

ដើម្បីឱ្យការទាមទារសំណងមានសុពលភាព លោកអ្នកត្រូវបំពេញឯកសារទាំង២ផ្នែក (ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២) និងដាក់ជូនទៅក្រុមហ៊ុន ហ្វតេ ឡាយហ្វី ក្នុងរយៈពេល ១៥ ថ្ងៃបន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រងផ្នែកទី ២ អាចជំនួសដោយវិញ្ញាបនបត្រវេជ្ជសាស្ត្រ/របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ/កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ។ សូមលោកអ្នកបំពេញពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រងដោយម៉ត់ចត់ និងផ្ញើជូនមកក្រុមហ៊ុនឱ្យបានឆាប់រហ័សបំផុត។ សូមចំណាំថាបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ផលិតផលបន្ថែម គ្រុមមេដប្រូ និងគ្រុមមេដប្រូ មេដប្រូ ផ្អែស មិនធានាចំពោះថ្ងៃសេវារ៉ាប់រងបែបទាមទារសំណង ឬការស្វែងរកព័ត៌មាន/ឯកសារដែលតម្រូវបន្ថែមពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងដើម្បីវាយតម្លៃការទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រងនេះឡើយ។ ការផ្តល់ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រងនេះ មិនមែនមានន័យថាក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងទទួលយកការទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រងឡើយ។

For a claim to be valid, the following 2 parts (Part1 and Part 2) must be completed and submitted to Forte Life Assurance (Cambodia) Plc., within 15 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 Group MedPro & Group MedPro Plus is not responsible for any fee incurred in the completion of this form or any further information/documents required by us to assess the loss. The issuing of this claim form is in no way an admission of liability.

ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policyholder:	លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policy No.:
---	------------------------------------

ព័ត៌មានលម្អិតរបស់អ្នកជំងឺ / PATIENT INFORMATION

គោត្តនាម និងនាម Full Name:	លេខកូដសម្គាល់អតិថិជន Customer ID:
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (DD/MM/YYYY) Date of Birth: / /	☐ លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ / ☐ លេខលិខិតឆ្លងដែន: ☐ ប្រុស/M ☐ ស្រី/F ID Card / Passport No:
សញ្ជាតិ Nationality:	ទូរស័ព្ទ Mobile No.:
អាសយដ្ឋាន Address:	សារអេឡិចត្រូនិច Email:

របួស ឬជំងឺ / INJURY OR ILLNESS

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 consult to these condition(s)/symptom(s)?
តើអ្នកត្រូវបានធានាដោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែរឬទេ? ☐ មិនមាន ☐ មាន, សូមភ្ជាប់ឯកសារបញ្ជាក់ Are you covered by any other insurance? No Yes, please provides detail on separate sheet.
ទឹកប្រាក់ទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រងសរុប Total Claim Amount:

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបនៃការទូទាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION

☐ មូលប្បទានប័ត្រ-ទៅឈ្មោះ / Cheque – Payee's Name: ☐ ផ្ទេរតាមធនាគារ / Bank Transfer លេខគណនីធនាគារ / Account Number: ឈ្មោះធនាគារ / Bank Name:	ឈ្មោះគណនីធនាគារ / Account Name: អាសយដ្ឋានធនាគារ / Bank Address:
--	--

ការធានាអះអាង / DECLARATION

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សូមធានាអះអាងថាខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំបានអាន បានយល់ ហើយអះអាងថាគ្រប់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបំពេញនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រងនេះគឺពិតជាត្រឹមត្រូវនិងមិនមានការក្លែងបន្លំឡើយ។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាលិខិតធានាអះអាងនេះនឹងផ្តល់សិទ្ធិឱ្យក្រុមហ៊ុន ហ្វតេ ឡាយហ្វី និងអ្នកតំណាងរបស់ក្រុមហ៊ុនអាចទាក់ទងទៅតាមវិធាន ដោយរួមមានជាអាទិ៍ វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលបច្ចុប្បន្ននិងពីមុន របស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សម្រាប់ទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម ដើម្បីបំពេញការវាយតម្លៃរបស់ក្រុមហ៊ុនលើការទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រងនេះ។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ បានដឹង និងយល់ព្រមថា ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដែលបានប្រមូល ឬរក្សាទុកដោយក្រុមហ៊ុន ហ្វតេ ឡាយហ្វី ដែលមាននៅក្នុងពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រងនេះ ឬដែលទទួលបានតាមរយៈមធ្យោបាយណាមួយក៏ដោយ អាចនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយក្រុមហ៊ុន ហ្វតេ ឡាយហ្វី ឬបង្ហាញឬផ្ទេរទៅឱ្យស្ថាប័នផ្សេងទៀតក្នុងឬក្រៅប្រទេសកម្ពុជា ក្នុងគោលបំណងដើម្បី (១) ធ្វើការវាយតម្លៃលើការទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រង ផ្តល់សេវាកម្មធានារ៉ាប់រង និងសេវាកម្មជូនអតិថិជន។ (២) ដំណើរការ និងផ្តល់ប្រសិទ្ធភាពដល់ការទូទាត់បណ្ណសន្យាធានារ៉ាប់រង។ (៣) ផ្តល់ព័ត៌មានឱ្យផ្នែកផ្សេងៗសម្រាប់សេវាកម្មធានារ៉ាប់រងដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយក្រុមហ៊ុន ហ្វតេ ឡាយហ្វី ឬក្រុមហ៊ុនដែលពាក់ព័ន្ធដទៃទៀត និង (៤) ដំណើរការ និងវិភាគការទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រង។

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 Life 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 Life, whether contained in this form or obtained otherwise, may be used by Forte Life 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 Life or its associated companies and (4) process claims or analyze the insurance.

ហត្ថលេខា និងត្រា តំណាងក្រុមហ៊ុន ឬ អង្គភាពដែលជាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Signature and stamp on behalf of the policyholder	ហត្ថលេខារបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត ឬអាណាព្យាបាល Signature of the Life Assured or Guardian
Full Name: ឈ្មោះពេញ	Full Name: ឈ្មោះពេញ
Date: កាលបរិច្ឆេទ	Date: កាលបរិច្ឆេទ