



បែបបទទាមទារសំណង - ការធានារ៉ាប់រងលើសុខភាព
CLAIM FORM - HEALTH INSURANCE

កំណត់សម្គាល់: ការចេញបែបបទនេះមិនមែនជាការទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រុមហ៊ុនទេ។
N.B. The issue of this Form is not an admission of liability by the Company.

លេខបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង: _____ ថ្ងៃផុតកំណត់: _____
Policy No. Expiry Date
លេខសំណង: _____
Claim No.

ព័ត៌មានលម្អិតរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / Details of Insured

1. ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង: _____
Name of Insured
2. អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង: _____
Correspondence Address
លេខទូរស័ព្ទ / Contact Number: _____
សារអេឡិចត្រូនិក / Email: _____

ព័ត៌មានលម្អិតរបស់អ្នកជំងឺ / Details of Patient

1. ឈ្មោះអ្នកជំងឺ: _____
Name of Patient
2. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____ អាយុ / Age: _____ ភេទ / Gender: ប្រុស/Male ស្រី/Female
3. អាសយដ្ឋាន: _____
Address
លេខទូរស័ព្ទ / Contact Number: _____
សារអេឡិចត្រូនិក / Email: _____
4. មុខរបរ: _____
Occupation

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីជំងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់ / Details of Illness or Accident

1. រោគសញ្ញា: _____ រោគវិនិច្ឆ័យ: _____
Symptom/Chief Complaint Diagnosis
2. កាលបរិច្ឆេទចូលព្យាបាល: _____ កាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យ: _____
Date of Admission Date of Discharge
3. ប្រភេទនៃការព្យាបាល: មិនសម្រាកព្យាបាល/OPD សម្រាកព្យាបាល/IPD ការវះកាត់/Surgery
 ការព្យាបាលដោយចលនា/Physiotherapy ផ្សេងៗ/Others: _____
4. ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ: តេស្តពិសោធន៍/Laboratory Tests អេកូសាស្ត្រ/Echography ថតកាំរស្មីអិច/X-Ray
 វាស់ចង្កាក់បេះដូង/ECG ថតស្ថាន/CT-MRI-PET Scan ផ្សេងៗ/Others: _____

5. កាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់៖ Date of Accident	<input style="width:95%;" type="text"/>	ពេលវេលា / Time	<input style="width:95%;" type="text"/>
6. ទីតាំងនៃគ្រោះថ្នាក់៖ Place of Accident	<input style="width:95%;" type="text"/>	ផ្នែករាងកាយរបួស Part of Bodily Injury	<input style="width:95%;" type="text"/>
7. សូមរៀបរាប់អំពីមូលហេតុដែល នាំឲ្យកើតគ្រោះថ្នាក់៖ Please describe how the accident occurred	<hr/> <hr/> <hr/>		
8. ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិក៖ Name of Hospital or Clinic	<input style="width:95%;" type="text"/>	លេខទូរស័ព្ទ / Contact Number៖	<input style="width:95%;" type="text"/>
9. ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាល៖ Name of Attended Doctor	<input style="width:95%;" type="text"/>	លេខទូរស័ព្ទ / Contact Number៖	<input style="width:95%;" type="text"/>

របៀបនៃការទូទាត់សំណង / Payment Method

1. <input type="checkbox"/>	មូលប្បទានប័ត្រ / Cheque (ចេញជូន / Issued to _____)
2. <input type="checkbox"/>	ការផ្ទេរប្រាក់តាមធនាគារក្នុងស្រុក / Local Bank Transfer៖ ឈ្មោះធនាគារ / Bank Name _____ ឈ្មោះគណនី / Account Name: _____ លេខគណនី / Account Number: _____
3. <input type="checkbox"/>	ភ្នាក់ងារផ្ទេរប្រាក់ក្នុងស្រុក / Local Transfer Agency៖ ឈ្មោះភ្នាក់ងារផ្ទេរប្រាក់ / Name of Transfer Agency: _____ ផ្ទេរប្រាក់ទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទ / Transfer to Phone Number: _____

កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងអំពីជំងឺ/គ្រោះថ្នាក់៖ Date of Illness/Accident Notification	<input style="width:95%;" type="text"/>	កាលបរិច្ឆេទដាក់ពាក្យទាមទារសំណង៖ Date of Claim Submission	<input style="width:95%;" type="text"/>
---	---	---	---

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

ទឹកប្រាក់ទាមទារសំណងសរុប / Total Claim Amount:

ការធានាអះអាង / Declaration

យើង/ខ្ញុំសូមធានាអះអាងថា រាល់ព័ត៌មានខាងលើគឺពិត និងត្រឹមត្រូវ ហើយយើង/ខ្ញុំមិនមានការលាក់បាំងព័ត៌មានណាមួយដែលយើង/ខ្ញុំបានដឹងទាក់ទងនឹងគ្រោះថ្នាក់ដែលបានកើតឡើង។ ប្រសិនបើយើង/ខ្ញុំមានចេតនាក្លែងបន្លំណាមួយដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ យើង/ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា ប្រុសរូ អ៊ិនស៊ុរ៉ង់ ម.ក មានសិទ្ធិបដិសេធការទទួលខុសត្រូវ។

I/We hereby declare that the above statements and facts are true and that I/we have not withheld any information within my/our knowledge connected with the incident. In case I/We have intentionally made false statement to get benefits thereby, I/We acknowledge that Prosur Insurance Plc. shall be at liberty to repudiate liability.

<hr style="width:80%; margin: 0 auto;"/> កាលបរិច្ឆេទ / Date:	<hr style="width:80%; margin: 0 auto;"/> ហត្ថលេខា / Signature
--	---

* (ប្រថាប់ត្រាគ្រុមហ៊ុន - បើអាចអនុវត្តបាន) (Accompany by Company Stamp - if applicable)