

Group Hospital & Surgical Claim Form

The Claimant must answer all the relevant questions in Part 1 below, fully and accurately and together with ORIGINAL CONFIRM ITEMISED HOSPITAL BILLS AND RECEIPTS Which are to be claimed under the Policy, submit them to Forte Insurance (Cambodia) within thirty (30) days from the date of discharge. Any delay in settlement of claim caused by non-compliance of aforesaid may result in interest charge by the Hospital and this interest charge will be borne by the employer/claimant.

អ្នកទាមទារសំណងត្រូវឆ្លើយរាល់សំណួរនៅក្នុងផ្នែកទី ១ ខាងក្រោមអោយបានពេញលេញ និងច្បាស់លាស់ ព្រមទាំងភ្ជាប់ជាមួយនូវច្បាប់ដើមដែលបញ្ជាក់រាល់លិខិតស្នាមផ្សេងៗ និងវិក័យប័ត្រ របស់មន្ទីរពេទ្យដែលទាក់ទងទៅនឹងការតវ៉ាទាមទារសំណងនៃប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងទៅអោយក្រុមហ៊ុន ក្នុងកំឡុងពេល ៣០ ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ។ រាល់ការយឺតយ៉ាវក្នុងការដោះស្រាយសំណងដែលបានមកពីការមិនអនុវត្តតាមប្រការខាងលើ ហើយប្រសិនបើមន្ទីរពេទ្យគិតការប្រាក់ នោះការប្រាក់ទាំងអស់នោះត្រូវទូទាត់ដោយនិយោជក ។

PART 1 ផ្នែកទីមួយ

A. CLAIMANT DETAIL សេចក្តីលំអិតអ្នកទាមទារសំណង

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|
| Name of Policyholder/Employer ឈ្មោះរបស់ម្ចាស់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង / និយោជក | | Name of Claimant (if Dependant of Employee) ឈ្មោះរបស់អ្នកទាមទារសំណង (ប្រសិនបើនៅក្រោមបន្ទុករបស់និយោជក) | | Age អាយុ | Marital Status ស្ថានភាពគ្រួសារ <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> លីវី <input type="checkbox"/> រៀបការ |
| Policy No. លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង | Plan No. លេខជំរើស | Membership No. លេខសមាជិក | | Relationship of Dependant ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកនៅក្រោមបន្ទុក <input type="checkbox"/> Husband/Wife <input type="checkbox"/> Son <input type="checkbox"/> Daughter <input type="checkbox"/> ប្តី / ប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> កូនប្រុស <input type="checkbox"/> កូនស្រី | |
| Name of Employee ឈ្មោះរបស់និយោជក | | Is Dependent employed? តើអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកមានការងាររឺទេ? If Yes, please furnish name of employer ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់នូវឈ្មោះរបស់និយោជក | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> ទេ | |
| Occupation: មុខងារ | Date of Employment ថ្ងៃដែលចូលធ្វើការ | Age អាយុ | Sex ភេទ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី | Name and Address of regularly/family doctor ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតប្រចាំគ្រួសារ រឺជាប្រចាំ | |

B. SICKNESS (This section must be answered in full)

ជំងឺ (ចំនុចខាងក្រោមនេះត្រូវតែបំពេញអោយបានពេញលេញ)

| | | | |
|--|---|---|--|
| Diagnosis រោគវិនិច្ឆ័យ | Type of operation performed, if applicable ប្រភេទនៃការវះកាត់ដែលបានធ្វើ (ប្រសិនបើមាន) | Has the sickness been treated previously? តើជំងឺនេះមានបានទទួលការព្យាបាលពីមុនដែររឺទេ? If yes, Name and Address of Physician ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> ទេ |
| Date first began ថ្ងៃដែលចាប់ផ្តើមឈឺ | Date First Treated ថ្ងៃដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺ | Date of previous treatment ថ្ងៃដែលបានព្យាបាលពីពេលមុន | |

| | |
|--|---|
| Is the sickness arising from employment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No តើជំងឺនេះបណ្តាលមកពីការងាររឺទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ | Is the sickness due to pregnancy, abortion, miscarriage, sterilization, sub-fertility and infertility? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No តើជំងឺនេះបណ្តាលមកពីការមានគភ៌ រំលូត រលូត ក្រៀម វិភាពអារ រឺទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ If Yes, please specify condition and approximate date of commencement: ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់ពីលក្ខខណ្ឌនិងថ្ងៃចាប់ផ្តើម |
|--|---|

