

បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងជំងឺកូវីដ-19 សម្រាប់អ្នកធ្វើដំណើរទៅបរទេស
COVID-19 OUTBOUND INSURANCE

បែបបទទាមទារសំណង / CLAIM FORM

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

ដើម្បីឱ្យការទាមទារសំណងមានសុពលភាព អ្នកត្រូវបំពេញឯកសារទាំង២ផ្នែក (ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២) និងដាក់ជូនទៅក្រុមហ៊ុន ហ្វឺត អ៊ិនស៊ុរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ភីអិលស៊ី ក្នុងរយៈពេល ៣០ ថ្ងៃបន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ បែបបទទាមទារសំណងផ្នែកទី ២ អាចជំនួសដោយវិញ្ញាបនបត្រវេជ្ជសាស្ត្រ/របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ/កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ។ សូមអ្នកបំពេញបែបបទទាមទារសំណងដោយម៉ត់ចត់ និងធ្វើជូនក្រុមហ៊ុនឱ្យបានឆាប់រហ័សបំផុត។ សូមចំណាំថាបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ មិនធានាចំពោះថ្លៃសេវាបំពេញបែបបទទាមទារសំណង ឬការស្វែងរកព័ត៌មាន/ឯកសារដែលតម្រូវបន្ថែមពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងដើម្បីវាយតម្លៃការទាមទារសំណងនេះឡើយ។ ការផ្តល់បែបបទទាមទារសំណងនេះ មិនមែនមានន័យថាក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងទទួលយកការទាមទារសំណងឡើយ។

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 this Policy 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.

ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policyholder:	លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/លេខវិញ្ញាបនបត្រធានារ៉ាប់រង Policy No./Certificate No.:
---	---

ព័ត៌មានលម្អិតរបស់អ្នកជំងឺ / PATIENT INFORMATION

គោត្តនាម និងនាម Full Name:	លេខបណ្ណសម្គាល់សមាជិក Member ID:	
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត Date of Birth:	ភេទ Gender:	<input type="checkbox"/> លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ / <input type="checkbox"/> លេខលិខិតឆ្លងដែន 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 regarding these the condition(s)/symptom(s)?
តើអ្នកត្រូវបានធានាដោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> មាន, សូមផ្តល់ឯកសារបញ្ជាក់ Are you covered by any other insurance? No Yes, please provide detail on separate sheet.
ចំនួនទាមទារសំណងសរុប Total Amount Claimed:

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបនៃការទូទាត់សំណង / PAYMENT INFORMATION

<input type="checkbox"/> សាច់ប្រាក់ / Cash	<input type="checkbox"/> មូលប្បទានបត្រ-ទៅឈ្មោះ / Cheque - Payee's Name:	
<input type="checkbox"/> ផ្ទេរតាមធនាគារ / Bank Transfer	លេខគណនីធនាគារ / Account Number:	ឈ្មោះគណនីធនាគារ / Account Name:
	ឈ្មោះធនាគារ / Bank Name:	អាសយដ្ឋានធនាគារ / Bank Address:

ការធានាអះអាង / DECLARATION

ខ្ញុំបាទ/ខ្ញុំ ខ្ញុំ សូមធានាអះអាងថាខ្ញុំបាទ/ខ្ញុំបានអាន បានយល់ ហើយអះអាងថាគ្រប់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបំពេញនៅក្នុងបែបបទទាមទារសំណងនេះគឺពិតជាត្រឹមត្រូវ និងមិនមានការកែប្រែបន្តិចឡើយ។ ខ្ញុំបាទ/ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាលិខិតធានាអះអាងនេះនឹងផ្តល់សិទ្ធិឱ្យក្រុមហ៊ុន ហ្វឺត អ៊ិនស៊ុរ៉ង់ស៍ ឬអ្នកតំណាងរបស់ក្រុមហ៊ុនអាចទាក់ទងទៅគតិយធន ដោយរួមមានធានាថា វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលបច្ចុប្បន្ននិងពីមុន របស់ខ្ញុំបាទ/ខ្ញុំ សម្រាប់ទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម ដើម្បីបំពេញការវាយតម្លៃរបស់ក្រុមហ៊ុនលើការទាមទារសំណងនេះ។

