



GROUP PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM
បែបបទទាមទារសំណងលើគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល



Policyholder - ម្ចាស់ប័ណ្ណធានា:		Policy Number - លេខប័ណ្ណធានា:
Has the premium been paid? តើបុព្វលាភត្រូវបានបង់ហើយឬនៅ? Yes - បង់រួចហើយ No - មិនទាន់បង់		Expiry Date - ថ្ងៃផុតកំណត់:
Insured Member's Name ឈ្មោះសមាជិកត្រូវធានា	Sex - ភេទ: Male - ប្រុស Female - ស្រី	
Age - អាយុ:	Employee - និយោជិត	Dependant of the employee - មនុស្សក្នុងបន្ទុករបស់និយោជិត
Contact Phone Number - លេខទូរស័ព្ទ:	Email: - អ៊ីម៉ែល:	
Is the claimant entitled to make a claim from the National Social Security Fund (NSSF) or from other insurance companies other than Forte Insurance (Cambodia) Plc? - តើអ្នកទាមទារសំណងមានសិទ្ធិទាមទារសំណងពីបេឡាជាតិរបបសន្តិសុខសង្គម (ប.ស.ស) ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងណាផ្សេងទៀតក្រៅពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងហ្វឺតធានា? Yes - មាន No - ទេ		
Diagnosis - រោគវិនិច្ឆ័យ / Injury - របួស:		
Date of Accident - កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់:	Place of Accident - ទីកន្លែងគ្រោះថ្នាក់:	
Time of Accident - ម៉ោងកើតគ្រោះថ្នាក់:		
Please describe how the accident happened - សូមរៀបរាប់អំពីមូលហេតុដែលនាំអោយកើតគ្រោះថ្នាក់:		
Name of Hospital / Clinic - ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក:		
Address - អាសយដ្ឋាន:		
Attending Doctor/Surgeon's Name - ឈ្មោះគ្រូពេទ្យព្យាបាល / គ្រូពេទ្យរក្សាជីវិត:		
Contact Number - លេខទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង: Email - អ៊ីម៉ែល:		
Payment by cheque shall be issued to - សំណងជាមូលប្បទានប័ត្រគ្រូត្រៃទូទាត់ជូន:		
Policyholder - ម្ចាស់ប័ណ្ណធានា	Employee - និយោជិត	
Authorized Person - អ្នកទទួលសិទ្ធិជំនួស	FORTE's panel Hospital - មន្ទីរពេទ្យដៃគូហ្វឺត	
(Please attach an authorization letter and a copy of the ID card or passport if the payment shall be directly issued to the employee or an authorized person. - សូមភ្ជាប់នូវលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិ ហើយនិងអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬលិខិតឆ្លងដែនថតចម្លងមកជាមួយផង ប្រសិនបើសំណងនេះត្រូវទូទាត់ដោយផ្ទាល់ជូននិយោជិត ឬអ្នកទទួលសិទ្ធិជំនួស) Total Claimed Amount - ទឹកប្រាក់ទាមទារសរុប:		

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 - ខ្ញុំ/យើងជាអ្នកត្រូវបានធានា សូមអះអាងយ៉ាងម៉ឺងម៉ាត់ថា ខ្ញុំ/យើងគោរពតាមលក្ខខណ្ឌនៃប័ណ្ណធានានេះ ហើយគ្មានគោលបំណងបង្កហេតុណាមួយដើម្បីទាញយកផលប្រយោជន៍អ្វីតាមរយៈការក្លែងបន្លំ ឬការពិពណ៌នាមិនពិតដោយចេតនាឡើយ ហើយក៏សូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានបំពេញលើបែបបទនេះគឺជាការពិត ខ្ញុំ/យើងពុំមានការលាក់បាំងព័ត៌មានណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការទាមទារសំណងនេះឡើយ។

Employer's Signature and stamp if there is any personal expense to be claimed Employee's Signature
ហត្ថលេខានិយោជកនិងត្រា បើមានការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនត្រូវទាមទារសំណងវិញ ហត្ថលេខានិយោជិត

Name - ឈ្មោះ : Date - កាលបរិច្ឆេទ: