

**Insured information ព័ត៌មានអ្នកត្រូវបានធានា**

Claimant's name (*): ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង (*):	Date of Birth: ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត:	Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female ភេទ: <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី
No. of Healthcare Card (*): លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង (*):	ID Card / Passport No.: លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ រឺ លិខិតឆ្លងដែន:	Tel (*): លេខទូរស័ព្ទ (*):
Family member of: សមាជិកគ្រួសាររបស់:	Policyholder: ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន រឺ អង្គភាព:	Email (*): អ៊ីមែល (*):

**Description of Accident / Illness សេចក្តីលំអិតពីគ្រោះថ្នាក់ រឺ ជំងឺ**

1- Accident គ្រោះថ្នាក់	Illness ជំងឺ
Date, time and location of accident: កាលបរិច្ឆេទ និង ទីកន្លែង ពេលគ្រោះថ្នាក់:	Symptom: រោគសញ្ញា:
How it happened and state the extend of the injury: មូលហេតុនាំអោយគ្រោះថ្នាក់ និងទំហំនៃរបួស:	Diagostic: រោគវិនិច្ឆ័យ:
Degree of disablement: កំរិតពិការភាព:	Date, time of operation/ hospitalization (if any): កាលបរិច្ឆេទ ទទួលការវះកាត់ រឺ ស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ:
Treatment time: កាលបរិច្ឆេទទទួលការព្យាបាល:	Hospital name and location: ឈ្មោះ និង អាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ:

2- Have you previously suffered from similar injury/illness?  
តើអ្នកធ្លាប់មានរបួស រឺ មានជំងឺស្រដៀងនេះពីមុនមកទេ?  No  Yes  ទេ  បាទ/ចាស

If yes, please specify (when, causes, degree):  
បើមាន សូមលំអិតពីពេលវេលា មូលហេតុ និងកំរិតនៃអាការ:

**List of Necessary Documents ( Please provide all below required documents, otherwise the reimbursement will be delayed.)\*\*\*  
ឯកសារសំខាន់ៗ (សូមផ្តល់ឯកសារដែលចាំបាច់ទាំងអស់ដូចខាងក្រោមនេះ បើមិនដូច្នោះទេ ថ្លៃសំណងរបស់អ្នកនឹងត្រូវពន្យារពេល) \*\*\***

<b>Out-Patient ជំងឺមិនសំរាកពេទ្យ</b>	<b>In-Patient ជំងឺសំរាកពេទ្យ</b>
<input type="checkbox"/> Doctor's Diagnosis រោគវិនិច្ឆ័យពីវេជ្ជបណ្ឌិត	<input type="checkbox"/> Hospital discharge លិខិតចេញពីពេទ្យ
<input type="checkbox"/> Medication prescription វេជ្ជបញ្ជា	<input type="checkbox"/> Discharge Prescription វេជ្ជបញ្ជាពេលចេញពីពេទ្យ
<input type="checkbox"/> The results of all biology tests & imaging លទ្ធផលឈាម រឺ រូបភាពវេជ្ជសាស្ត្រ	<input type="checkbox"/> The results of all biology tests & imaging លទ្ធផលឈាម រឺ រូបភាពវេជ្ជសាស្ត្រ
<input type="checkbox"/> Invoices / Receipts with breakdown of detail cost វិក័យប័ត្រដែលរាយតំលៃនិមួយៗ	<input type="checkbox"/> Medical Record កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ
	<input type="checkbox"/> Invoices / Receipts with breakdown of detail cost វិក័យប័ត្រដែលរាយតំលៃនិមួយៗ

**Payment information ព័ត៌មានសំរាប់ការធ្វើសំណង**

Please list the document submitted with this form សូមបញ្ជាក់ឯកសារដែលភ្ជាប់មកជាមួយបែបបទនេះ:

<b>Payment method</b>	<b>Accounting documents ឯកសារគណនីវិក័យប័ត្រ</b>
1	1 Invoice No.លេខវិក័យប័ត្រ USD
2	2 USD
3	3 USD
4	4 USD
5	5 USD
	TOTAL USD

<input type="checkbox"/> Payment by cash ទូទាត់ជាសាច់ប្រាក់ (AMK)	<input type="checkbox"/> Payment by bank transfer ទូទាត់តាមរយៈធនាគារ
<b>Name of Reciever</b>	<b>Name of Beneficiary:</b>
<b>ID Card / Passport No.</b>	<b>Bank Account No:</b>
<b>Receiver Phone No.</b>	<b>Bank Name:</b>
	<b>Bank Branch:</b>
	<b>Bank Address:</b>

I, \_\_\_\_\_ hereby certify that the information on this form is complete and correct to the best of my knowledge. I authorize to Forte Insurance Company, South Asia Services Limited Liability or its representatives to obtain necessary information from all physicians, hospitals, medical service providers, pharmacists, employers, and all other agencies or organizations (including other insurers) to consider the claim for reimbursement under my insurance contract. **This authorization does not mean the insurance company and/or its representative will collect missing documents on behalf of the insured**

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ \_\_\_\_\_ សូមអះអាងថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ក្នុងបែបបទទាមទារសំណងនេះ គឺពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតអោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ហ្វឺតធី និង South Asia Services Limited Liability រឺ អ្នកតំណាងដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានពីគ្រូពេទ្យ មន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងទៀតដូចជា ឱសថស្ថាន និងយោជក និងភាគីពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត (រួមទាំងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត) អោយពិចារណាលើការទាមទារសំណងរបស់ខ្ញុំ និងធ្វើសំណងតាមរយៈប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ ហើយពួកគេអាចប្រមូលឯកសារ ដែលខ្លះខាតជាបន្តបន្ទាប់សំរាប់ខ្ញុំផងដែរ។

**Signature and stamp on behalf of the policyholder**  
ហត្ថលេខានិងត្រា ក្រុមហ៊ុន រឺ អង្គភាពរបស់ម្ចាស់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង

Full Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Signature of the Insured**  
ហត្ថលេខាអ្នកត្រូវបានធានា

Full Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_