

ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងសម្រាប់របួស / ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ
Claim Form for Injury / Critical Illness

បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងលេខ/ Policy Number:		ពាក្យទាមទារសំណងលេខ/ Claim Number:	
ឈ្មោះផលិតផល/ Product Name			

ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំ/ I,ជាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងរៀបរាប់ខាងលើ សូមស្នើសុំទាមទារសំណងពីក្រុមហ៊ុនដោយផ្តល់នូវព័ត៌មានដូចខាងក្រោមសម្រាប់ពិចារណា៖ / the Life Insured of the above mentioned Policy hereby express intention to claim compensation from the Company with the following information for consideration:

1. ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកជំងឺ/ Full name of patient..... អាយុ (បច្ចុប្បន្ន)/ Current Age ឆ្នាំ/ years old
 អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន/ Current address..... លេខទូរស័ព្ទ/ Tel.
 អាសយដ្ឋានការងារ/ Work address..... លេខទូរស័ព្ទ/ Tel.
2. ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ/ គ្លីនិកដែលព្យាបាល/ Name of hospital/ clinic that provides treatment..... លេខទូរស័ព្ទ/ Tel.
 ផ្ទះលេខ/ House No..... ផ្លូវ/ Street..... ឃុំ/ សង្កាត់/ Commune/ Sangkat.....
 ស្រុក/ ខណ្ឌ/ District/ Khan ខេត្ត/ ក្រុង/ Province/ City..... ប្រទេស/ Country.....
3. (a) **ក្នុងករណីមានគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ/ In case of accident**
 - 1) កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់/ Date of accident..... ម៉ោង/ Time..... មានរបាយការណ៍ប៉ូលីសឬទេ? / Any police report?
 មាន/ Yes, សូមបញ្ជាក់/ Please specify..... គ្មាន/ No
 - 2) ទីកន្លែង/ ទីតាំងទទួលបានគ្រោះថ្នាក់/ Place/ location of accident.....
 - 3) មូលហេតុគ្រោះថ្នាក់/ Cause of accident.....
 - 4) សរីរាង្គដែលរងរបួសស្នាម/ Injured organ.....
 - 5) ទីតាំងរបួស/ Location of wound.....
 - 6) លក្ខណៈនៃរបួស/ Nature of wound.....
 - 7) វិធីសាស្ត្រនៃការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ/ Medical treatment method.....
 - 8) ថ្ងៃចូលព្យាបាល/ Date admitted..... ថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ/ Date discharged.....
- (b) **ក្នុងករណីមានជំងឺ/ In case of illness**
 - 1) រោគសញ្ញាមុនពេលជំងឺត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ/ ចូលព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ និង/ ឬមូលហេតុនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ/ ចូលព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ/ Symptoms before the illness is diagnosed/ being hospitalized and/ or cause of the diagnosis/ this hospitalization

 - 2) កាលបរិច្ឆេទពិគ្រោះជំងឺលើកទីមួយ/ Date of first consultation.....
 - 3) កាលបរិច្ឆេទនៃការព្យាបាលដំបូង/ Date of first treatment.....
 - 4) ថ្ងៃចូលព្យាបាល/ Date admitted..... ថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ/ Date discharged.....
 - 5) លទ្ធផលនៃរោគវិនិច្ឆ័យរបស់គ្រូពេទ្យ/ Physician's diagnosis result.....
 - 6) វិធីសាស្ត្រនៃការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ/ Medical treatment method.....
 - 7) តើអ្នកមានជំងឺ/បញ្ហាផ្សេងទៀត មុនពេលកើតជំងឺធ្ងន់ធ្ងរនេះឬទេ? / Are there any other illness/ complaints suffered by you, prior to this critical illness?
 មាន/ Yes, សូមបញ្ជាក់/ Please specify..... គ្មាន/ No
 - 8) (សម្រាប់តែស្ត្រី) តើអ្នកមានផ្ទៃពោះឬទេ? (For woman) Are you pregnant? មាន (គក់មានអាយុ.....ខែ)/ Yes, gestational age គ្មាន/ No
4. តើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានប្រយោជន៍ពីក្រុមហ៊ុនផ្សេងឬទេ? / Are you eligible for compensation from other company?
 មាន/ Yes, សូមបញ្ជាក់/ Please specify..... គ្មាន/ No
5. វិធីសាស្ត្រក្នុងការទូទាត់សំណង/ Method for claim payment
 ទូទាត់តាមរយៈមូលប្បទានប័ត្រ/ By Cheque
 ផ្ទេរតាមរយៈធនាគារ/ By Bank transfer

ឈ្មោះម្ចាស់គណនី/ Account owner:	លេខគណនី/ Account number:
នៅធនាគារ/ At Bank:	ឈ្មោះសាខា/ Branch name:
ខេត្ត ក្រុង/ Province/ City:	លេខទូរស័ព្ទ/ Phone Number:

វិធីសាស្ត្រផ្សេងទៀត/ Other Method

សេចក្តីប្រកាសរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ អ្នកទាមទារសំណង/ Declaration of Life Insured/ Claimant

១. ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំសូមប្រកាសថាព័ត៌មានដែលផ្តល់ក្នុងពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងនេះ គឺពិតប្រាកដមែន។ / I declare that the content provided in this form is true.
២. ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា ក្នុងករណីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងកំណត់ឃើញថាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឲ្យមិនពេញលេញ និង/ឬ ត្រូវបានផ្តល់ជូនខុសពីការពិតដោយប្រការណាមួយ នោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងមានសិទ្ធិក្នុងការស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែម ក្នុងគោលបំណងដើម្បីបញ្ជាក់ភាពត្រឹមត្រូវ ហើយនឹងចាត់ការដំណើរការនៃការទាមទារសំណងយោងទៅតាម ខ និង លក្ខខណ្ឌនៃបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង។ / I further acknowledge that in case Dai-ichi Life Insurance (Cambodia) Plc. determines the information provided to be incomplete and/ or willfully misrepresented, the Company reserves the right to request additional information for verification purposes and will process the claim according to policy terms and conditions.
៣. ខ្ញុំបាទ/ នាងខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឲ្យ បុគ្គលិកផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ គ្រូពេទ្យព្យាបាល វេជ្ជបណ្ឌិត ឬ មណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រទាំងឡាយណាដែលមានកំណត់ត្រា ឬ ព័ត៌មានអំពីសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងខាងលើ ផ្តល់ជូនក្រុមហ៊ុនដោយ អ៊ីធឺមី ឡាយហ្វី អ៊ីនស្ត្រីនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក ឬ អ្នកតំណាងរបស់ក្រុមហ៊ុន នូវព័ត៌មានដែលតម្រូវដោយក្រុមហ៊ុន ដោយអ៊ីធឺមី ឡាយហ្វី អ៊ីនស្ត្រីនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក។ / I hereby allow medical staff, physicians, doctors, medical centers, insurance firms, organizations, individual who have records or information on the Life Insured to disclose to Dai-ichi Life Insurance (Cambodia) Plc., or its representative the information required by Dai-ichi Life Insurance (Cambodia) Plc.

ហត្ថលេខារបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ អ្នកទាមទារសំណង/ Life Insured/ Claimant's Signature	
ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ/ Signature/ Thumbprint	ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/អ្នកទាមទារសំណង/ Full Name of Life Insured/ Claimant:
	កាលបរិច្ឆេទស្នើសុំ/ Requested Date:

ការបញ្ជាក់របស់សាក្សី/ Witness's Confirmation

សម្រាប់ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ អ្នករៀបចំផែនការហិរញ្ញវត្ថុ/ បុគ្គលិកបម្រើសេវាអតិថិជន/ For Financial Advisor/ Financial Planner/ Customer Service Staff	
ហត្ថលេខា/ Signature	ឈ្មោះពេញរបស់ FA/ FP/ CS/ Full Name of FA/ FP/ CS លេខកូដ/ Code
	កាលបរិច្ឆេទទទួលបានពាក្យស្នើសុំ/ Date of Receiving Request:

ភស្តុតាងសម្រាប់ការទាមទារសំណងទៅលើរបួស ឬ ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ/ Claim Evidence for Injury or Critical Illness

1. ទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងរបស់ក្រុមហ៊ុនមានពីរផ្នែក/ The Company's claim form consists of two parts:
 - 1.1 សម្រាប់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង - ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងសម្រាប់របួស/ ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ (អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ត្រូវបំពេញព័ត៌មាន រួចចុះហត្ថលេខាលើពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង) / Life Insured's part - Claim Form for Injury / Critical Illness (Life Insured fills in the information and sign on the form)
 - 1.2 សម្រាប់គ្រូពេទ្យ - របាយការណ៍គ្រូពេទ្យ (គ្រូពេទ្យត្រូវបំពេញព័ត៌មាន រួចចុះហត្ថលេខា និងបោះត្រាមន្ទីរពេទ្យ) / Attending physician's part - Physician Report (Physician fills in the information and affixes with a signature and hospital's stamp)
2. អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬលិខិតឆ្លងដែន/ ID Card or Passport
3. ច្បាប់ដើមបង្កាន់ដៃពេទ្យ/ Original medical receipt or bill
4. ឯកសារចេញពីសម្រាកពេទ្យ/ Hospital discharge summary
5. ឯកសារពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ក្នុងអំឡុងពេលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ/ Clinical records during hospitalization
6. របាយការណ៍ប៉ូលីស ប្រសិនបើមាន (ឧ. គ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ ឬបទល្មើស) / Policy report, where applicable (e.g. Road traffic accident, crime)
7. លទ្ធផលនៃការប្រើប្រាស់យកទៅពិនិត្យ (ភស្តុតាងកាយវិភាគវិទ្យាដោយប្រើមីក្រូទស្សន៍) សម្រាប់ជំងឺមហារីក/ Biopsy result (Microscopic Anatomy Evidence) for cancer
8. ឯកសារពាក់ព័ន្ធនឹងការព្យាបាលជំងឺធ្ងន់ធ្ងរទាំងអស់/ All documents related with critical illness treatment