ខ្ញុំបាទ/ខ្ញុំ បានដឹង និងយល់ព្រមថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានប្រមូល ឬរក្សាទុកដោយក្រុមហ៊ុន ហ្វឺត អ៊ិនស៊ុរ៉ង់ស៍ បែបបទទាមទារសំណងនេះ ឬដែលទទួលបានតាមរយៈការផ្សព្វផ្សាយណាមួយ អាចនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយក្រុមហ៊ុនហ្វឺត ឬបណ្តាញប្រព័ន្ធនៃក្រុមហ៊ុនផ្សេងទៀតក្នុងប្រព័ន្ធសេវាកម្ម ក្នុងគោលបំណងដើម្បី (១) វាយតម្លៃការទាមទារសំណង និងផ្តល់សេវាកម្មធានារ៉ាប់រង និងសេវាកម្មជូនអតិថិជន (២) ដំណើរការ និងផ្តល់ប្រសិទ្ធភាពដល់ការទូទាត់បណ្តាញធានា (៣) ផ្តល់ព័ត៌មានដោយផ្នែកទីផ្សារសម្រាប់សេវាកម្មធានារ៉ាប់រង ដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយក្រុមហ៊ុន ហ្វឺត អ៊ិនស៊ុរ៉ង់ស៍ ឬ ក្រុមហ៊ុនដែលពាក់ព័ន្ធនៃផ្សេងទៀត 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 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.

ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ ឬអាណាព្យាបាល
SIGNATURE OF PATIENT/GUARDIAN

កាលបរិច្ឆេទ
DATE

**បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងជំងឺកូវីដ-19 សម្រាប់អ្នកធ្វើដំណើរទៅបរទេស
COVID-19 OUTBOUND INSURANCE**

បែបបទទាមទារសំណង / CLAIM FORM

ផ្នែកទី២៖ ត្រូវបំពេញដោយវេជ្ជបណ្ឌិត / PART 2: TO BE COMPLETED BY MEDICAL DOCTOR

ដើម្បីឱ្យការទាមទារសំណងមានសុពលភាព អ្នកត្រូវបំពេញឯកសារទាំង២ផ្នែក (ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២) និងដាក់ជូនទៅក្រុមហ៊ុន ហ្វឺត អ៊ិនស៊ុរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ភីអិលស៊ី ក្នុងរយៈពេល ៣០ ថ្ងៃបន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ បែបបទទាមទារសំណងផ្នែកទី ២ អាចជំនួសដោយវិញ្ញាបនបត្រវេជ្ជសាស្ត្រ/របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ/កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ។

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.

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីវេជ្ជសាស្ត្រ / MEDICAL INFORMATION

ស្ថានភាពដែលត្រូវព្យាបាល Condition requiring treatment:
មូលហេតុចម្បង Underlying cause(s):
តើស្ថានភាពនេះធ្លាប់បង្កទុក្ខលំបាកពីមុនដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> មាន Has the condition been suffered previously? No Yes
តើស្ថានភាពនេះកើតឡើងមានរយៈពេលប៉ុន្មានហើយ? How long has the condition exist?
តើរោគសញ្ញាដំបូងកើតឡើងនៅពេលណា? 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:
រោគវិនិច្ឆ័យ/ការបញ្ជាក់ Diagnosis/Impression:
ព័ត៌មានលម្អិតនៃការព្យាបាល Details of treatment provided:
សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះថ្នាំ និងកំរិតប្រើ៖ Please state the name of drug(s) and dosage(s):
តើអ្នកជំងឺនឹងត្រូវការព្យាបាលនៅក្រៅប្រទេសដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> មាន, សូមបញ្ជាក់៖ Will the patient require treatment outside the country of residence? No Yes, please advise:

ការធានាអះអាង / DECLARATION

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