



**បែបបទទាមទារសំណងលើសុខភាព និងគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល**

**Claim Form for HL & PA**



ស្ថាប័ន Company _____	លេខបញ្ជីធានារ៉ាប់រង Policy Number _____	ថ្ងៃផុតកំណត់ Expiry Date _____
--------------------------	--	-----------------------------------

**ព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រូវបានធានា និងអ្នកទាមទារសំណង/Insured and Claimant Details**

ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានា Name of Insured _____	ភេទ/Gender <input type="checkbox"/> ប្រុស/Male <input type="checkbox"/> ស្រី/Female ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត/Date of Birth _____	លេខទូរស័ព្ទ Contact Number _____
--	---	-------------------------------------

ឈ្មោះអ្នកទាមទារ Name of Claimant _____	ភេទ/Gender <input type="checkbox"/> ប្រុស/Male <input type="checkbox"/> ស្រី/Female ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត/Date of Birth _____	ទំនាក់ទំនង Relationship to Insured _____
---	---	---

ឈ្មោះគណនី Account Name _____	លេខគណនី Account Number _____
ឈ្មោះធនាគារ Bank Name _____	ប្រភេទគណនី Account Type <input type="checkbox"/> ដុល្លារ/USD <input type="checkbox"/> រៀល/KHR

មូលហេតុនៃសំណង Type of Claim	<input type="checkbox"/> ពិការភាព/Disability <input type="checkbox"/> មរណភាព/Death <input type="checkbox"/> រងរបួស/Injury <input type="checkbox"/> ព្យាបាលជំងឺ/Illness <input type="checkbox"/> វះកាត់/Surgery <input type="checkbox"/> សម្រាលកូន/Maternity/Birth <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ/Others _____
--------------------------------	---

**ព័ត៌មានលម្អិតអំពីជំងឺ/Details of Illness**

រោគវិនិច្ឆ័យ Diagnosis _____	កាលបរិច្ឆេទចូលព្យាបាល Date of Admission _____	កាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យ Date of Discharge _____
---------------------------------	--	--

**ព័ត៌មានលម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់/Details of Accident**

កាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់ Date of Accident _____	ទីកន្លែងគ្រោះថ្នាក់ Place of Accident _____	របួស Injury _____
--	--	----------------------

សូមរៀបរាប់អំពីមូលហេតុដែលនាំឱ្យកើតគ្រោះថ្នាក់/Please describe how the accident occurred: \_\_\_\_\_

កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹង Date of Notification _____	ទឹកប្រាក់ទាមទារ Claim Amount _____
---	---------------------------------------

តើការទាមទារសំណងត្រូវបានបញ្ជូនទៅបេឡាជាតិសន្តិសុខសង្គម ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងផ្សេងទេ?  បាទ-ចាស/Yes  ទេ/No  
Has the claim been submitted to NSSF or other insurance companies?

ខ្ញុំ/យើង សូមធានាអះអាងថាព័ត៌មានលម្អិតខាងលើពិតជាត្រឹមត្រូវ។  
I/We do certify that the above details are true and correct.

<p>ហត្ថលេខាអ្នកទាមទារសំណង Signature of Claimant</p> <p>_____</p> <p>ឈ្មោះ/Name: _____</p> <p>កាលបរិច្ឆេទ/Date: _____</p>	<p>ហត្ថលេខាអ្នកអនុម័តសំណង Signature of Approval</p> <p>_____</p> <p>ឈ្មោះ/Name: _____</p> <p>កាលបរិច្ឆេទ/Date: _____</p>
--	--