

បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល និងសេវាសង្គ្រោះអន្តរជាតិ
PERSONAL ACCIDENT AND INTERNATIONAL EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE INSURANCE
បែបបទទាញទានសំណង - CLAIM FORM

ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង៖ Policyholder	លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង៖ Policy Number
តើចេញលាភធានារ៉ាប់រងបានបង់រួចហើយឬនៅ? ☐ Yes បង់រួច ☐ No មិនបានបង់ Has the premium been paid?	ថ្ងៃផុតកំណត់៖ Expiry Date
ឈ្មោះសមាជិកធានារ៉ាប់រង៖ Insured Member Name	ភេទ៖ ☐ ប្រុស Male ☐ ស្រី Female ឆ្នាំ៖ ☐ ម្ចាស់បណ្ណ Policyholder ☐ និយោជិត Employee ☐ អ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុក Dependent
លេខទូរស័ព្ទ៖ Contact No.	សារអេឡិចត្រូនិក៖ Email
តើអ្នកទាញទានសំណងបានសិទ្ធិទាញទានសំណងពីបេឡាជាតិរបបសន្តិសុខសង្គម (ប.ស.ស) ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងណាផ្សេងទៀត ឬភាគីណាផ្សេងទៀតឬទេ? Is the claimant entitled to make a claim from the National Social Security Fund (NSSF), or other insurance companies, or other parties? ☐ មាន Yes ☐ ទេ No	

ផ្នែកនៃរាងកាយដែលរងរបួស៖ Injured body parts	
កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់៖ Date of Accident ម៉ោងកើតហេតុ៖ Time of Accident	ទីកន្លែងគ្រោះថ្នាក់ Place of Accident៖
សូមរៀបរាប់អំពីមូលហេតុដែលនាំអោយកើតគ្រោះថ្នាក់/Please describe how the accident happened:	

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក Name of Hospital / Clinic៖	
អាសយដ្ឋាន Address៖	
ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលឬវេជ្ជបណ្ឌិតវះកាត់ Attending Doctor/Surgeon's Name៖	
លេខទូរស័ព្ទ Contact Number៖	សារអេឡិចត្រូនិក Email៖

សំណងជាមូលប្បទានប័ត្រគូរចេញជូន/Payment by cheque should be issued to: ☐ សមាជិកធានារ៉ាប់រង/ Insured Member Name ☐ អ្នកទទួលបានរបស់និយោជិត(មរណភាព)/Employee's Beneficiary (Death) ☐ ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/Policyholder # ☐ ឈ្មោះអ្នកទទួលសិទ្ធិជំនួស /Authorized Person's Name ☐ ការផ្ទេរប្រាក់តាមធនាគារក្នុងស្រុក/Local Bank Transfer ឈ្មោះធនាគារ/Bank Name: ឈ្មោះគណនី/Account Name: លេខគណនី/Account No.: (សូមភ្ជាប់អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬលិខិតឆ្លងដែនថតចម្លង ប្រសិនបើអ្នកទទួលសំណងជានិយោជិត ឬអ្នកទទួលបានរបស់និយោជិត) (សូមភ្ជាប់លិខិតអនុញ្ញាតឱ្យទាញទានសំណង ប្រសិនបើអ្នកទទួលសំណងជាអ្នកទទួលសិទ្ធិជំនួស) (Please attach a copy of the national ID card or passport if the payee is the Employee or Employee's Beneficiary.) (Please attach a Letter of Authorization of Claim Payment if the payee is the Authorized Person)	
ទឹកប្រាក់ទាញទានសំណងសរុប Total Claimed Amount៖	

ខ្ញុំ/យើងជាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សូមអះអាងយ៉ាងម៉ឺងម៉ាត់ថា ខ្ញុំ/យើងគោរពតាមលក្ខខណ្ឌនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ ហើយគ្មានគោលបំណងបង្កហេតុណាមួយដើម្បីទាញយកផលប្រយោជន៍អ្វីតាមរយៈការក្លែងបន្លំ ឬការរើសអើងណាមួយដោយចេតនាឡើយ ហើយក៏សូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានដែលបំពេញលើបែបបទនេះគឺជាការពិត ហើយខ្ញុំ/យើងពុំមានលាក់បាំងព័ត៌មានណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការទាញទានសំណងនេះឡើយ។ I/We the insured do solemnly and sincerely declare that I/we have complied with the conditions of the policy and have not deliberately caused the said loss or damage to get benefits thereby by fraud or willful misrepresentation, and that the information shown on this form is true and that I/we have not hidden any information relating to this claim.	
ហត្ថលេខានិងត្រាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policyholder's Signature and Stamp ឈ្មោះ Name	ហត្ថលេខាសមាជិកធានារ៉ាប់រង/អាណាព្យាបាល/អ្នកទទួលបាន Insured Member/Guardian/Beneficiary's Signature ឈ្មោះ Name កាលបរិច្ឆេទ Date