



បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងសម្រាកពេទ្យ និងរក្សាកាត់ | GROUP HOSPITAL AND SURGICAL
បែបបទទាមទារសំណង | CLAIM FORM

អ្នកទាមទារសំណងត្រូវបំពេញរាល់ចំណុចដែលពាក់ព័ន្ធនៅក្នុងផ្នែកទី១នៃបែបបទនេះឱ្យបានពេញលេញ និងច្បាស់លាស់ ហើយត្រូវភ្ជាប់មកជាមួយនូវរាល់ឯកសារពេទ្យ ព្រមទាំងវិក្កយបត្រ ច្បាប់ដើមដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការទាមទារសំណងនេះមកក្រុមហ៊ុនយើងខ្ញុំ ក្នុងអំឡុងពេល៣០ថ្ងៃ គិតចាប់ពីថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។
The claimant must fully and accurately complete all the relevant areas in the part 1 of this form and must also attach original medical documents as well as original invoices relating to this claim. The documentation must be submitted to our company within thirty (30) days from the date of discharge from hospital.

ផ្នែកទី១/PART 1: ព័ត៌មានលម្អិតអំពីសមាជិកធានារ៉ាប់រង/INSURED MEMBER'S DETAILS

ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/Policyholder:	
លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/Policy No.:	លេខទូរស័ព្ទ/Contact No.:
ឈ្មោះអ្នកជំងឺ/Patient's Name:	ភេទ/Gender: <input type="checkbox"/> ប្រុស/Male <input type="checkbox"/> ស្រី/Female
អាយុ/Age:	<input type="checkbox"/> និយោជិត/Employee <input type="checkbox"/> អ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុក/Dependant
សារអេឡិចត្រូនិក/Email:	ថ្ងៃចូលធ្វើការ/Employment Date:

A. ជំងឺ/ILLNESS

អាការរោគ/Symptoms:

B. គ្រោះថ្នាក់/ACCIDENT

ផ្នែកនៃរាងកាយដែលរងរបួស/Injured Body Parts:

កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់/Accident Date:	ទីកន្លែងកើតហេតុ/Accident Place:
ម៉ោងកើតហេតុ/Accident Time:	

សូមរៀបរាប់អំពីមូលហេតុដែលនាំឱ្យគ្រោះថ្នាក់នេះកើតឡើង។/Please describe how this accident happened:

C. ព័ត៌មានបន្ថែម/ADDITIONAL INFORMATION

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យនិងអាសយដ្ឋាន/Hospital and Location:

ថ្ងៃចូលពេទ្យ/Hospital Admission Date:	ថ្ងៃចេញពីពេទ្យ/Hospital Discharge Date:
---------------------------------------	---

មធ្យោបាយទូទាត់/Mode of Payment:

មូលប្បទានប័ត្រទៅម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/Cheque to the Policyholder មូលប្បទានប័ត្រទៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងប្រព័ន្ធរបស់យើង/Cheque to Forte's Panel Hospital

មូលប្បទានប័ត្រទៅនិយោជិត/Cheque to the Employee មូលប្បទានប័ត្រទៅអ្នកទទួលសិទ្ធិជំនួស/Cheque to an Authorized Person

ដោយការផ្ទេរប្រាក់តាមធនាគារក្នុងស្រុក/By Local Bank Transfer

• ឈ្មោះគណនី/Account Name: • ឈ្មោះធនាគារ/Bank Name:

• លេខគណនី/Account No.:

(សូមភ្ជាប់អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណប្រជាជននៃមន្ទីរពេទ្យនិងមន្ទីរពេទ្យនិយោជិតឬអ្នកទទួលសិទ្ធិជំនួសមកជាមួយ/
Please attach a copy of the national ID card or passport of the Employee or Authorized Person.)

ទឹកប្រាក់ទាមទារសរុប/Total Claimed Amount:

ការផ្តល់សិទ្ធិព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ/MEDICAL INFORMATION AUTHORITY

ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិជូនគ្រូពេទ្យរក្សាកាត់ គ្រូពេទ្យព្យាបាល មន្ទីរពេទ្យប្រជាជនដែលបានបញ្ជាក់ឱ្យរាល់បញ្ហាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការបង្ហាញនូវរាល់ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងជំងឺរបួស ព្រមទាំងមួយបណ្តាច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ហេតុពេទ្យប្រជាជននិងប្រវត្តិជំងឺជូនក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងហ្វឺតឌី។ រាល់ច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារប្រគល់សិទ្ធិនេះត្រូវបានចាត់ទុកថាមានប្រសិទ្ធិភាពនិងអាចយកជាការបានដូចច្បាប់ដើមដែរ។

I hereby authorize any surgeon, medical practitioner, hospital or clinic that has attended to me or examined me for any reason to disclose all the information with respect to the illness or injury, and to provide Forte Insurance (Cambodia) Plc with copies of all hospital or medical records, including any prior medical history. A copy of this authorization is considered to be as effective and valid as the original.

