

ព័ត៌មានអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/INSURED INFORMATION

លេខកូដប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង Insured Code	<input type="text"/>	លេខទូរស័ព្ទអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង Insured Phone Number	<input type="text"/>
ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង Insured Name	<input type="text"/>		
លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/សៀវភៅគ្រួសារ/សំបុត្រកំណើត/ផ្សេងៗ National ID/Family Book/Birth Certificate/Others	<input type="text"/>		

ព័ត៌មាននៃការទាមទារសំណង/CLAIM INFORMATION

<input type="checkbox"/> ករណីព្យាបាលជំងឺ Health Treatment	<input type="text"/>	ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យព្យាបាល Hospital Name	<input type="text"/>
ថ្ងៃចូលមន្ទីរពេទ្យ Admission Date	<input type="text" value="DD / MM / YYYY"/>	ថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ Discharge Date	<input type="text" value="DD / MM / YYYY"/>
<input type="checkbox"/> ករណីមរណភាព Death	<input type="text"/>	កាលបរិច្ឆេទមរណភាព Date of Death	<input type="text" value="DD / MM / YYYY"/>
<input type="checkbox"/> ករណីគ្រោះថ្នាក់ ឬពិការភាព Accident or Disability	<input type="text"/>	កាលបរិច្ឆេទកើតហេតុ Date of Event	<input type="text" value="DD / MM / YYYY"/>
ទីកន្លែង និងពេលវេលាគ្រោះថ្នាក់ Place and Time of Accident	<input type="text"/>		
ទឹកប្រាក់ទាមទារសំណងសរុប Total Claim Amount	<input type="text"/>		

ព័ត៌មានសម្រាប់ធ្វើការទូទាត់/PAYMENT INFORMATION (ហាមកោសលុប /NO SCRATCH)

<input type="checkbox"/> ការទូទាត់តាមរយៈផ្ទេរប្រាក់ Payment by Transfer	<input type="checkbox"/> ការទូទាត់ជាសាច់ប្រាក់/មូលប្បទានបត្រ Payment by Cash/Cheque
ឈ្មោះអ្នកទាមទារ Claimant Name	លេខទូរស័ព្ទអ្នកទាមទារ Claimant Phone Number
លេខគណនី Bank Account No.	ប្រភេទរូបិយប័ណ្ណ Currency Type
ឈ្មោះធនាគារ Bank Name	ទីតាំងបើកគណនី Location
	<input type="checkbox"/> ដុល្លារ/USD <input type="checkbox"/> រៀល/RIEL <input type="checkbox"/> ភ្នំពេញ/Phnom Penh <input type="checkbox"/> ខេត្ត/Province

ខ្ញុំបាទ/ខ្ញុំ បានយល់ច្បាស់ថាករណីក្លែងបន្លំឯកសារ ឬផ្តល់វិក្កយបត្រខុសពីការពិតជាអំពើខុសច្បាប់ ហើយការទាមទារសំណងនឹងត្រូវបដិសេធដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងប្រេវ៉ៃ ឬអ្នកតំណាងអាចសាកសួរព័ត៌មានពីស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធជូនដល់អ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងៗ ដូចជា មន្ត្រីសុខាភិបាល មន្ត្រីនគរបាល និងភ្នាក់ងារផ្សេងៗ -ល-។

I am aware that submitting false claim documents and bills is an unlawful act and will result an automatic rejection of my claims. I authorize to PREVOIR insurance company or its representatives to ask for necessary information from all relevant authorities such as: medical provider, police officer, employers and all other agencies.etc.



- ព័ត៌មានទាំងអស់ត្រូវបំពេញឱ្យបានច្បាស់លាស់ និងត្រឹមត្រូវដោយមិនមានការកោសលុប
All data must be clearly and accurately fill-out without any scratched
- ព័ត៌មានដែលបានបំពេញខាងលើ គឺជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកទាមទារសំណង
All data provided above is the responsibility of the claimant
- រាល់ការប្រមូលឯកសារដែលខ្វះខាតជាបន្តបន្ទាប់របស់អ្នកទាមទារសំណង
This authorization does not mean the insurance company and/or its representative will collect missing document on behalf of the claimant

ធ្វើនៅថ្ងៃទី

ហត្ថលេខា/ស្នាមមេដៃ អ្នកទាមទារសំណង
Signature/Thumbprint claimant

ឈ្មោះ
Name