

បែបបទទាមទារសំណង | CLAIM FORM

ផ្នែកទី១៖ ត្រូវបំពេញដោយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង | PART 1: TO BE COMPLETED BY INSURED

ដើម្បីឱ្យការទាមទារសំណងមានសុពលភាព អ្នកត្រូវបំពេញឯកសារទាំង២ផ្នែក (ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២) និងដាក់ជូនទៅក្រុមហ៊ុន ហ្វតេ ធីនធីនស៊ី (ខេមបូឌា) ភីអិលស៊ី ក្នុងរយៈពេល ៣០ ថ្ងៃបន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ បែបបទទាមទារសំណងផ្នែកទី ២ អាចជំនួសដោយវិញ្ញាបនបត្រវេជ្ជសាស្ត្រ/របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ/កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ។ សូមអ្នកបំពេញបែបបទទាមទារសំណងដោយបំពេញ និងផ្ញើជូនក្រុមហ៊ុនហ្វតេ ធីនធីនស៊ី ក្នុងរយៈពេល ៣០ ថ្ងៃបន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ សូមអ្នកពិនិត្យឯកសារដែលត្រូវបំពេញបែបបទទាមទារសំណងនេះឡើយ។ 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) Pl., 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 Figtree Blue 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.

ម្ចាស់បញ្ញត្តិសន្យារ៉ាប់រង Policyholder:	លេខបញ្ញត្តិសន្យារ៉ាប់រង Policy No:
---	---------------------------------------

ព័ត៌មានលម្អិតរបស់អ្នកជំងឺ / PATIENT INFORMATION

គោត្តនាម និងនាម Full Name:	លេខបញ្ញត្តិសមាជិក Member ID:
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត Date of Birth:	<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, សូមភ្ជាប់ឯកសារបញ្ជាក់ 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: ឈ្មោះធនាគារ / Bank Name:	ឈ្មោះគណនីធនាគារ / Account Name: អាសយដ្ឋានធនាគារ / Bank Address:

ការធានាអះអាង / DECLARATION

ខ្ញុំបាទ/ខ្ញុំសូមធានាអះអាងថាខ្ញុំបាទ/ខ្ញុំបានអាន បានយល់ ហើយអះអាងថាគ្រប់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបំពេញនៅក្នុងបែបបទទាមទារសំណងនេះគឺពិតត្រឹមត្រូវ និងមិនមានការកែប្រែឡើយ។ ខ្ញុំបាទ/ខ្ញុំទទួលបានស្គាល់ថាខ្លះៗនៃព័ត៌មានទាំងនេះនឹងផ្តល់សិទ្ធិឱ្យក្រុមហ៊ុន ហ្វតេ ធីនធីនស៊ី ក្នុងការស្រាវជ្រាវ និងស្រាវជ្រាវបន្ថែម ដើម្បីបំពេញភារកិច្ចរបស់ក្រុមហ៊ុនលើការទាមទារសំណងនេះ។

ខ្ញុំបាទ/ខ្ញុំ បានដឹង និងយល់ព្រមថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានប្រមូល ឬរក្សាទុកដោយក្រុមហ៊ុន ហ្វតេ ធីនធីនស៊ី ដែលមាននៅក្នុងបែបបទទាមទារសំណងនេះ ឬដែលទទួលបានតាមរយៈការផ្តោតយល់ដឹងដោយ អាចនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយក្រុមហ៊ុនហ្វតេ ធីនធីនស៊ី ឬប្រើប្រាស់ផ្សេងទៀតដើម្បី (១) វាយតម្លៃការទាមទារសំណង និងផ្តល់សេវាកម្មធានារ៉ាប់រង និងសេវាកម្មជូនអតិថិជន (២) ដំណើរការ និងផ្តល់ប្រសិទ្ធភាពដល់ការទូទាត់បញ្ញត្តិធានា (៣) ផ្តល់ព័ត៌មានអោយផ្នែកទីផ្សារសម្រាប់សេវាកម្មធានារ៉ាប់រង ដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយក្រុមហ៊ុន ហ្វតេ ឬ ក្រុមហ៊ុនដែលពាក់ព័ន្ធដទៃទៀត 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

បែបបទទាមទារសំណង | CLAIM FORM

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

ដើម្បីឱ្យការទាមទារសំណងមានសុពលភាព អ្នកត្រូវបំពេញឯកសារទាំង២ផ្នែក (ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២) និងដាក់ជូនទៅក្រុមហ៊ុន ហ្វូតេ 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):	
តើស្ថានភាពនេះធ្លាប់បង្កឱ្យលំបាកពីមុនដែរឬទេ? Has the condition been suffered previously?	<input type="checkbox"/> គ្មាន No <input type="checkbox"/> មាន 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? Will the patient require treatment outside the country of residence?	<input type="checkbox"/> គ្មាន No <input type="checkbox"/> មាន, សូមបញ្ជាក់ Yes, please advise:

ការធានាអះអាង / DECLARATION

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

ហត្ថលេខាវេជ្ជបណ្ឌិត
SIGNATURE OF DOCTOR

ត្រា
STAMP

កាលបរិច្ឆេទ
DATE