ហត្ថលេខា និងត្រាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង
Policyholder's Signature and Stamp:

ហត្ថលេខាសមាជិកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង
Insured Member's Signature:

Full Name: Date:
ឈ្មោះពេញ កាលបរិច្ឆេទ

Full Name: Date:
ឈ្មោះពេញ កាលបរិច្ឆេទ



បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងសម្រាកពេទ្យ និងរក្សាជីវិត | GROUP HOSPITAL AND SURGICAL
បែបបទទាមទារសំណង | CLAIM FORM

ផ្នែកទី២/PART 2: សេចក្តីបញ្ជាក់អំពីការព្យាបាល / TREATMENT CERTIFICATION
ត្រូវបំពេញដោយវេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាល ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរក្សាជីវិត/ To be wholly completed by the attending doctor or surgeon

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ/Patient's Name:	ភេទ/Gender: <input type="checkbox"/> ប្រុស/Male <input type="checkbox"/> ស្រី/Female	អាយុ/Age:	លេខទូរស័ព្ទ/Contact No.:
-------------------------------	---	-----------	--------------------------

A. រោគវិនិច្ឆ័យ និងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធ/DIAGNOSIS AND RELATED INFORMATION

រោគវិនិច្ឆ័យ/Diagnosis:			
តើអ្នកជំងឺទទួលបានការព្យាបាលដោយសម្រាកពេទ្យ ឬមិនសម្រាកពេទ្យ?/Was this patient treated as an Inpatient or Outpatient? <input type="checkbox"/> សម្រាកពេទ្យ/Inpatient <input type="checkbox"/> មិនបានសម្រាកពេទ្យ/Outpatient			
1. តើសភាពខាងលើនេះបណ្តាលមកពី/ Is the mentioned condition due to:	មែន Yes	ទេ No	2. តើនេះជាផលរំលោភនៃការមានគភ៌ ប្រសូត រំលូត រលូត អសមត្ថភាពផ្លូវភេទ ការក្រៀមក្រាមអារម្មណ៍?/Is it a complication arising from pregnancy, childbirth, abortion, miscarriage, impotency, sterilization, sub-fertility or infertility?
a) ភាពខុសប្រក្រតីពីកំណើត/Congenital anomaly?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) វិបត្តិផ្លូវចិត្ត/Mental disorder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ការព្យាបាលធ្មេញឬស្នាមស្នាមស្រាវ/Teeth treatment or gum tissue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ចេតនាធ្វើខ្លួនឯងរបួសឬការញៀនថ្នាំ?/ Self-inflicted injury or drug addiction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ជំងឺកាមរោគ/Sexually transmitted disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ចំពោះការរលូត តើវាបណ្តាលពីគ្រោះថ្នាក់ឬទេ?/For miscarriage, was it due to an accident?			
3. តើការរក្សាជីវិតនេះធ្វើឡើងក្នុងគោលបំណងកែសម្រួលមែនទេ?/Is the surgery for a cosmetic purpose?			
4. ការរក្សាជីវិតនេះចាំបាច់តាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឬទេ?/Is the surgery medically necessary?			
5. តើអ្នកជំងឺពិគ្រោះដំបូងជាមួយពេទ្យពេលណា ហើយមានអាការៈអ្វីខ្លះ?/When did the patient first consult you, and what were the symptoms?			
6. តើជំងឺឬរបួសរបស់គាត់ទំនងជាមានមកយូរប៉ុណ្ណាហើយ?/ How long has the patient's illness or injury been likely to exist?			
7. តើគាត់ធ្លាប់បានទទួលការពិនិត្យ ពិគ្រោះ ព្យាបាលជំងឺឬរបួសនេះពីមុនមកឬទេ?/Has this patient ever received any medical examination or consultation or treatment for this illness or injury before?			
<input type="checkbox"/> បាទ/Yes <input type="checkbox"/> ទេ/No			

B. ព័ត៌មានស្តីពីការរក្សាជីវិត/SURGICAL INFORMATION

វិធាននៃការរក្សាជីវិត Surgical Procedure:	ថ្ងៃរក្សាជីវិត/Surgery Date:
តើការរក្សាជីវិតនេះធ្វើឡើងតាមមុខកាត់តែមួយមែនទេ?/Was the surgery performed through the same incision?	
<input type="checkbox"/> មែន/Yes <input type="checkbox"/> ទេ/No	
បើមែន សូមបញ្ជាក់ទំហំប្រូប្រែនៃស្នាមរបួសដែលរក្សាជីវិតនោះ។/If yes, please specify the size or measurement of the lesion(s) or tumor(s).	

C. ព័ត៌មានអំពីការតាមដានជំងឺ/ FOLLOW-UP CARE INFORMATION

តើអ្នកជំងឺនៅស្ថិតក្រោមការថែទាំរបស់ពេទ្យមែនទេ?/Is the patient still under your care?	<input type="checkbox"/> មែន/Yes <input type="checkbox"/> ទេ/No
បើមែន តើពេទ្យត្រូវពិនិត្យសភាពរបស់គាត់ម្តងទៀតនៅពេលណា?/If yes, when are you going to review the condition again?	
បើអត់ទេ សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ការព្យាបាល។/If no, please specify the date of treatment termination.	
តើការវិវត្តន៍នៃជំងឺឬរបួសយ៉ាងម៉េចដែរ?/What is the prognosis of this illness or injury?	

D. វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាល ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរក្សាជីវិត/DOCTOR OR SURGEON

ឈ្មោះ/Name:	កាលបរិច្ឆេទ/Date:
លេខទូរស័ព្ទ/Contact No.:	ហត្ថលេខានិងត្រា Signature and Stamp:
សារអេឡិចត្រូនិក/Email:	
អាសយដ្ឋាន/Address:	