

ទម្រង់នេះត្រូវបំពេញដោយសមាជិក ឬតំណាងសមាជិក / To be filled by the claimant or representative of the claimant only

### ព័ត៌មានផ្នែកទី១៖ ព័ត៌មានសមាជិក / Section 1: Patient Information

ឈ្មោះប្រធានសហគមន៍/Policyholder's name:	លេខសមាជិក/SAFETYNET ID.:	
ឈ្មោះសមាជិក/Member's name:	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត/Date of Birth:	ភេទ Gender:
អ៊ីម៉ែល/Email:	លេខទូរស័ព្ទ/Telephone No.:	

### ផ្នែកទី២៖ ព័ត៌មានទទួលសំណង / Section 2: Claim Payment Method

ឈ្មោះអ្នកទទួលផល (បើសាច់ញាតិសូមភ្ជាប់លិខិតបញ្ជាក់)  
Beneficiary Name (if family member requires proof):

សំណងតាមធនាគារ/Bank Transfer:  មូលប្បទានបត្រ/Cheque:

ឈ្មោះគណនេយ្យ/Bank Account Name:	ឈ្មោះធនាគារ/Bank Name:
លេខគណនេយ្យ/Bank Account No.:	

### ផ្នែកទី ៣ ៖ ឯកសារ និងទឹកប្រាក់សរុប / Section 3: Documents and Amount Declared

ចំនួនវិក្កយបត្រសរុប/Quantity of Invoices:  ចំនួនឯកសារផ្សេងៗ/Quantity of other documents:  ទឹកប្រាក់សរុប/Total Declared Amount:

### ផ្នែកទី ៤ ៖ ទាមទារសំណងសម្រាប់ / Section 4: Reimbursement for

ការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ  
Reimbursement of medical expenses

អត្ថប្រយោជន៍ជាសាច់ប្រាក់/Cash Benefit / For In-patient and Cancer Treatment only.  
(បើការចំណាយលើការព្យាបាលបានទូទាត់ដោយធានារ៉ាប់រងមួយទៀត)  
(If your bills are covered by another insurance scheme only)

### ផ្នែកទី ៥ ៖ ការព្យាបាលទាក់ទងលើ / Section 5: Treatment is related to

<input type="checkbox"/> គ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ/Accidental injury	<input type="checkbox"/> កញ្ចប់ទឹកប្រាក់សម្រាប់មរណៈទុក្ខបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ/Accidental Death Benefit
<input type="checkbox"/> ជំងឺ/Illness or disease	<input type="checkbox"/> កញ្ចប់ទឹកប្រាក់ចូលរួមវិលកមរណៈទុក្ខ/Funeral Death Benefit
<input type="checkbox"/> ការសម្រាលកូន/Maternity Delivery	<input type="checkbox"/> ការព្យាបាលមុន និងក្រោយសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ/Pre & Post Hospitalisation
<input type="checkbox"/> ភ្នែកម្លប់/eye-sight correction	<input type="checkbox"/> បាក់វ៉ាក់សាំង និងពិនិត្យសុខភាព/Vaccination and Health Check
<input type="checkbox"/> ការថែទាំ និងព្យាបាលធ្មេញ/Dental care	<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ/Others

សូមពណ៌នាអំពីរោគសញ្ញា អាការៈ ឬស្ថានភាពដែលនាំឱ្យអ្នកទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត / 8.1 Please describe symptoms, conditions or situations that led to visiting the doctor.

\*ចាំបាច់ត្រូវបំពេញ / Required.

តើអ្នកធ្លាប់មាន ឬបានទទួលព្យាបាលគ្រោះថ្នាក់ ឬជំងឺនេះពីមុនទេ? / Have you ever had or treated this type of Injury or illness before?  បាទ/Yes  មិនបាទ/No

បើបាទ សូមបញ្ជាក់/If Yes, please give details:

តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែរ ឬទេ? / Do you have any other insurance policy that could also cover your costs?  បាទ/Yes  មិនបាទ/No

**ផ្នែកទី ៦៖ កាលបរិច្ឆេទនៃការព្យាបាល / Section 6: Date of Care**

សម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ/For In-Patient and Day-Care

កាលបរិច្ឆេទចូល/Admission Date:

ថ្ងៃខែឆ្នាំ/DD/MM/YYYY

កាលបរិច្ឆេទចេញ/Discharge Date:

ថ្ងៃខែឆ្នាំ/DD/MM/YYYY

ការពិគ្រោះ និងព្យាបាលជំងឺក្រៅ/For Out-Patient:  
(សូមបំពេញកាលបរិច្ឆេទ/Please fill in Treatment Date)

ថ្ងៃខែឆ្នាំ/DD/MM/YYYY

ថ្ងៃខែឆ្នាំ/DD/MM/YYYY

ថ្ងៃខែឆ្នាំ/DD/MM/YYYY

ថ្ងៃខែឆ្នាំ/DD/MM/YYYY

ថ្ងៃខែឆ្នាំ/DD/MM/YYYY

ថ្ងៃខែឆ្នាំ/DD/MM/YYYY

**ផ្នែកទី ៧៖ សេចក្តីប្រកាស និងការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក / Section 7: Your Declaration and Consent**

- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនសេហ្វីស៊ី និងហ្វ័រតេពិនិត្យលើព័ត៌មាន និងឯកសារដែលបានភ្ជាប់ជាមួយទម្រង់ទាមទារសំណងនេះ។

I consent to SAFETYNET and FORTE reviewing the information and documents attached with this claim form.

- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនសេហ្វីស៊ី និងហ្វ័រតេស្នើសុំព័ត៌មានពីគ្រូពេទ្យព្យាបាល និង / ឬ មន្ទីរពេទ្យ ប្រសិនបើមានការចាំបាច់។

I consent to SAFETYNET and FORTE requesting medical information, if needed, from the patient's medical practitioner and/or hospital.

- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យគ្រូពេទ្យព្យាបាល និង/ឬ មន្ទីរពេទ្យដើម្បីផ្តល់របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ និងទាញយកឯកសារចម្លងដូចជា ឯកសារ៖

I consent to the medical practitioner and/or hospital providing medical reports and access to copies of such health records as may be requested by Forte.

This is so that Forte can:

ក. ធ្វើការផ្តល់សេវាស្នើសុំ ឬទម្រង់ទាមទារសំណង សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ / A. deal with the application / claim for benefit;

ខ. អនុវត្តសវនកម្ម និងការស៊ើបអង្កេតនានា និង/ B. undertake audits and other investigations; and

គ. ដំណើរការ និងការចែកចាយព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រទៅឱ្យភាគីទី ៣ នៅពេលដែលមានតម្រូវការចាំបាច់ / C. process and share medical information with third parties where there is a legal requirement to do so.

- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនសេហ្វីស៊ី និងហ្វ័រតេពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានក្នុងរបាយការណ៍ពេទ្យ និងកំណត់ត្រាសុខភាពដែលអាចនឹងត្រូវបានស្នើសុំ។

I consent to SAFETYNET and FORTE reviewing the information in any medical reports or health records that may be requested.

- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនសេហ្វីស៊ី និងហ្វ័រតេផ្ញើព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទាមទារសំណងនេះទៅកាន់ប្រធានសហគមន៍។

I agree that SAFETYNET and FORTE will send all further correspondence about this claim to the policyholder.

- ខ្ញុំសូមប្រកាសថា ខ្ញុំគឺជាអ្នកជំងឺ ឬត្រូវជា...

I declare that I am the patient or related to the patient as

[Empty box for patient declaration]

នៅពេលដែលខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ទាមទារសំណងនេះរួច ខ្ញុំបានយល់ព្រមតាមចំណុចលក្ខខណ្ឌ ផ្នែកទី ៧៖ សេចក្តីប្រកាស និងការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក និងធ្វើការបញ្ជាក់ថាខ្ញុំបានអានព័ត៌មានលើទម្រង់នេះ។ ខ្ញុំសូមធ្វើការដាក់ស្នើសុំទាមទារសំណង ដោយប្រកាសថារាល់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូនគឺត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដ។

Once I sign this Claim Form, I have agreed on the "Section 7. Your Declaration and Consent" points and confirm I have read all the information in this form.

I wish to submit a claim and declare that all the information I have given is, to the best of my knowledge, true and correct.

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ (ឬ តំណាងអ្នកជំងឺ) Signature of the patient (or representative of the patient)

កាលបរិច្ឆេទ/Date:

[Empty box for patient signature]

[Empty box for date]

បញ្ជីឯកសារ (សង្ខេប) នេះបង្ហាញលក្ខខណ្ឌឯកសារទូទៅតែប៉ុណ្ណោះ។ ដោយយោងលើភាពស្មុគស្មាញនៃលក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រ ក្រុមហ៊ុនសូមធ្វើការរក្សាសិទ្ធិក្នុងការស្នើសុំព័ត៌មាន និងឯកសារបន្ថែមលើសពីនេះ ប្រសិនបើចាំបាច់។

This General Checklist only shows the general requirements. Due to the complexity of medical conditions and medical care, we reserve the right to request for more supporting information and documents if needed.

ដើម្បីធ្វើការដំណើរការនៃការទូទាត់សំណងឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ក្រុមការងារវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ក្រុមហ៊ុនត្រូវការយល់អំពីឯកសារ ដែលបានដាក់ទាមទារសំណង មូលហេតុបង្កឲ្យមានការព្យាបាល រោគវិនិច្ឆ័យ ប្រភេទនៃការព្យាបាល និងការថែទាំ បូករួមទាំងតម្លៃផងដែរ។

To assess and process your claim promptly, our medical team needs to understand from the documents submitted, the cause behind the treatment received, the medical diagnosis, the type of treatment and care received and the cost of treatment received.

