

GENERAL INFORMATION

In order for you to get your claims reimbursed, you need to:

- Complete all sections of this form.
- Use block capitals.
- Ensure that all relevant invoices and receipts are attached. Please note that photocopies are not accepted. We will keep these documents for audit purposes, you can obtain photocopies on request.
- Sign and date the form.
- Send the form and all documents to: SAFETYNET INSURANCE SERVICES (CAMBODIA) CO.,LTD.
 BRED Bank building, Floor 5, #30 Norodom Blvd. Sangkat Psar Thmey 3,
 Khan Daun Penh, Phnom Penh, Cambodia

WHO IS THE PATIENT?

POLICYHOLDER NAME: **U.S EMBASSY PHNOM PENH**

PATIENT'S FULL NAME:

MEMBERSHIP NO:

DATE OF BIRTH:

TELEPHONE NO:

HOW WILL YOU RECEIVE THE REIMBURSEMENT?

BY CHEQUE

BENEFICIARY NAME:

OR

BY CAMPU BANK TRANSFER

EMAIL (TO RECEIVE DETAILS OF REIMBURSEMENT):

ACCOUNT NAME:

ACCOUNT NO. :

BANK ADDRESS:

REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES, WHAT IS THE AMOUNT TO CLAIM?

NO. OF INVOICES / PAGES ATTACHED:

TOTAL AMOUNT CLAIMED:

PLEASE NOTE THAT YOUR REIMBURSEMENT MIGHT BE LOWER THAN YOUR CLAIM.

WHAT MEDICAL CONDITION ARE YOU CLAIMING FOR?

HAVE YOU EVER HAD OR BEEN TREATED FOR THIS TYPE OF INJURY OR ILLNESS BEFORE?
 IF YES, PLEASE GIVE DETAILS BELOW.

YES NO

HOW DID THE CONDITION BEGIN? STATE FULLY ALL SYMPTOMS AND DESCRIBE THE CONDITION IN DETAIL FROM THE BEGINNING. FOR ACCIDENTS, INCLUDE HOW, WHEN AND WHERE THE ACCIDENT OCCURRED.

IF THE TREATMENT IS BECAUSE OF AN INJURY CAUSED BY AN ACCIDENT, DID IT INVOLVE A THIRD PARTY YOU MAY BE MAKING A CLAIM AGAINST?

YES NO

DID YOU STAY IN A HOSPITAL?

IF YES, PLEASE STATE THE ADMISSION AND DISCHARGE DATES AND ENCLOSE A CERTIFICATE FROM THE HOSPITAL CONFIRMING THE DATES OF THE STAY.

YES NO

DATE OF ADMISSION: D D M M Y Y

DATE OF DISCHARGE: D D M M Y Y

OTHER TREATMENTS

PLEASE SELECT YOUR TYPE OF TREATMENT

OUT-PATIENT TREATMENT HEALTH CHECK OR VACCINATION

OPTICAL CARE DENTAL CARE

DATE

D D M M Y Y

D D M M Y Y

D D M M Y Y

D D M M Y Y

D D M M Y Y

YOUR DECLARATION AND CONSENT

I confirm I have read the information in this form. I wish to make a claim and declare that all the information I have given you is, to the best of my knowledge, true and correct.

I consent to FORTE reviewing the information on this form.

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

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:

- a. deal with the application/claim for benefit;
- b. undertake audits and other investigations; and
- c. process and share medical information with third parties where there is a legal requirement to do so.

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

I agree that FORTE will send all further correspondence about this claim to the policyholder unless I ask you not to.

I declare that I am the patient or the patient's parent/guardian (if patient under 18 years of age).

I declare that I am related to the patient as

SIGNATURE OF THE PATIENT OR THE PATIENT'S PARENT/GUARDIAN

DATE: D D M M Y Y

ព័ត៌មានទូទៅ

ដើម្បីទទួលបានប្រាក់បង្វិលសង លោកអ្នកត្រូវ៖

- បំពេញគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់នៃទំនាក់ទំនងទាមទារសំណងនេះ
- ត្រូវភ្ជាប់មកជាមួយវិក័យប័ត្រច្បាប់ដើមទាំងអស់។ បញ្ជាក់៖ យើងមិនទទួលបានរាល់ឯកសារចម្លងនោះទេ។ ក្រុមហ៊ុននឹងរក្សាឯកសារច្បាប់ដើមទាំងនោះសម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងការធ្វើសវនកម្ម។ លោកអ្នកអាចរក្សាច្បាប់ចម្លងបានតាមការស្នើសុំរបស់លោកអ្នក។
- ចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទនៅក្នុងទំនាក់ទំនងទាមទារសំណងនេះ
- សូមធ្វើទំនាក់ទំនងទាមទារសំណង និងឯកសារពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ទៅកាន់៖

ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង សេហ្វធីណេត អ៊ិនស៊ុរ៉ង់ស៍ ស៊ីស (ខេមបូឌា) ឯ.ក
អាគារ BRED Bank ជាន់ទី 5 អាគារលេខ 30 មហាវិថីព្រះនរោត្តម សង្កាត់ផ្សារថ្មី3
ខណ្ឌដូនពេញ រាជធានីភ្នំពេញ ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ

ឈ្មោះពេញរបស់ប្រធានសហគមន៍៖ **US EMBASSY PHNOM PENH**

ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកជំងឺ៖

ឈ្មោះជាអក្សរឡាតាំង៖

លេខសមាជិក៖

ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត៖

លេខទូរសព្ទ៖

តើលោកអ្នកទទួលបានប្រាក់សំណងតាមជម្រើសមួយណា?

មូលប្បទានបត្រ

ឈ្មោះអ្នកទទួលបានជាអក្សរឡាតាំង៖

ឬ

តាមរយៈគណនីធនាគារកម្ពុជាសាធារណៈ

អ៊ីម៉ែល (សម្រាប់ទទួលបានឯកសារបញ្ជាក់ពីការទូទាត់សំណង)៖

ឈ្មោះគណនី៖

លេខគណនី៖

អាសយដ្ឋានធនាគារ៖

តើទឹកប្រាក់នៃការទាមទារសំណងមានចំនួនប៉ុន្មាន?

ចំនួនវិក័យបត្រ / ទំព័រភ្ជាប់ជាមួយ៖

ចំនួនទឹកប្រាក់សរុបនៃការទាមទារសំណង៖

សូមបញ្ជាក់ថាចំនួនប្រាក់បង្វិលសងអាចនឹងមានចំនួនតិចជាងទឹកប្រាក់ទាមទារសំណងរបស់លោកអ្នក។

តើលោកអ្នកកំពុងទាមទារសំណងលើស្ថានភាពសុខភាពអ្វី?

តើលោកអ្នកធ្លាប់បាន ឬកំពុងព្យាបាលរបួស ឬជំងឺបែបនេះពីមុនទេ?
ប្រសិនបើបាទ/ចា តើលោកអ្នកបញ្ជាក់លម្អិតខាងក្រោម៖

បាទ/ចា មិនបាទ/ចា

តើស្ថានភាពសុខភាពនេះបានចាប់ផ្តើមយ៉ាងដូចម្តេច? សូមលោកអ្នកបញ្ជាក់ឲ្យបានច្បាស់លាស់ពីគោតសញ្ញា និងរៀបរាប់ពីស្ថានភាពលម្អិតតាំងពីពេលចាប់ផ្តើមមក។ សម្រាប់គ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ សូមលោកអ្នកបញ្ជាក់ពីរបៀប ពេលវេលា និងទីកន្លែងគ្រោះថ្នាក់ដែលបានកើតឡើង៖

ប្រសិនបើការព្យាបាលរបួសស្នាមរបស់លោកអ្នកបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ តើមានភាគីទី៣
ពាក់ព័ន្ធណាមួយដែលលោកអ្នកអាចទាមទារសំណងបានដែរ ឬទេ?

បាទ/ចា មិនបាទ/ចា

តើលោកអ្នកបានសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែរឬទេ?

