

ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ

Critical illness Claim Form

* ត្រូវបំពេញជាចាំបាច់ / Mandatory fields.

សូមបញ្ជាក់ថា៖ បុគ្គលណាមួយដាក់ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង ដែលមានព័ត៌មានមិនពិត ឬលាក់បាំងក្នុងគោលបំណងបំភាន់ ព័ត៌មានណាមួយទាក់ទងនឹងការទាមទារសំណង គឺជាបទឧក្រិដ្ឋ។

Note: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or claim containing any Materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent act which is a crime.

លេខបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង/ លេខបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រងជាក្រុម Policy No / Group Policy No*	ឈ្មោះម្ចាស់បញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង Policyholder Name*:
---	---

ផ្នែកទី ១ – ព័ត៌មានអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត
Section 1 – Details of Life Assured

ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត Life Assured's Name*	ភេទ Sex*
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត Date of Birth*/...../.....	លេខ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬលិខិតឆ្លងដែន National ID No./Passport*
ការងារ-មុខរបរ-មុខតំណែង Work-Occupation-Position*	លេខទំនាក់ទំនង Phone No*:
អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅ Residence Address*	

ផ្នែកទី ២ – ព័ត៌មាននៃការស្នើសុំទាមទារសំណង
Section 2 – Details of Claim

1. ទាមទារសំណងនៃប្រភេទនៃជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ Claim for Critical illness of*:	2. ចំនួនទឹកប្រាក់សំណង៖ Claim amount*: (USD)
3. សូមពណ៌នាអំពីរោគសញ្ញាដែលចាប់ផ្តើម? Describe the symptoms from the date on set*?	
4. តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតចាប់ផ្តើមមានរោគសញ្ញាតាំងពីពេលណាមក មុនពេលជួបពិគ្រោះយោបល់លើកដំបូង? សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម ៖ How long has Life Assured been experiencing these symptoms before the first consultation? Please provide the following details*.....	
5. កាលបរិច្ឆេទនៅពេលដែលរោគសញ្ញាចាប់ផ្តើមមាន៖ Date when symptoms started (dd/mm/yyyy) *:	
6. សូមពណ៌នាអំពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក នៅខាងក្រោម ៖ Describe the condition(s) of the Life Assured after discharge from the Hospital/Clinic*.	
7. ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ ឬមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិកដែលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ជួបពិគ្រោះយោបល់លើកដំបូង៖ Please provide the name(s) of the Hospital(s) / Doctor(s), you have first consulted for this Diagnosis*.	

ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ ឬមន្ទីរពេទ្យ Hospital/Doctor's Name	កាលបរិច្ឆេទ Date	មូលហេតុ Medical reason	លេខទំនាក់ទំនង Contact No.
.....

ផ្នែកទី ៣ – ព័ត៌មានអ្នកទាមទារសំណង ឬទទួលផល
Section 3 – Details of Beneficiary or Claimant

ឈ្មោះអ្នកទទួលផល Claimant name*	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត Date of Birth*/...../.....
លេខ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណឬលិខិតឆ្លងដែន National ID No./Passport*	លេខទូរស័ព្ទ Phone No*:
ភេទ Gender*.....	ទំនាក់ទំនង Relationship*.....		

ការអះអាងរបស់អ្នកទាមទារសំណង ឬទទួលផល
Declaration of Beneficiary or Claimant

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំទទួលស្គាល់ និងបញ្ជាក់ថា៖

1. ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលយើងបានផ្តល់គឺពិតជាត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ។
2. សារតាមនៃអ្នកទទួលផលដែលមានឈ្មោះត្រូវបានពិនិត្យ និងបញ្ជាក់ពីភាពស្របច្បាប់របស់អ្នកទទួលផលរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត និង/ឬ ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
3. អនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនប្រើប្រាស់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូននៅទីនេះ តាមការតម្រូវអាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ច និង/ឬ បទប្បញ្ញត្តិជាធរមាន។
4. យើងខ្ញុំព្រមទទួលស្គាល់ថា ក្នុងករណីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងកំណត់ឃើញថាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់មិនពេញលេញ និង/ឬ ត្រូវបានផ្តល់ខុសពីការពិតដោយប្រការណាមួយ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងមានសិទ្ធិនូវក្នុងការស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែម ក្នុងគោលបំណងដើម្បីធ្វើការព្យាយាមត្រឹមត្រូវ ឬសម្រេចការទាមទារសំណងរ៉ាប់រងដោយយោងទៅតាម ខ និងលក្ខខណ្ឌនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។

ជនណាដែលមាន ចេតនាក្លែងបន្លំមកកាន់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតហ្វូតតេ ឡាយហ្វី អ៊ីស្ត្រូនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក។ ឬបុគ្គលណាមួយដាក់ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង ដែលមានព័ត៌មានមិនពិត ឬលាក់បាំងក្នុងគោលបំណងបំភាន់ ព័ត៌មានណាមួយទាក់ទងនឹងការទាមទារសំណង គឺជាបទឧក្រិដ្ឋ។

By signing below, we acknowledge and confirm that:

1. All information we have given is true and complete to the best of our knowledge and belief;
2. Background of the beneficiary has been checked and confirm the legitimate of the beneficiary of the Life Assured and Policyholder;
3. Authorization to the Company to use the information given herein as required by competent authority and/or regulation in-force;
4. We acknowledged that in case Forte Life Assurance (Cambodia) Plc. determines the information provided to be incomplete and/or willfully misrepresented, the Company reserves the right to request additional supporting information/document for verification purposes and make the claim decision in according to policy terms and conditions.

Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or claim containing any Materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent act which is a crime.

ឈ្មោះរបស់អ្នកទាមទារសំណង ឬទទួលផល Name and signature of Beneficiary or Claimant*
 ឈ្មោះ Name: កាលបរិច្ឆេទ Date:/...../.....