

ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង | CLAIM FORM

ផ្នែកទី១: ត្រូវបំពេញដោយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង | PART 1: TO BE COMPLETED BY INSURED

ដើម្បីឱ្យការទាមទារសំណងមានសុពលភាព អ្នកត្រូវបំពេញឯកសារទាំង២ផ្នែក (ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២) និងដាក់ជូនទៅក្រុមហ៊ុន ហួតតេ អ៊ិនស៊ុរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។

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.

Please ensure your claim form is fully completed and returned as soon as possible. Please note that Figtree Blue is not responsible for any fee incurred in the completion of this form or any further information/documents required by us to assess a claim. The issuing of this claim form is in no way an admission of liability.

Table with 2 columns: ម្ចាស់បញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង / Policyholder, លេខបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង / Policy No.

ព័ត៌មានលម្អិតរបស់អ្នកជំងឺ / PATIENT INFORMATION

Form with 4 rows: គោត្តនាម និងនាម / Full Name, ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត / Date of Birth, សញ្ជាតិ / Nationality, អាសយដ្ឋាន / Address.

របួស ឬជំងឺ / INJURY OR ILLNESS

Form with 6 rows: ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ / សញ្ញាជំងឺដំបូង / Diagnosis/Chief Complaint, សូមពិពណ៌នាអំពីស្ថានភាព/រោគសញ្ញា / Please describe the condition(s)/symptom(s), តើអ្នកកត់សម្គាល់ឃើញស្ថានភាព/រោគសញ្ញាដំបូងនៅពេលណា? / When did you first notice the condition(s)/symptom(s)?, តើពេលណាដែលអ្នកស្វែងរកការប្រឹក្សាពីវេជ្ជបណ្ឌិតទាក់ទងនឹងស្ថានភាពរោគសញ្ញាទាំងនេះ? / When did you first seek doctor's regarding these the condition(s)/symptom(s)?, តើអ្នកត្រូវបានធានាដោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែរឬទេ? / Are you covered by any other insurance?, ទឹកប្រាក់ទាមទារសំណងសរុប / Total Amount Claimed.

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបនៃការទូទាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION

Form with 2 rows: លក្ខណៈប្រាក់ / Cash, មូលប្បទានប័ត្រ-ទៅឈ្មោះ / Cheque - Payee's Name, ផ្ទេរតាមធនាគារ / Bank Transfer, លេខគណនីធនាគារ / Account Number, ឈ្មោះធនាគារ / Bank Name, ឈ្មោះគណនីធនាគារ / Account Name, អាសយដ្ឋានធនាគារ / Bank Address.

ការធានាអះអាង / DECLARATION

ខ្ញុំបាទ/ខ្ញុំសូមធានាអះអាងថាខ្ញុំបាទ/ខ្ញុំបានអាន បានយល់ ហើយអះអាងថាគ្រប់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបំពេញនៅក្នុងទម្រង់ទាមទារសំណងនេះគឺពិតជាត្រឹមត្រូវ និងមិនមានការកែប្រែឡើយ។

I 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 gives permission to FORTE and their appointed representatives to approach any third party for information required to complete their assessment of this claim including, but not limited to, my current and previous Medical Practitioners.

I declare and agree that the personal information collected or held by FORTE, whether contained in this form or obtained otherwise, may be used by FORTE or disclosed or transferred to any organization within or outside Cambodia for the purpose to (1) assess this claim and to provide on-going insurance and customer services, (2) process and give effect to Credit Card Payment, (3) provide marketing materials in respect of insurance related services of FORTE or its associated companies and (4) process claims or analyze the insurance.

ហត្ថលេខា និងត្រា តំណាងក្រុមហ៊ុន ឬ អង្គការដែលធានាសំណងសន្យារ៉ាប់រង / Signature and Stamp on Behalf of the Policyholder, ហត្ថលេខារបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬអ្នករក្សាទុក / Signature of the Insured or Guardian

Form with 4 fields: ឈ្មោះពេញ / Full Name, កាលបរិច្ឆេទ / Date, ឈ្មោះពេញ / Full Name, កាលបរិច្ឆេទ / Date.

**ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង | CLAIM FORM**  
**ផ្នែកទី២៖ ត្រូវបំពេញដោយវេជ្ជបណ្ឌិត | PART 2: TO BE COMPLETED BY MEDICAL DOCTOR**

ដើម្បីឱ្យការទាមទារសំណងមានសុពលភាព អ្នកត្រូវបំពេញឯកសារទាំង២ផ្នែក (ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២) និងដាក់ជូនទៅក្រុមហ៊ុន ហ្វតេ អ៊ិនស៊ុរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។  
បែបបទទាមទារសំណងផ្នែកទី 2 អាចជំនួសដោយវិញ្ញាបនបត្រវេជ្ជសាស្ត្រ/របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ/កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ។

For a claim to be valid, the following 2 parts (Part 1 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):	
តើស្ថានភាពនេះធ្លាប់បង្កឱ្យលំបាកពីមុនដែរឬទេ? Has the condition been suffered previously?	<input type="checkbox"/> គ្មាន No <input type="checkbox"/> មាន Yes
តើស្ថានភាពនេះកើតឡើងមានរយៈពេលប៉ុន្មានហើយ? How long has the condition exist?	
តើហេតុសញ្ញាដំបូងកើតឡើងនៅពេលណា? When were symptom first apparent to patient?	
កាលបរិច្ឆេទនៃការពិគ្រោះយោបល់លើកដំបូងជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ Date of first consultation with any Medical Practitioner of this condition:	
ការពិនិត្យកាយសម្បទា Physical Examination:	
ការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ និងការពិនិត្យផ្សេងៗ Lab Tests and Exams:	
លទ្ធផលតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ Lab Tests Results:	
លទ្ធផលពិនិត្យផ្សេងៗ Exam Results:	
ពាក្យវិនិច្ឆ័យ/ការបញ្ជាក់ Diagnosis/Impression:	
ព័ត៌មានលម្អិតនៃការព្យាបាល Details of Treatment Provided:	
សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះថ្នាំ និងកម្រិតប្រើ៖ Please State the Name of Drug(s) and Dosage(s):	
តើអ្នកជំងឺនឹងត្រូវការព្យាបាលនៅក្រៅប្រទេសដែរឬទេ? Will the patient require treatment outside the country of residence?	<input type="checkbox"/> គ្មាន No <input type="checkbox"/> មាន, សូមបញ្ជាក់៖ Yes, please advise:

**ការធានាអះអាង / DECLARATION**

ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត Doctor's Name:	ទូរស័ព្ទ Mobile No.:
ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ Hospital's Name:	សារអេឡិចត្រូនិច Email:
អាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ Hospital's Address:	

ហត្ថលេខា និងត្រា វេជ្ជបណ្ឌិត  
Signature and Stamp of Doctor

Full Name:  
ឈ្មោះពេញ

Date:  
កាលបរិច្ឆេទ