

ពាក្យទាមទារសំណងសុខភាព គ្រោះថ្នាក់បុគ្គល និងកម្មករនិយោជិត HEALTHCARE, PERSONAL ACCIDENT AND WORKEN COMPENSATION CLAIM FORM

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង, អ្នកទាមទារសំណង, សាច់ញាតិរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកទាមទារសំណង ត្រូវបំពេញពាក្យទាមទារសំណងនេះឲ្យបានពេញលេញ និងដោយភាពស្មោះត្រង់។ ពាក្យសុំទាមទារសំណងនេះត្រូវប្រគល់ឲ្យក្រុមហ៊ុន លី ហ្គឺរ អ៊ុនស៊ុរ៉ង់ ម.ក ក្នុងរយៈពេល ៣០ ថ្ងៃ ដោយភ្ជាប់មកជាមួយឯកសារទាមទារសំណង បន្ទាប់ពីចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬទទួលមរណៈភាព។ ក្នុងករណីខកខានមិនបានប្រគល់ឯកសារទាមទារសំណងក្នុងរយៈពេលដូចបានកំណត់ ក្រុមហ៊ុនយើងខ្ញុំ នឹងបដិសេធសំណងចំពោះការទាមទាររបស់លោកអ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

The insured, the claimant, or the relative of the insured or claimant must complete this form fully and faithfully. This form must be submitted to Ly Hour Insurance PLC attached with all relevant claim documents within 30 days from the date of discharge or death. If you miss to submit your claim documents within the mentioned period, your claim will be automatically rejected.

១. ប្រភេទធានារ៉ាប់រង/Type of insurance: <input type="checkbox"/> សុខភាព/Healthcare <input type="checkbox"/> គ្រោះថ្នាក់បុគ្គល/Personal Accident <input type="checkbox"/> គ្រោះថ្នាក់កម្មករនិយោជិត/Workmen Compens		
២. ព័ត៌មានលម្អិតស្តីពីប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/Details of Insurance Policy		
លេខប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/Policy No:	គម្រោង/Plan:	
រយៈពេលធានារ៉ាប់រង/Period of Insurance: ពីថ្ងៃទី/From:	ដល់/To:	
ឈ្មោះម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/Policy Holder:		
៣. ព័ត៌មានរបស់អ្នកទាមទារសំណង/Details of claimant		
ឈ្មោះ/Name:	ភេទ/Sex: <input type="checkbox"/> ប្រុស/Male <input type="checkbox"/> ស្រី/Female	
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត/Date of Birth:	<input type="checkbox"/> នៅលីវ/Single <input type="checkbox"/> រៀបការ/Married	
មុខរបរ/Occupation:	ទូរស័ព្ទ/Phone No:	
អាសយដ្ឋាន/Address:		
ឈ្មោះធនាគារ/Bank Name:	ឈ្មោះគណនី/Account Name:	លេខគណនី/Bank Account:
៤. ព័ត៌មានទាមទារសំណង/Claim Details		
<input type="checkbox"/> ករណីសុខភាព/Healthcare Claims		
រោគវិនិច្ឆ័យ/Diagnosis:		
ថ្ងៃចូលពេទ្យ/Date Admitted:	ម៉ោង/Time:	ថ្ងៃចេញពីពេទ្យ/ Date Discharged:
រោគសញ្ញាឬអាការៈ/Symptom:		
<input type="checkbox"/> ករណីគ្រោះថ្នាក់/Accident Claims		
ថ្ងៃគ្រោះថ្នាក់/Accident Date:	ម៉ោង/Time: ព្រឹក am /ល្ងាច pm	
ទីកន្លែងគ្រោះថ្នាក់/Accident Place:		
មូលហេតុគ្រោះថ្នាក់/Cause of Accident:		
៥. ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ឬមន្ទីរពេទ្យ/Name of Hospital or Clinic:		
៦. មូលហេតុនៃការជូនដំណឹងយឺតយ៉ាវលើសរយៈពេល២៤ម៉ោង/Reason of late notice over 24h:		
ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំសូមធានាអះអាងថា ខ្លឹមសារខាងលើគឺពិតប្រាកដនិងត្រឹមត្រូវឥតក្លែងបន្លំ។ I/We WARRANT that the above content is true and accurate.		
ហត្ថលេខា និងឈ្មោះរបស់ម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬអ្នកទាមទារសំណង ឬអ្នកទទួលខុសត្រូវ Signature and name of the policyholder/Claimant/Person in charge _____		
កាលបរិច្ឆេទ Date:		