



**បែបបទទាមទារសំណងសុខភាព និងគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល**  
**HEALTHCARE AND PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM**

អ្នកទាមទារសំណងត្រូវបំពេញទាមទារឲ្យបានពេញលេញ និងច្បាស់លាស់ព្រមទាំងភ្ជាប់ជាមួយច្បាប់ដើមដែលបញ្ជាក់រាល់លិខិតស្នាមផ្សេងៗ និងវិក័យប័ត្ររបស់មន្ទីរពេទ្យដែលទាក់ទង ទៅនឹងការថែទាំទាមទារសំណងនៃប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងទៅឲ្យក្រុមហ៊ុន ក្នុងកំឡុងពេល៧ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ រាល់ការយឺតយ៉ាវក្នុងការដោះស្រាយសំណងដែលបានមកពីការមិនអនុវត្តតាមប្រការខាងលើប្រាក់ទាំងអស់នោះ នឹងមិនត្រូវបានទូទាត់ដោយក្រុមហ៊ុនឡើយ។

The claimant must answer all the questions fully and accurately and together with ORIGINAL CONFIRM ITEMSED HOSPITAL BILLS AND RECEIPTS with are to be claimed under the policy, submit them PPI Insurance ( Cambodia ) within Seven ( 7 ) days from the date of discharge. Any delay in settlement of claim caused by non-compliance of aforesaid may the company will not cover this claim.

១. ប្រភេទទាមទារ/Type of insurance: <input type="checkbox"/> សុខភាព/Healthcare <input type="checkbox"/> គ្រោះថ្នាក់បុគ្គល/Personal Accident		
២. ព័ត៌មានលម្អិតរបស់អ្នកទាមទារសំណង/Claimant Details		
ឈ្មោះម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/Policy Holder: ..... លេខប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/Policy No: ..... ឈ្មោះគម្រោង/Plan: ..... ឈ្មោះអ្នកជំងឺ/Patient Name: ..... ភេទ/Age: ..... ភេទ/Sex: <input type="checkbox"/> ប្រុស/Male <input type="checkbox"/> ស្រី/Female ឈ្មោះបេសនីយោជិក/Employee Name: ..... ទូរស័ព្ទ/Phone No: ..... ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកនៅក្រោមបន្ទុក/Relationship of Dependant: <input type="checkbox"/> Father/Mother/ឪពុក/ម្តាយ <input type="checkbox"/> Husband/Wife/ភ្ញី/ប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> Son/កូនប្រុស <input type="checkbox"/> Daughter/កូនស្រី		
ឈ្មោះធនាគារ/Bank Name:	ឈ្មោះគណនី/Account Name:	លេខគណនី/Bank Account:
៣. ព័ត៌មានជំងឺ និងគ្រោះថ្នាក់/SICKNESS AND ACCIDENT DETAIL		
<input type="checkbox"/> ករណីសុខភាព/Healthcare Claims		
រោគសញ្ញា ឬអាការៈ/Symptom: ..... ថ្ងៃចូលពេទ្យ/Date Admitted: ...../...../..... ម៉ោង/Time: .....:..... ថ្ងៃចេញពីពេទ្យ/ Date Discharged: ...../...../..... ម៉ោង/Time: .....:..... រោគវិនិច្ឆ័យ/Diagnosis: ..... <input type="checkbox"/> ករណីគ្រោះថ្នាក់/Accident Claims		
ថ្ងៃគ្រោះថ្នាក់/Accident Date: ...../...../..... ម៉ោង/Time: .....:..... ព្រឹក am /ល្ងាច pm ថ្ងៃចូលពេទ្យ/Date Admitted: ...../...../..... ម៉ោង/Time: .....:..... ថ្ងៃចេញពីពេទ្យ/ Date Discharged: ...../...../..... ម៉ោង/Time: .....:..... មូលហេតុគ្រោះថ្នាក់/Cause of Accident: ..... ..... ..... ..... .....		
ខ្ញុំយើងខ្ញុំសូមធានាអះអាងថា ខ្លឹមសារខាងលើគឺពិតប្រាកដនិងត្រឹមត្រូវឥតក្លែងបន្លំ។ I/We WARRANT that the above content is true and accurate.		
កាលបរិច្ឆេទ និង ហត្ថលេខារបស់វេជ្ជបណ្ឌិត Date and Signature of Medical Practitioner		កាលបរិច្ឆេទ និង ហត្ថលេខារបស់អ្នកទាមទារសំណង Date and Signature of Claimant
<hr/>		<hr/>