



រ៉ូយ៉ាល់ក្រុម ម៉ាយក្រូ អ៊ីនស៊ុរ៉ង់ស៊ី ភី.អិល.អិល
ផ្ទះលេខ ១៤ ផ្លូវ១០០៣ ភូមិបាយាបក្រុម៣៤ សង្កាត់ភ្នំពេញថ្មី ខណ្ឌភ្នំពេញថ្មី
ក្រុងភ្នំពេញ ប្រទេសកម្ពុជា
ទូរសព្ទ ៖ (៨៥៥) ៦១ ៤៣១ ១១១
ទំនាក់ទំនង ២៤/៧ ទូរសព្ទ ៖ (៨៥៥) ១១ ២៥៥ ២០០
សារអេឡិចត្រូនិច ៖ claim@rgi.com.kh
គេហទំព័រ ៖ www.rgi.com.kh

Royal Group Micro Insurance Plc.
No. 14, Street 1003, Phum Bayab, Sangkat Phnom Penh
Thmey, Khan Sen Sok, Phnom Penh, Cambodia.
Tel: (855) 61 431 111
Hotline 24/7: (855) 11 255 200
Email: claim@rgi.com.kh
Website: www.rgi.com.kh

ទម្រង់ស្នើសុំសំណងធានារ៉ាប់រង
INSURANCE CLAIM FORM

ផ្នែកទី១/ Section 1: ព័ត៌មានអំពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / Insured's information

១. អតិថិជនលេខ/Customer ID:..... បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងលេខ/Policy Number:.....
២. ឈ្មោះ/Name:..... ថ្ងៃ-ខែ-ឆ្នាំកំណើត/Date of Birth: លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ID No.:.....

ផ្នែកទី២/ Section 2: ព័ត៌មានរបស់អ្នកស្នើសុំសំណងធានារ៉ាប់រង / Claimant's information

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

ផ្នែកទី៣/ Section 3: ព័ត៌មានអំពីការទាមទារសំណង / Claimant's information

១. អំពីផលិតផលធានារ៉ាប់រង
☐ ផលិតផលធានារ៉ាប់រង/ Product Name.....
ប្រភេទផលិតផលធានារ៉ាប់រង/Type of Product:.....
២. ចូរពិពណ៌នាដោយសង្ខេបពីរបៀបដែលបានកើតឡើង/Symptoms of illness or accident or brief details of how the accident occurred:
.....
.....
.....
៣. កាលបរិច្ឆេទនៃជំងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ/Date of illness or accidents on: ពេលវេលា/Time.....
ទីកន្លែងគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ/Place of accident:
៤. តើលោកអ្នកធ្លាប់បានស្នើសុំទាមទារសំណងពីមុនទេ/Have you ever claimed before ☐ បាទ/Yes ☐ មិនបាទ/No
ប្រសិនបើបាទ/Yes ប្រសិនបើបាទ/Yes, which insurance product have you claimed on this policy?
៥. ថ្ងៃចូលសំណាកពេទ្យ/Admission this time at hospital/clinic dated on: ម៉ោង/Time..... រហូតដល់/Till: ម៉ោង/Time.....
រយៈពេលប៉ុន្មានថ្ងៃ?/How many days? ថ្ងៃ/Day(s) (សម្រាប់ផលិតផលធានារ៉ាប់រងបន្ថែមថ្លៃសម្រាកពេទ្យ)

ផ្នែកទី៤/ Section 4: ឯកសារត្រូវ/Claim Document

ល.រ	ត្រូវការឯកសារសម្រាប់ទាមទារសំណង	ស្លាប់ដោយ គ្រោះថ្នាក់	ស្លាប់ដោយ ជំងឺ	TPD/PPD ដោយគ្រោះ ថ្នាក់	TPD/PPD ដោយជំងឺ	ប្រាក់សម្រាក ពេទ្យ
1	ទម្រង់បែបបទស្នើសុំសំណងធានារ៉ាប់រងដែលបំពេញដោយអ្នកទទួលបាន	✓	✓	✓	✓	✓
2	ច្បាប់ថតចម្លងអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែន/សំបុត្រកំណើតរបស់អ្នកត្រូវបាន ធានារ៉ាប់រង ១ច្បាប់	✓	✓	✓	✓	✓
3	ឯកសារភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីអ្នកទទួលបាន (សៀវភៅគ្រួសារ សៀវភៅស្នាក់នៅ ឬកិច្ច សន្យាផ្ទះ)	✓	✓	✓	✓	✓
4	កំណត់ហេតុរបាយការណ៍របស់ប៉ូលីសបញ្ជាក់អំពីហេតុការណ៍	✓		✓		✓
5	ឯកសារវេជ្ជសាស្ត្រ និងរបាយការណ៍ព្យាបាលផ្សេងៗ	✓	✓	✓	✓	✓
6	រូបថតនាពេលបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង			✓	✓	
7	សំបុត្រមរណភាព	✓	✓			
8	ភស្តុតាងនៃភាពពិតដែលផ្តល់ដោយមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ			✓	✓	

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សូមធានាអះអាងថាឯកសារដែលខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំបានប្រគល់ជូនក្រុមហ៊ុនពិតជាត្រឹមត្រូវ និងពុំមានការកែប្រែឡើយ។ I declare that the documents that I have submitted to company are correct and accurate.

ហត្ថលេខាឬស្នាមម្ជុំ/Signature or Thumbprint កាលបរិច្ឆេទ/Date.....