

តើក្រុមហ៊ុន ឬអង្គការរបស់លោកអ្នកបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងបេឡាសន្តិសុខសង្គម ឬទេ? Is your company/organization subscribed to the NSSF scheme?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> Yes
តើលោកអ្នកកំពុងតែទាមទារសំណង ឬមានសិទ្ធិទាមទារសំណងពីក្រុមហ៊ុន ធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកដទៃពីការរងរបួសនេះ ឬទេ? Are you making or entitled to make any other insurance or compensation claims in respect of this injury?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស សូមបញ្ជាក់ខាងក្រោម: <input type="checkbox"/> Yes, please specify below: <input type="checkbox"/> បេឡាសន្តិសុខសង្គម <input type="checkbox"/> NSSF <input type="checkbox"/> ភាគីទីបី <input type="checkbox"/> Third party <input type="checkbox"/> ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត..... <input type="checkbox"/> Other insurer.....
សរុបទឹកប្រាក់ទាមទារសំណង TOTAL CLAIMED AMOUNT		

ការអះអាង និងការផ្តល់សិទ្ធិរបស់អ្នកទាមទារសំណង
DECLARATION AND AUTHORIZATION

យើង/ខ្ញុំ សូមធានាអះអាងថា ព័ត៌មានខាងលើពិតជាត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញគ្រប់ចំណុចទាំងអស់ ។
 I/We WARRANT that the above statement and particular are correct and complete in every detail.

យើង/ខ្ញុំ អនុញ្ញាតឱ្យមន្ទីរពេទ្យ គ្រូពេទ្យ ឬអ្នកទាំងឡាយដែលបានព្យាបាលមកលើយើង/ខ្ញុំ ផ្តល់នូវព័ត៌មានទាំងអស់ដែលទាក់ទងទៅនឹងជំងឺ របួស ប្រវត្តិជំងឺ ការពិគ្រោះជំងឺ វេជ្ជបញ្ជា ឬការព្យាបាល ព្រមទាំងឯកសារពេទ្យទាំងអស់របស់យើង/ខ្ញុំ ជូនដល់ **CVI** ឬអ្នកតំណាងរបស់ **CVI** ។
 I/We authorize any hospital, physician or other person who attended me/us, to give CVI or its representative any or all information with respect to any illness or injury, medial history, consultation, prescription, or treatment, and copies of all hospital or medical records.

ហត្ថលេខា និងត្រាម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង កាលបរិច្ឆេទ Date / /
 Signature and stamp of the Insured

ហត្ថលេខាអ្នកទាមទារសំណង កាលបរិច្ឆេទ Date / /
 Signature of the Claimant

ការបញ្ជាក់សុខភាព (បញ្ជាក់ដោយគ្រូពេទ្យព្យាបាលផ្ទាល់)
MEDICAL CERTIFICATE (TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN)

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក Name of hospital/clinic		លេខទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង Contact no.	
ឈ្មោះអ្នកជំងឺ Name of patient		ភេទ Sex	<input type="checkbox"/> ប្រុស Male <input type="checkbox"/> ស្រី Female
កាលបរិច្ឆេទ-ម៉ោងចូលពេទ្យ Date & time of admission		កាលបរិច្ឆេទ-ម៉ោងចេញ Date & time of discharge	
រោគវិនិច្ឆ័យ Diagnosis			
ហត្ថលេខានិងត្រាប័ណ្ណរបស់គ្រូពេទ្យ ព្យាបាលផ្ទាល់ Signature and stamp of the attending physician		កាលបរិច្ឆេទ Date	/ /

សូមពិនិត្យមើលថា ទម្រង់នេះត្រូវបានបំពេញសព្វគ្រប់ ក្នុងករណីមានការខ្វះខាតណាមួយ នឹងអាចបណ្តាលឱ្យមានការយឺតយ៉ាវលើការធ្វើសំណងនេះ
 ប្រសិនបើមានចម្ងល់លើការបំពេញទម្រង់នេះ សូមទំនាក់ទំនងមកកាន់យើងតាមរយៈលេខទូរស័ព្ទ: ០៩៧ ៥ ៩១១ ៩១១
PLEASE CHECK THAT THIS FORM HAS BEEN FULLY COMPLETED AS ANY OMISSIONS MAY DELAY YOUR CLAIM.
 Any enquiry on the claim form completion, please contact us at 097 5 911 911