



ពាក្យស្ទើសុំជាមួយនាមសំណងថ្លោះ / លិខិតលិខិត
Claim Form for Injury / Critical Illness

លេខសញ្ញាក់បែងលេខ/ Policy Number:	.....	ពាក្យមាមទារសំណងលេខ/ Claim Number:	.....
ឈ្មោះផលិតផល/ Product Name	.....	

ខ្ញុំទាន់នាងខ្លួនខ្លួន ជាអ្នកត្រូវបានធានាក់បែងនៃលេខសញ្ញាក់បែងរបៀបរាប់ខាងមឱ្យ សូមស្វែសុំជាមួយនាមសំណងពីក្រុមហ៊ុនដោយផ្តល់នូវកំណើនដូចខាងក្រោមសម្រាប់ពីចាន់បាន / the Life Insured of the above mentioned Policy hereby express intention to claim compensation from the Company with the following information for consideration:

1. ឈ្មោះពេញលេញសំខាន់សំខាន់/ Full name of patient.....	អាយុ (បច្ចុប្បន្ន)/ Current Age	ឆ្នាំ/ years old	
អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន/ Current address.....	លេខទូរសព្ទ/ Tel.	.....
អាសយដ្ឋានការងារ/ Work address.....	លេខទូរសព្ទ/ Tel.	.....
2. ឈ្មោះមន្ទីរពេញ/ ភីនិត្តដែលព្យាយាយ/ Name of hospital/ clinic that provides treatment.....	លេខទូរសព្ទ/ Tel.	.....
ផ្ទះលេខ/ House No..... ផ្លូវ/ Street..... ឃី/ សង្កាត់/ Commune/ Sangkat.....	ស្រុក/ ឈូន/ District/ Khan	ខេត្ត/ ក្រុង/ Province/ City.....	ប្រទេស/ Country.....
3. (a) ឯករាជការនៅពេលក្រោះប្រាក់បែង/ In case of accident			
1) កាលបរិច្ឆេទក្រោះប្រាក់/ Date of accident.....	ម៉ោង/ Time.....	មានទាមការណ៍ប៉ូលីសប្បទេ? / Any police report?	.....
<input type="checkbox"/> មាន/ Yes, សូមបញ្ជាក់/ Please specify.....	<input type="checkbox"/> គ្មាន/ No	.....
2) ទីកន្លែង/ ទីតាំងទូលក្រោះប្រាក់/ Place/ location of accident.....	.....	
3) មូលហេតុក្រោះប្រាក់/ Cause of accident.....	.....	
4) សីវិជ្ជិកដែលរបស់ស្ថាម/ Injured organ.....	.....	
5) ទីតាំងរប្បស/ Location of wound.....	.....	
6) លក្ខណៈនៃរប្បស/ Nature of wound.....	.....	
7) ធីសាស្ត្រនៃការព្យាយាលដែកដែនសាស្ត្រ/ Medical treatment method.....	.....	
8) ថ្ងៃចូលព្យាយាល/ Date admitted.....	ថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេញ/ Date discharged.....	.....
3(b) ឯករាជការនៅពេលស្ថាម/ In case of illness			
1) ពេលស្ថាមមុនពេលដំឡើងត្រូវបានធ្វើឡើយ/ ចូលព្យាយាលនៅនីមីនីរពេញ និង/ ប្រមូលហេតុនៃការធ្វើការនៅពេលស្ថាម/ Symptoms before the illness is diagnosed/ being hospitalized and/or cause of the diagnosis/ this hospitalization.....	.....	
2) កាលបរិច្ឆេទពីក្រោះដំឡើងសំណើកទីមួយ/ Date of first consultation.....	.....	
3) កាលបរិច្ឆេទនៃការព្យាយាលដំបូង/ Date of first treatment.....	.....	
4) ថ្ងៃចូលព្យាយាល/ Date admitted.....	ថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេញ/ Date discharged.....	.....
5) លទ្ធផលនៃការព្យាយាលដែកដែនសាស្ត្រ/ Physician's diagnosis result.....	.....	
6) ធីសាស្ត្រនៃការព្យាយាលដែកដែនសាស្ត្រ/ Medical treatment method.....	.....	
7) តើអ្នកមានជីវិតរឿងរាល់ទៀត មុនពេលកើតជីវិតរឿងរាល់នេះបានទេ? / Are there any other illness/ complaints suffered by you, prior to this critical illness?	.....	
<input type="checkbox"/> មាន/ Yes, សូមបញ្ជាក់/ Please specify.....	<input type="checkbox"/> គ្មាន/ No	.....
8) (សម្រាប់គោនី) តើអ្នកមានធ្វើពេលប្រឈម? (For woman) Are you pregnant? <input type="checkbox"/> មាន (តីមានអាយុ..... ខែ/ Yes, gestational age months) <input type="checkbox"/> គ្មាន/ No	.....	
4. តើអ្នកមានសិទ្ធិទូលាចំប្រយោជន៍ពីក្រុមហ៊ុនផ្សេងប្រទេន? / Are you eligible for compensation from other company?	<input type="checkbox"/> មាន/ Yes, សូមបញ្ជាក់/ Please specify..... <input type="checkbox"/> គ្មាន/ No		
5. ធីសាស្ត្រក្នុងការទូទាត់សំណង/ Method for claim payment	<input type="checkbox"/> ទូទាត់មាយ:មូលប្រាកាសប័ណ្ណ/ By Cheque <input type="checkbox"/> ផ្ទេរមាយ:ជនភាព/ By Bank transfer <input type="checkbox"/> ធីសាស្ត្រផ្សេងទៀត/ Other Method 		
ឈ្មោះមានសំណើក/ Account owner:	លេខគណនី/ Account number:		
នៅធនាគារ/ At Bank:	ឈ្មោះសាខា/ Branch name:		
ខេត្ត ក្រុង/ Province/ City:	លេខទូរសព្ទ/ Phone Number:		

សេចក្តីប្រកាសបេស់អ្នកត្រួវបានធានកូដដោយ/ អ្នកទាមទារសំណង/ Declaration of Life Insured/ Claimant

១. ខ្ញុំចាត់/នាំខ្ញុំថា ព័ត៌មានដែលផ្តល់ជូនពាក្យស្រីស្តីមានទារសំណងនេះ គឺជាប្រកបដែលសម្រេច។ / I declare that the content provided in this form is true.

