នេះចាំបាច់តាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឬទេ?/Is the surgery medically necessary?      <input type="checkbox"/> មែន/Yes      <input type="checkbox"/> ទេ/No</p>		
5. តើអ្នកជំងឺពិគ្រោះដំបូងជាមួយពេទ្យពេលណា ហើយមានអាការៈអ្វីខ្លះ?/When did the patient first consult you, and what were the symptoms?			
6. តើជំងឺឬរបួសរបស់គាត់ទំនងជាមានមកយូរប៉ុណ្ណាហើយ?/ How long has the patient's illness or injury been likely to exist?			
7. តើគាត់ធ្លាប់បានទទួលការពិនិត្យ ពិគ្រោះ ព្យាបាលជំងឺឬរបួសនេះពីមុនមកឬទេ?/Has this patient ever received any medical examination or consultation or treatment for this illness or injury before? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> បាទ/Yes      <input type="checkbox"/> ទេ/No</span>			

**B. ព័ត៌មានស្តីពីការរះកាត់/SURGICAL INFORMATION**

វិធាននៃការរះកាត់ Surgical Procedure:	ថ្ងៃរះកាត់/Surgery Date:
តើការរះកាត់នេះធ្វើឡើងតាមមុខកាត់តែមួយមែនទេ?/Was the surgery performed through the same incision? <input type="checkbox"/> មែន/Yes <input type="checkbox"/> ទេ/No បើមែន សូមបញ្ជាក់ទំហំប្រប្រវែងនៃស្នាមរបួសដែលរះកាត់នោះ។/If yes, please specify the size or measurement of the lesion(s) or tumor(s).	

**C. ព័ត៌មានអំពីការតាមដានជំងឺ/ FOLLOW-UP CARE INFORMATION**

តើអ្នកជំងឺនៅស្ថិតក្រោមការថែទាំរបស់ពេទ្យមែនទេ?/Is the patient still under your care? <input type="checkbox"/> មែន/Yes <input type="checkbox"/> ទេ/No
បើមែន តើពេទ្យត្រូវពិនិត្យសភាពរបស់គាត់ម្តងទៀតនៅពេលណា?/If yes, when are you going to review the condition again?
បើអត់ទេ សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ការព្យាបាល។/If no, please specify the date of treatment termination.
តើការវិវត្តន៍នៃជំងឺឬរបួសយ៉ាងម៉េចដែរ?/What is the prognosis of this illness or injury?

**D. វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាល ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរះកាត់/DOCTOR OR SURGEON**

ឈ្មោះ/Name:	កាលបរិច្ឆេទ/Date:
លេខទូរស័ព្ទ/Contact No.:	ហត្ថលេខានិងត្រា Signature and Stamp:
សារអេឡិចត្រូនិក/Email:	
អាសយដ្ឋាន/Address:	