

**ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងលើការថែទាំ ឬ ព្យាបាលសុខភាព**  
**Medical Reimbursement 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 ឬ លិខិតឆ្លងដែន 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. ទាមទារសំណងប្រភេទ Claim Type*: <input type="checkbox"/> សម្រាកពេទ្យ In-patient (IP) <input type="checkbox"/> មិនតម្រូវអោយសម្រាកពេទ្យ Out-patient (OP) <input type="checkbox"/> ពិនិត្យសុខភាព វ៉ាក់សាំង Health check-up/ vaccination: <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ Other:	2. ចំនួនទឹកប្រាក់សំណង៖ Claim amount*: (USD) .....
3. ថ្ងៃដែលបាត់បង់ Date of loss: .....	4. ទីតាំងដែលបាត់បង់ Place of loss: .....
5. ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ សញ្ញាជំងឺដំបូង Diagnosis / Chief Complaint*: .....	
6. តើអ្នកកត់សម្គាល់ឃើញស្ថានភាព រោគសញ្ញាដំបូងនៅពេលណា? When did you first notice the condition(s)/ symptom(s)? * .....	
7. សូមពិពណ៌នាអំពីស្ថានភាព រោគសញ្ញា Please describe the condition(s) / symptom(s) *: .....	
8. តើពេលណាដែលអ្នកស្វែងរកការប្រឹក្សាពីវេជ្ជបណ្ឌិតចំពោះស្ថានភាពសុខភាពរបស់លោកអ្នក? When did you first seek doctor's consult to these condition(s)/symptom(s)? * .....	

9. ផ្សេងៗ

Other: .....

**ផ្នែកទី ៣ – ព័ត៌មានសម្រាប់ធ្វើការទូទាត់ប្រាក់**  
**Section 3 - PAYMENT INFORMATION\***

មូលប្បទានបត្រ ទៅឈ្មោះ  
Cheque – Payee's name:

.....  
.....

ផ្ទេរតាមធនាគារ  
Bank transfer

- ឈ្មោះធនាគារ  
Bank name: .....
- លេខគណនីធនាគារ  
Account number: .....
- ឈ្មោះគណនីធនាគារ  
Account name: .....

**ការអះអាងរបស់អ្នកទាមទារសំណង**  
**Declaration of Claimant**

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំទទួលស្គាល់ និងបញ្ជាក់ថា៖

1. ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលយើងបានផ្តល់គឺពិតជាត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ។
2. សារតាមនៃអ្នកទទួលបានដែលមានឈ្មោះត្រូវបានពិនិត្យ និងបញ្ជាក់ពីភាពស្របច្បាប់របស់អ្នកទទួលបានរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត និង/ឬ ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
3. អនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនប្រើប្រាស់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូននៅទីនេះ តាមការតម្រូវអាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ច និង/ឬ បទប្បញ្ញត្តិជាធរមាន។
4. យើងខ្ញុំព្រមទទួលស្គាល់ថា ក្នុងករណីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងកំណត់ឃើញថាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់មិនពេញលេញ និង/ឬ ត្រូវបានផ្តល់ខុសពីការពិតដោយប្រការណាមួយ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងមានសិទ្ធិនូវក្នុងការស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែម ក្នុងគោលបំណងដើម្បីធ្វើការពិនិត្យភាពត្រឹមត្រូវ ឬសម្រេចការទាមទារសំណងរ៉ាប់រងដោយយោងទៅតាម ខ និងលក្ខខណ្ឌនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។

ជនណាដែលមាន ចេតនាក្លែងបន្លំមកកាន់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតហ្វូតតេ ឡាយហ្វី អ៊ីស្ត្រីនស៍ (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**

**Name and signature of Claimant\***

.....

ឈ្មោះ Name: .....

កាលបរិច្ឆេទ Date: ...../...../.....