៣. ខ្លួន/ នានា ខ្លួន អនុមតិត្រ បុគ្គលិកដំឡើងដីសាស្ត្រ ត្រួតទេរព្យាបាល ដៃចូលណិត បុ មណ្ឌលដៃជីសាស្ត្រ ទាំងឡាយណាកំណត់ត្រា បុ ពីតំបន់អំពីសុខភាពរបស់អ្នក ត្រួតទេរព្យាបាល នានា បានផ្តល់ព័ត៌មាន នូវបញ្ជី ឯកសារ ឯកសារពិនិត្យ ឬ ឯកសារពិនិត្យ (ខេមបូឌា) ម.ក. បុ អ្នកតំណាងរបស់ក្រុមហ៊ុន នូវកាលពីតំបន់ដែលមានជម្រើសដោយក្រុមហ៊ុន ដើម្បី ឯកសារ ឯកសារពិនិត្យ (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.

ហត្ថលេខាបស់អ្នកត្រួវបានធានាកំបង/ អ្នកមានទំនាក់ទំនង/ Life Insured/ Claimant's Signature	
ហត្ថលេខា ឬ ឈ្មោះបញ្ជីដៃ/ Signature/ Thumbprint	ឈ្មោះពេញបស់អ្នកត្រួវបានធានាកំបង/អ្នកមានទំនាក់ទំនង/ Full Name of Life Insured/ Claimant:
	កាលបរិច្ឆេទស្អើសំណង/ Requested Date:

ការបញ្ជាក់របស់សាក្យ/ Witness's Confirmation

សម្រាប់បុគ្គលិកលក់ផលិតផលជានាក់ប់ដែន/ គ្មានជាជានាក់ប់ដែនជាបុគ្គល/ បុគ្គលិកបម្រើសរាជអតិថិជន/ Sales Staff/ Individual Insurance Agent/ Customer Service Staff	Sales Staff/ Individual Insurance Agent/ Customer Service Staff
ហត្ថលេខា/ Signature	ឈ្មោះពេញលេខ់ បុគ្គលិកលក់ផលិតផលជានាក់ប់ដែន/ គ្មានជាជានា ក់ប់ដែនជាបុគ្គល/ បុគ្គលិកបម្រើសរាជអតិថិជន/ Full Name of Sales Staff/ Individual Insurance Agent/ Customer លេខកូដ/ Code
	កាលបរិច្ឆេទទទួលបានក្នុងស្តីសំ/ Date of Receiving Request:

* * * *

ការពិនិត្យសិទ្ធិភាព និងសិទ្ធិភាពសំខាន់ខាងមុខ/ Claim Evidence for Injury or Critical Illness

- ទ. ទცដីបែបទទាមទារសំណងរបស់ក្រុមហ៊ុនមានពីរវិធីក្នុង / The Company's claim form consists of two parts:
 - 1.1 សម្រាប់អ្នកត្រូវបានជាតាក់ប៉ែង - ពាក្យស្មើសំណងទាមទារសំណងសម្រាប់ប្រឈស / ជីវិថិតនៃជ្រើរ (អ្នកត្រូវបានជាតាក់ប៉ែង ត្រូវបំពេញព័ត៌មាន នូចចុះហត្ថលេខាលើពាក្យស្មើសំណងទាមទារសំណង) / Life Insured's part - Claim Form for Injury / Critical Illness (Life Insured fills in the information and sign on the form)
 - 1.2 សម្រាប់គ្រោះទៅ - ពាណាករណ៍គ្រោះទៅ (គ្រោះទៅត្រូវបំពេញព័ត៌មាន នូចចុះហត្ថលេខា និងបោះគ្រាមនឹងរោង) / Attending physician's part - Physician Report (Physician fills in the information and affixes with a signature and hospital's stamp)
 - អត្ថសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬបន្ទូនិភ័យដែន / ID Card or Passport
 - បញ្ជប់ដើមបង្ហាញនៃផែតែូយ / Original medical receipt or bill**
 - ឯកសារចេញពីសម្រាកទេរូយ / Hospital discharge summary
 - ឯកសារពេកកំពុងអស់ភ្លើងអំពុងពេលសម្រាកនៅមីនីទេរូយ / Clinical records during hospitalization
 - ពាណាករណ៍ប៉ូលីស ប្រសិនបើមាន (ឡ. គ្រោះថ្នាក់កំពងរណី ប្រចាំលីស) / Policy report, where applicable (e.g. Road traffic accident, crime)
 - លទ្ធផលនៃការប្រើបសាក់យកទៅពិនិត្យ (កសិកអាជីវការឱ្យបាយប្រើប្រាស់គ្រួចស្អែក) សម្រាប់ដីមហាធីក / Biopsy result (Microscopic Anatomy Evidence for cancer)
 - ឯកសារពេកកំពុងបង្ហាញបានដីជីវិថិតនៃជ្រើរសំណង / All documents related with critical illness treatment