បើបាន សូមលោកអ្នកបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទចូល និងចេញ ហើយភ្ជាប់មកជាមួយលិខិតសម្រាកពេទ្យពីមន្ទីរពេទ្យដើម្បីបញ្ជាក់ បាន មិនបាន

កាលបរិច្ឆេទចូល កាលបរិច្ឆេទចេញ

ការព្យាបាលផ្សេងៗ

បើមាន សូមលោកប្រើសរសេរខាងក្រោម

កាលបរិច្ឆេទ

<p><input type="checkbox"/> ការព្យាបាលផ្នែកជំងឺក្រៅ</p> <p><input type="checkbox"/> ការថែទាំភ្នែក</p>	<p><input type="checkbox"/> ពិនិត្យសុខភាព ឬចាក់វ៉ាក់សាំង</p> <p><input type="checkbox"/> ការថែទាំសុខភាពមាត់ ធ្មេញ</p>	<p><input type="text" value="ថ្ងៃ"/> <input type="text" value="ខែ"/> <input type="text" value="ឆ្នាំ"/></p> <p><input type="text" value="ថ្ងៃ"/> <input type="text" value="ខែ"/> <input type="text" value="ឆ្នាំ"/></p> <p><input type="text" value="ថ្ងៃ"/> <input type="text" value="ខែ"/> <input type="text" value="ឆ្នាំ"/></p> <p><input type="text" value="ថ្ងៃ"/> <input type="text" value="ខែ"/> <input type="text" value="ឆ្នាំ"/></p> <p><input type="text" value="ថ្ងៃ"/> <input type="text" value="ខែ"/> <input type="text" value="ឆ្នាំ"/></p> <p><input type="text" value="ថ្ងៃ"/> <input type="text" value="ខែ"/> <input type="text" value="ឆ្នាំ"/></p>
---	---	---

កិច្ចព្រមព្រៀង និងការអនុញ្ញាតរបស់លោកអ្នក

- ខ្ញុំពិតជាបានអានព័ត៌មានក្នុងទំរង់ទាមទារសំណងនេះ។ ខ្ញុំសូមប្រកាស និងបញ្ជាក់ថា រាល់ព័ត៌មាន និងឯកសារទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានផ្តល់នៅក្នុងទំរង់ទាមទារសំណងនេះគឺត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដមែន។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យ Forte ពិនិត្យឡើងវិញនូវរាល់ព័ត៌មានទាំងអស់ក្នុងទំរង់ទាមទារសំណងនេះ។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យ Forte ធ្វើការស្នើសុំព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រពីគ្រូពេទ្យ និង/ឬ មន្ទីរពេទ្យប្រសិនបើចាំបាច់។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យគ្រូពេទ្យ និង/ឬ មន្ទីរពេទ្យធ្វើការផ្តល់របាយការណ៍ពេទ្យ និងសេចក្តីចម្លងរបាយការណ៍សុខភាពរបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើមានការស្នើសុំពី Forte។ ដើម្បីឲ្យ Forte អាច៖
 - ក. ផ្ទៀងផ្ទាត់ជាមួយទំរង់ស្នើសុំ ឬទំរង់ទាមទារសំណង សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍
 - ខ. អនុវត្តសវនកម្ម និងការស៊ើបអង្កេតនានា និង
 - គ. ដំណើរការ និងការចែកចាយព័ត៌មានពេទ្យទៅឲ្យភាគីទី៣ នៅពេលដែលមានតម្រូវពីខាងផ្នែកច្បាប់
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យ Forte ពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានក្នុងរបាយការណ៍ពេទ្យ និងកំណត់ត្រាសុខភាពដែលអាចនឹងត្រូវបានស្នើសុំ។
- ខ្ញុំយល់ព្រមថានឹងអនុញ្ញាតឲ្យ Forte ធ្វើព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទាមទារសំណងនេះទៅកាន់ប្រធានសហគមន៍ លើកលែងតែខ្ញុំមិនបានអនុញ្ញាត។
- ខ្ញុំប្រកាសថា ខ្ញុំពិតជាអ្នកជំងឺ ឬជាឪពុក ម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលរបស់អ្នកជំងឺមែន (ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមានអាយុក្រោម១៨ឆ្នាំ)
- ខ្ញុំប្រកាសថា ខ្ញុំត្រូវជា របស់អ្នកជំងឺខាងលើនេះមែន

ហត្ថលេខា និងឈ្មោះអ្នកជំងឺ ឬជាឪពុក ម្តាយ ឬអាណាព្យាបាល ឬសាច់ញាតិរបស់អ្នកជំងឺ កាលបរិច្ឆេទ