



Your belief, our responsibility

CAMBODIA-VIETNAM INSURANCE PLC.

8th Floor, Building No. 398, Monivong Blvd.,
Sangkat BeungKeng Kang 1, Khan Chamkar Mon, Phnom Penh,
Cambodia

Tel: (855) 23 212 000 Email: info@cvi.com.kh
Fax: (855) 23 215 505 Website: www.cvi.com .kh

ទំរង់ទាមទារសំណងលើសុខភាព

HEALTHCARE CLAIM FORM

ការផ្តល់ឱ្យទំរង់នេះ មិនបង្កើតជាការទទួលខុសត្រូវណាមួយ

របស់ CVI នោះឡើយ ។ សូមបំពេញត្រង់ផ្នែកទាំងអស់

The issuance of this form does not constitute an admission of liability on the part of CVI. Please complete all sections.

លេខប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policy Number	
--	--

លេខទាមទារសំណង Claim Number	
--------------------------------------	--

សេចក្តីលំអិតអំពីអ្នកត្រូវបានធានា និងអ្នកជំងឺ
INSURED AND PATIENT DETAILS

ឈ្មោះម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Name of Policyholder		លេខទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង Contact no.	
ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង Name of Insured Person		ភេទ Sex	<input type="checkbox"/> ប្រុស Male <input type="checkbox"/> ស្រី Female
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត Date of birth		មុខរបរ Occupation	
មានគ្រួសារ ឬនៅលីវ Marital Status		ប្រភេទនៃគម្រោង Type of Plan	
អ្នកជំងឺត្រូវជា Patient category	<input type="checkbox"/> ខ្លួនឯង Self <input type="checkbox"/> ប្តី/ប្រពន្ធ Spouse <input type="checkbox"/> កូន Child		

សេចក្តីលំអិតអំពីជំងឺ
ILLNESS DETAILS

រោគវិនិច្ឆ័យ Diagnosis			
ប្រភេទនៃការវះកាត់ (ប្រសិនបើមាន) Type of operation performed (if applicable)			
តើជំងឺនេះធ្លាប់បានព្យាបាលពីមុនមកទេ? Has the illness been treated before?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ សូមផ្តល់ឈ្មោះ និងទីកន្លែងធ្លាប់ព្យាបាល..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, Please provide name and address.....		
កាលបរិច្ឆេទដំបូង Date first began		កាលបរិច្ឆេទព្យាបាលដំបូង Date first treated	
តើការព្យាបាលនេះមានទាក់ទងទៅនឹងការមានភិក. ការប្រសូតបុត្រ. ការរំលូតកូន. ការរំលូតដៃ ឬទេ? Is this treatment related to pregnancy, childbirth, abortion or miscarriage?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		

សេចក្តីលំអិតអំពីការរបួស
INJURY DETAILS

កាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់ Date of accident		ម៉ោង Time		ព្រឹក am / ល្ងាច pm
ទីកន្លែងគ្រោះថ្នាក់ Place of accident				
តើការគ្រោះថ្នាក់នោះទាក់ ទងនឹងការងារដែរ ឬទេ? Is this a job-related injury?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			

សូមពិពណ៌នាអំពីគ្រោះថ្នាក់ និងមូលហេតុដែលនាំឱ្យកើតឡើង Describe the injury and how it occurred

ព័ត៌មានផ្សេងៗទៀត
OTHER INFORMATION

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក Name of Hospital/Clinic			
កាលបរិច្ឆេទចូលសំរាកពេទ្យ Date admitted		កាលបរិច្ឆេទចេញពីពេទ្យ Date discharged	
កាលបរិច្ឆេទនៃការវះកាត់ Date surgery performed			
មូលប្បទានប័ត្រសំណងគួរតែទូទាត់ជូន៖ សូមគូស <input checked="" type="checkbox"/> ក្នុងប្រអប់ណាមួយដែលត្រឹមត្រូវ Benefit cheque should be payable to: (please <input checked="" type="checkbox"/> on the boxes provided)	<input type="checkbox"/> ម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យា <input type="checkbox"/> អ្នកត្រូវបានសន្យា <input type="checkbox"/> មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក	<input type="checkbox"/> Policy holder <input type="checkbox"/> Insured Person <input type="checkbox"/> Hospital/Clinic	

ការធានាអះអាង និងការផ្តល់សិទ្ធិរបស់អ្នកទាមទារសំណង
DECLARATION AND AUTHORIZATION

យើង/ខ្ញុំ សូមធានាអះអាងថា ព័ត៌មានខាងលើពិតជាត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញគ្រប់ចំនុចទាំងអស់ ។
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
Signature and stamp of the Policyholder កាលបរិច្ឆេទ Date / /

ហត្ថលេខាអ្នកត្រូវបានធានា
Signature of the Insured Person កាលបរិច្ឆេទ Date / /

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		កាលបរិច្ឆេទ-ម៉ោងចេញ	
រោគវិនិច្ឆ័យ Diagnosis			
ហត្ថលេខានិងត្រារបស់ពេទ្យ ព្យាបាលផ្ទាល់ Signature and stamp of the attending physician		កាលបរិច្ឆេទ Date	/ /