ជាទូទៅ ឯកសារខាងក្រោមនេះ គឺអាចគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីធ្វើការដំណើរការនៃការទូទាត់សំណងបាន។ សូមធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់ ដើម្បីចៀសវាងការយឺតយ៉ាវ។

The below documents are usually sufficient to gather the information we require. Please follow this carefully to avoid delay.

### ការព្យាបាលសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ / In-patient and Daycare Treatment

- [ ] ទម្រង់ស្នើសុំទាមទារសំណង (ច្បាប់ដើម) / Claim Form (original) - Fully completed and signed.
- [ ] លិខិតចេញពីមន្ទីរពេទ្យ / Medical Certificate or Discharge Summary- signed by doctor with the stamp of the clinic.
- [ ] លទ្ធផលពិនិត្យឈាម និងរូបភាពផ្សេងៗ / Result of Laboratory & Imagery - Patient's name and treatment date clearly mentioned.
- [ ] វិក័យបត្រលម្អិត (ច្បាប់ដើម) / Breakdown Invoices (original) - Stamp "paid" is required.
- [ ] ឱសថយកទៅប្រើនៅផ្ទះ / Take home medications (if any) - Prescription is required.

### ការពិគ្រោះ និងព្យាបាលជំងឺក្រៅ / For Out-patient

- [ ] ទម្រង់ស្នើសុំទាមទារសំណង (ច្បាប់ដើម) / Claim Form (original) - Fully completed and signed.
- [ ] លិខិតចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬវេជ្ជបញ្ជាដែលមានរោគវិនិច្ឆ័យ / Medical Certificate OR Prescription with diagnosis - signed by doctor with the stamp of the clinic.
- [ ] លទ្ធផលពិនិត្យឈាម និងរូបភាពផ្សេងៗ / Result of Laboratory & Imagery - Patient's name and treatment date clearly shown on the results.
- [ ] វិក័យបត្រលម្អិត (ច្បាប់ដើម) / Breakdown Invoices (original) - Stamp "paid" is required.
- [ ] លិខិតបញ្ជាក់ពីការណាត់ជួបតាមវេជ្ជបញ្ជា / Proof of doctor appointment - Post Hospitalisation, Follow-up care.
- [ ] ឱសថយកទៅប្រើនៅផ្ទះ / Take home medications (if any) - Prescription is required.

### ពិនិត្យសុខភាព និងចាក់វ៉ាក់សាំង / Preventative Care

- [ ] ទម្រង់ស្នើសុំទាមទារសំណង (ច្បាប់ដើម) / Claim Form (original) - Fully completed and signed.
- [ ] វិក័យបត្រលម្អិត (ច្បាប់ដើម) / Breakdown Invoices (original) - Stamp "paid" is required.

### អត្ថប្រយោជន៍ជាសាច់ប្រាក់ / Cash Benefit

- [ ] ទម្រង់ស្នើសុំទាមទារសំណង (ច្បាប់ដើម) / Claim Form (original) - Fully completed and signed.
- [ ] លិខិតបញ្ជាក់ពីការធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត / Proof of coverage by another insurance scheme - from a hospital or another scheme.

### កញ្ចប់ទឹកប្រាក់មរណភាពដែលបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ / Accidental Death Benefits

- [ ] ទម្រង់ស្នើសុំទាមទារសំណង (ច្បាប់ដើម) / Claim Form (original) - Fully completed and signed.
- [ ] របាយការណ៍នគរបាល (ច្បាប់ដើម) / Police Report (original) - for Accident only.
- [ ] លិខិតចេញពីមន្ទីរពេទ្យ / Medical Certificate - signed by a treating doctor with the stamp of the clinic.
- [ ] លិខិតបញ្ជាក់មរណភាព (ច្បាប់ដើម) / Certified copy of Death Certificate (Original) - signed and stamped by the authority.

### កញ្ចប់ទឹកប្រាក់ចូលរួមលែកមរណ / Funeral Death Benefits

- [ ] ទម្រង់ស្នើសុំទាមទារសំណង (ច្បាប់ដើម) / Claim Form (original) - Fully completed and signed.
- [ ] លិខិតបញ្ជាក់មរណភាព (ច្បាប់ដើម) / Certified copy of Death Certificate (Original) - signed and stamped by the authority.

អាគារ BRED Bank ជាន់ទី៥ ការិយាល័យលេខ៣០ មហាវិថីព្រះនរោត្តម សង្កាត់ផ្សារថ្មី៣ ខណ្ឌដូនពេញ រាជធានីភ្នំពេញ ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

BRED Bank Building, 5th Floor, #30 Norodom Blvd, Sangkat Psar Thmey 3, Khan Daun Penh, Phnom Penh, Kingdom of Cambodia

#### ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង / Contact Us

- ☎ 023 23 57 57
- ✉ help@safetynet.sg
- 📍 SAFETYNET Cambodia
- 🌐 www.safetynet-health.com