



Phillip General Insurance

Your Partner In Insurance

A Member of PhillipCapital Group, Singapore

បែបបទទាមទារសំណងលើការសំរាកពេទ្យ និង ការវះកាត់ / HOSPITAL & SURGICAL CLAIM FORM

ត្រូវបំពេញដោយអ្នកទាមទារសំណង / TO BE COMPLETED BY THE INSURED PERSON

១/ ព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / POLICYHOLDER INFORMATION

ឈ្មោះ / Name	លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង / Policy Number
--------------	-------------------------------------

២/ ព័ត៌មានរបស់អ្នកទាមទារសំណង / CLAIMANT INFORMATION

ឈ្មោះ / Name	លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number
មុខរបរ / Occupation	អាសយដ្ឋាន / Address
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត / Date of Birth	ភេទ / Gender

៣/ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់ / DETAILS OF ACCIDENT

ម៉ោងនិងកាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់ / Time & Date of Accident	ទីកន្លែងនៃគ្រោះថ្នាក់ / Place of Accident
សូមពន្យល់លម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់ / Explain How the Accident Happened	
សូមរៀបរាប់លម្អិតអំពីរបួស / Describe the Nature of Injuries:	

៤/ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីជំងឺ / DETAILS OF SICKNESS

ម៉ោងនិងកាលបរិច្ឆេទនៃជំងឺ / Time & Date of Sickness	រោគវិនិច្ឆ័យ / Diagnosis
តើអ្នកទាមទារសំណងធ្លាប់ទៅជួបពិគ្រោះយោបល់ជាមួយលោកវេជ្ជបណ្ឌិត ឬ ធ្លាប់ត្រូវបានព្យាបាលនៅជំងឺស្រដៀងគ្នាពីមុនមកដែរឬទេ? Has the insured person ever seen a doctor or been treated for any similar conditions in the past? មាន / Yes ☐ អត់ / No ☐ ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់អំពីកាលបរិច្ឆេទនៃការព្យាបាល និង ឈ្មោះ និង អាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត If "Yes", please state date of previous treatment and name and address of attending doctor:	

៥/ បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ឬ ប.ស.ស / OTHER INSURANCES OR NSSF

តើអ្នកមានបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ឬ ប.ស.ស ដែលធានាលើគ្រោះថ្នាក់នេះដែរឬទេ? Do you have any other insurances or NSSF cover this accident or sickness?	មាន Yes ☐	អត់ No ☐
ប្រសិនបើ "មាន" តើអ្នកបានដាក់បែបបទទាមទារសំណងទៅកាន់ក្រុមហ៊ុនទាំងនោះហើយឬនៅ? If "Yes", did you submit the claim to them?	មាន Yes ☐	អត់ No ☐
សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតទាក់ទងនឹងបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និង ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងនោះ Please give us the details of the insurance policy and the insurance company:		

៦/ ទឹកប្រាក់ដែលទាមទារ និងឈ្មោះដែលត្រូវសរសេរនៅលើមូលប្បទានប័ត្រ / CLAIM AMOUNT & CHECK PAYEE NAME

ទឹកប្រាក់ដែលទាមទារ / Claim Amount	ឈ្មោះដែលត្រូវសរសេរនៅលើមូលប្បទានប័ត្រ / Name of Check Payee
-----------------------------------	--

