



ទម្រង់ស្នើសុំសំណងធានារ៉ាប់រង / INSURANCE CLAIM FORM

I. ព័ត៌មានអំពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / Insured's details

| | |
|------------------------------------|--|
| ១. លេខអតិថិជន /Customer ID:..... | លេខបញ្ជីសន្យា /Policy Number:..... |
| ២. ឈ្មោះ/Name:..... | ថ្ងៃ-ខែ-ឆ្នាំកំណើត/Date of Birth:..... |
| ៣. លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ID No.:..... | Cause of Claim:..... |

II. ព័ត៌មានរបស់អ្នកស្នើសុំសំណងធានារ៉ាប់រង /Claimant's information

| | |
|--|---|
| ១. ឈ្មោះ/Name:..... | ថ្ងៃ-ខែ-ឆ្នាំកំណើត/Date of Birth: |
| ២. លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ID No.:..... | មុខរបរ/Occupation:..... |
| ៣. ទំនាក់ទំនង/Relation | លេខទូរស័ព្ទ/Tel.No:..... |
| ៤. អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន /Current Address: | |

៤. លេខគណនីធនាគារ..... ឈ្មោះគណនីធនាគារ..... ឈ្មោះធនាគារ.....
 Currency:.....
 Claim amount requested:.....

III. ព័ត៌មានអំពីការទាមទារសំណង /Claimant's information

១. ចូរពិពណ៌នាដោយសង្ខេបពីធាតុសញ្ញានៃជំងឺ ឬ គ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យដែលបានកើតឡើង/Symptoms of illness or accident or brief details of how the accident occurred:

២. កាលបរិច្ឆេទនៃជំងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ/Date of illness or accidents on:ពេលវេលា/Time.....

៣. ទីកន្លែងគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ/Place of accident:

៤. ព័ត៌មានស្តីពីការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ/ Information of hospitalization

| Hospital name | Admission date | Discharge date | Hospital location | Reason of hospitalization |
|---------------|----------------|----------------|-------------------|---------------------------|
| | | | | |
| | | | | |