C. INJURY ការរងរបួស

| | | |
|--|--|---|
| Date of Accident កាលបរិច្ឆេទពេលកើតគ្រោះថ្នាក់ | Time of Accident ពេលវេលាពេលកើតគ្រោះថ្នាក់ | Describe how and where the accident happened ចូររៀបរាប់ពីកន្លែង និងមូលហេតុដែលនាំអោយកើតមានឡើងនូវគ្រោះថ្នាក់ |
| Is this a job-related Accident? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No តើគ្រោះថ្នាក់នេះមានទាក់ទងទៅនឹងការងាររឺទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> ទេ | | |

D. OTHER INFORMATION ព័ត៌មានផ្សេងទៀត

| | | |
|---|--|--|
| Name of Hospital/Clinic ឈ្មោះរបស់មន្ទីរពេទ្យ រឺគ្លីនិក | Is the Claimant entitled to claim against Workmen's Compensation Benefits, Employer's Medical Benefits Programme, or insurances other than from Forte Insurance (Cambodia) Co., Ltd. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No តើការទាមទារសំណងនេះមាន បំណងប្តឹងទារសំណងពីប្រភេទគ្រោះថ្នាក់នៃការងារ កម្មវិធីកែលម្អខាងវេជ្ជសាស្ត្ររបស់និយោជក រឺធានារ៉ាប់រងណា ផ្សេងទៀត ក្រៅពី ក្រុមហ៊ុន Forte Insurance Co., Ltd. <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ If Yes, please state insurance company: ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់ពីឈ្មោះរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងទាំងនោះ : | |
| Address of Hospital អាសយដ្ឋានរបស់មន្ទីរពេទ្យ | | |
| Date of admission ថ្ងៃចូលសំរាកពេទ្យ | Date of Surgery Performed ថ្ងៃដែលធ្វើការវះកាត់ | Date of discharge ថ្ងៃដែលចេញពីមន្ទីរពេទ្យរឺព្យា |
| Name and Address of Attending Physician/Surgeon ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលផ្ទាល់ / គ្រូពេទ្យវះកាត់ផ្ទាល់ | | |
| Claim cheques shall be made payable to: មូលប្បទានប័ត្រធ្វើសំណងគួរតែទូទាត់ជូន : | | |
| <input type="checkbox"/> Hospital មន្ទីរពេទ្យ \$ _____ <input type="checkbox"/> Employer និយោជក \$ _____ <input type="checkbox"/> Employee និយោជិក \$ _____ | | |

MEDICAL INFORMATION AUTHORITY ការផ្តល់សិទ្ធិចំពោះព័ត៌មានខាងវេជ្ជសាស្ត្រ

I hereby authorize any hospital surgeon, medical practitioner or clinic or other person who has attended to me or examined me for any reason, to disclose to Forte Insurance (Cambodia) Ltd. any and all information with respect to any illness or injury and, to provide to Forte Insurance (Cambodia) Ltd copies of all hospital or medical record, including prior medical history. A photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original. ខ្ញុំសូមផ្តល់សិទ្ធិជូនវេជ្ជបណ្ឌិតវះកាត់ វេជ្ជបណ្ឌិត គ្លីនិក រឺមន្ទីរពេទ្យដែលបានព្យាបាល រឺពិនិត្យបញ្ជាក់របស់ខ្ញុំ បង្ហាញនូវរាល់ព័ត៌មានដែលមានទាក់ទងទៅនឹងជំងឺ រឺការរងរបួសផ្សេងៗជូនក្រុមហ៊ុន Forte Insurance (Cambodia) Ltd. និងផ្តល់ដល់ក្រុមហ៊ុន Forte Insurance (Cambodia) Ltd. នូវច្បាប់ចម្លងរបស់ កំណត់ហេតុវេជ្ជសាស្ត្រ ព្រមទាំងប្រវត្តិជំងឺ ។ សូមយល់ព្រមថាច្បាប់ចម្លងរបស់សេចក្តីអនុញ្ញាតនេះត្រូវបានចាត់ទុកថា មានប្រសិទ្ធភាព និងអាចយកជាការបានដូចច្បាប់ដើម ។

 Employer's Signature/Company's Stamp/Date
 ហត្ថលេខារបស់និយោជក / ត្រារបស់ក្រុមហ៊ុន / កាលបរិច្ឆេទ

 Claimant's/Employee's Signature/Date
 ហត្ថលេខារបស់អ្នកទាមទារសំណង / និយោជិក / កាលបរិច្ឆេទ

