

ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ / Patient Information

ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកជំងឺ / Full Name: ភេទ / Sex:  
លេខសមាជិក / Membership Number: លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ / National ID Number:  
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត / Date of Birth: DD / MM / YYYY អាយុ / Age: លេខទំនាក់ទំនង / Contact Number:

ព័ត៌មានពេទ្យ / Medical Information

សញ្ញាជីវិត / Vital signs: T° (សីតុណ្ហភាព)..... °C BP (សម្ពាធឈាម)..... mmHg SpO<sub>2</sub> (កម្រិតអុកស៊ីសែន).....%  
HR (ចង្វាក់បេះដូង)..... beats/mn RR (ចង្វាក់ដង្ហើម)..... /mn BS (កម្រិតជាតិស្ករ)..... mg/dl  
ម៉ោង/Time: .....

សញ្ញាតំអូញ / Chief complaint: រោគវិនិច្ឆ័យ / Diagnosis:

ប្រវត្តិជំងឺបច្ចុប្បន្ន / History of present illness:

ការវះកាត់ (ប្រសិនបើមាន) / Surgical procedure, if any:

សេចក្តីប្រកាស និងការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក / Your Declaration and Consent

- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនសេហ្វីតេណេត និងហ្វរតេពិនិត្យលើព័ត៌មាន និងឯកសារដែលបានភ្ជាប់ជាមួយទម្រង់ទាមទារសំណងនេះ។  
I consent to SAFETYNET and FORTE reviewing the information and documents attached with this claim form.
  - ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនសេហ្វីតេណេត និងហ្វរតេស្នើសុំព័ត៌មានព័ត៌មានពេទ្យព្យាបាល និង / ឬ មន្ទីរពេទ្យ ប្រសិនបើមានការចាំបាច់។  
I consent to SAFETYNET and FORTE requesting medical information, if needed, from the patient's medical practitioner and/or hospital.
  - ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យពេទ្យព្យាបាល 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. ធ្វើការដោះស្រាយការប្តឹងប្រយោជន៍ ឬពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ / A. deal with the application / claim for benefit;
  - ខ. អនុវត្តសវនកម្ម និងការស៊ើបអង្កេតនានា និង/ B. undertake audits and other investigations; and
  - គ. ដំណើរការ និងការចែកចាយព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រទៅឱ្យភាគីទី ៣ នៅពេលដែលមានតម្រូវការត្រូវបានផ្អាកច្បាប់ / C. process and share medical information with third parties where there is a legal requirement to do so.
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនសេហ្វីតេណេត និងហ្វរតេពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានក្នុងរបាយការណ៍ពេទ្យ និងកំណត់ត្រាសុខភាពដែលអាចនឹងត្រូវបានស្នើសុំ។  
I consent to SAFETYNET and FORTE reviewing the information in any medical reports or health records that may be requested.
  - ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនសេហ្វីតេណេត និងហ្វរតេផ្ញើព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទាមទារសំណងនេះទៅកាន់ប្រធានសហគមន៍។  
I agree that SAFETYNET and FORTE will send all further correspondence about this claim to the policyholder.

ព័ត៌មានចំនួនទឹកប្រាក់ និង សេចក្តីប្រកាស / Financial Information and Declaration

ចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលត្រូវបានទាមទារ៖ US\$ Total Amount Claimed: ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានទទួលពីអ្នកជំងឺ៖ US\$ Amount Received from Patient:

សេចក្តីប្រកាសរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាល/Declaration of Physician ឈ្មោះពេញ / Full Name: កាលបរិច្ឆេទ / Date: DD / MM / YYYY ហត្ថលេខារបស់វេជ្ជបណ្ឌិត និងត្រាអង្គភាព/Signature of Doctor and Stamp of Provider  
សេចក្តីប្រកាសរបស់អ្នកជំងឺ ឬអ្នកថែទាំអ្នកជំងឺ/Declaration of Patient /Guardian ឈ្មោះពេញ / Full Name: កាលបរិច្ឆេទ / Date: DD / MM / YYYY ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ ឬអ្នកថែទាំអ្នកជំងឺ/Signature of Patient or Guardian