7/ ការប្រកាសរបស់អ្នកទាមទារសំណង / DECLARATION BY CLAIMANT

ខ្ញុំសូមប្រកាសថាខ្ញុំបានបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌនៃបញ្ញត្តិរ៉ាប់រង និង មិនមានបំណងបង្កអោយមានគ្រោះថ្នាក់ ឬ ការបាត់បង់ ឬ ការខូចខាត ឬបំផ្លើស ហួសពីការពិតអំពីទឹកប្រាក់ដែលទាមទារ ឬ ស្វែងរកផលប្រយោជន៍ដោយមិនស្មោះត្រង់តាមរយៈការបន្លំ ឬ ការរាយការណ៍ខុសដោយចេតនា និង ខ្ញុំសូម អះអាងថាព័ត៌មានដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងបែបបទទាមទារសំណងនេះគឺពិត និង ត្រឹមត្រូវ និង ខ្ញុំមិនបានបិទបាំងនៅព័ត៌មានណាមួយទាក់ទងនឹងការ ទាមទារសំណងនេះទេ។ ខ្ញុំទទួលស្គាល់សិទ្ធិរបស់ **Phillip General Insurance (Cambodia) Plc** ក្នុងការបដិសេធលើការទាមទារសំណងរបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើគ្រោយមកក្រុមហ៊ុនឃើញថាមានការក្លែងបន្លំ ឬ លាក់កំបាំងដោយចេតនាពីរូបខ្ញុំ។

I declare that I have complied with the conditions and warranties of the Policy and in no manner deliberately caused the said loss or damage or exaggerated the claim or sought unjustly to benefit any fraud or willful misrepresentation and that the information shown on this form is true and correct to the best of my knowledge and belief and that I have not concealed any information relating to this claim. I understand **Phillip General Insurance (Cambodia) Plc** reserves the right to repudiate the claim if it is later proven false or intentionally omitted by me.

ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការព្យាបាលរបស់ខ្ញុំដែលចាំបាច់ក្នុងការដោះស្រាយសំណង។
I authorize the release of any medical information necessary to process this claim.

កាលបរិច្ឆេទ / DATE ឈ្មោះ / NAME ហត្ថលេខា និង ត្រា / SIGNATURE & STAMP

ត្រូវបំពេញដោយវេជ្ជបណ្ឌិត / TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING DOCTOR

1/ ព័ត៌មានរបស់អ្នកជំងឺ / PATIENT INFORMATION

ឈ្មោះ / Name	អាយុ / Age	ឈ្មោះ / Sex
ម៉ោង & កាលបរិច្ឆេទចូលសំរាក Time & Date of Admission	ម៉ោង & កាលបរិច្ឆេទចេញ Time & Date of Discharge	
សំរាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ / In-Patient		មិនសំរាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ / Out-Patient

2/ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរោគវិនិច្ឆ័យ / DETAILS OF DIAGNOSIS

សូមបញ្ជាក់អំពីរោគវិនិច្ឆ័យ និង រៀបរាប់អំពីរោគសញ្ញានៃជំងឺ និង របួស: / Please indicate the diagnosis of all the conditions treated and give a description of the symptoms of illness or injury:

តើអ្វីជាមូលហេតុដែលបណ្តាលអោយមានជំងឺ ឬ របួស? / What was the cause(s) of the illness or injury?

តើអ្នកជំងឺធ្លាប់មានអាការរោគដូចគ្នា ឬ ស្រដៀងគ្នាពីមុនមកដែរ ឬ ទេ? មាន ☐ អត់ ☐
Has the patient ever had the same or any similar conditions? Yes No

ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់អំពីពេលវេលា និង រៀបរាប់អំពីអាការរោគ: / If "Yes" please state when and describe:

3/ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការវះកាត់ / DETAILS OF SURGICAL

តើការវះកាត់ ឬ ការព្យាបាលនេះត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងគោលបំណងកែសម្ផស្ស មែនដែរ ឬ ទេ? មែន ☐ មិនមែន ☐
Is the surgery/treatment for cosmetic reasons? Yes No

ប្រភេទនៃការវះកាត់ / បែបបទនៃការវះកាត់ដែលបានធ្វើ / Type of Operation / Surgical procedures performed

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ និង អះអាងថាព័ត៌មានលម្អិតខាងលើគឺពិត និង ត្រឹមត្រូវ។ I confirm and certify that the above details are true and correct.

ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត / DOCTOR'S NAME លេខទូរស័ព្ទ / PHONE NUMBER កាលបរិច្ឆេទ / DATE

អាសយដ្ឋាន / ADDRESS ហត្ថលេខារបស់វេជ្ជបណ្ឌិត និង ត្រារបស់គ្លីនិក ឬ មន្ទីរពេទ្យ
DOCTOR'S SIGNATURE & CLINIC/HOSPITAL STAMP