



លេខទាមទារសំណងលើជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ
CRITICAL ILLNESS CLAIM FORM

កំណត់ចំណាំ / NOTICE

អ្នកទាមទារសំណងត្រូវបំពេញ និងឆ្លើយនូវរាល់សំណួរខាងក្រោមអោយបានពេញលេញ និងច្បាស់លាស់ មុនពេលផ្ញើឯកសារស្នើសុំការទូទាត់មក ក្រុមហ៊ុន លី ហ្គឺរ អ៊ុនស៊ុរ៉ង់ស៊ី ក្នុងអំឡុងពេល **៣០ ថ្ងៃ** គិតចាប់ពីថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ រាល់ការយឺតយ៉ាវក្នុងការដោះស្រាយសំណងដែលកើតឡើងពីការ មិនអនុវត្តតាមប្រការខាងលើ ក្រុមហ៊ុនអាចនឹងមិនធ្វើការទូទាត់សំណងជូនឡើយ។

The Claimant must fill in and answer all the relevant questions below fully and accurately then submit the relevant documents for Claim to Ly Hour Insurance Plc within 30 days from the discharged date. Any delay for claim submission caused by non-compliance of aforesaid may the LHI company will not cover or will not responsible for.

លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង		លេខទាមទារសំណង
POLICY NUMBER		CLAIMS NUMBER

▶ សេចក្តីលម្អិតអំពីអ្នកត្រូវបានធានា និងអ្នកជំងឺ (INSURED AND PATIENT DETAILS)

1	ម្ចាស់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង Name of Policyholder		ឈ្មោះអ្នកជំងឺ Name of Patient
2	ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត Date of birth		មុខរបរ Occupation
3	អ្នកជំងឺត្រូវជា The patient is	<input type="checkbox"/> ប្តី/ប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> ឪពុក/ម្តាយ <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Parent	ភេទ និងស្ថានភាពគ្រួសារ Sex & Married Status

▶ សេចក្តីលម្អិតអំពីជំងឺ (ILLNESS DETAILS)

1	កាលបរិច្ឆេទចូលមន្ទីរពេទ្យ Admission Date		កាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យ Discharged Date
2	រោគវិនិច្ឆ័យ Diagnosis		
3	ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក Hospital/Clinic's Name		

▶ សេចក្តីលម្អិតអំពីការទាមទារសំណង និងព័ត៌មានដែលពាក់ព័ន្ធ (Details of Claims and related information)

a	ឈ្មោះជំងឺធ្ងន់ធ្ងរដែលអ្នកកំពុងធ្វើការទាមទារសំណង Name of Critical Illness you are claiming for	
b	ពិពណ៌នាអំពីរោគសញ្ញានិងកាលបរិច្ឆេទនៃការចាប់ផ្តើម Describe the symptoms including date of onset	
c	តើអ្នកមានរោគសញ្ញា និងអាការៈនៃជំងឺនេះយូរប៉ុណ្ណាដែរ? How long have you been having these symptoms?	
d	ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិតដែលអ្នកបានទៅពិគ្រោះជំងឺដំបូង The name of doctor you first consulted for illness	
e	ឈ្មោះគ្រូពេទ្យដែលអ្នកបានទៅតាមដានជំងឺជាទៀងទាត់ The name of your regular doctor	

▶ ព័ត៌មានទូទៅ (General)

1 តើមានបងប្អូនសាច់ញាតិរបស់អ្នកណាម្នាក់ធ្លាប់ជំងឺប្រហាក់ប្រហែលនេះដែរឬទេ ?
 Have any of your immediate relative suffered from a similar or related illness ?

2 តើអ្នកមានជំងឺផ្សេងទៀតអត់មុនពេលអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរនេះ ? បើមាន សូមជួយផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត
 Are there any other illness/complaints suffered by you, prio to this critical illness ? If so, please give details

តើអ្នកកំពុងទាមទារសំណងលើអត្ថប្រយោជន៍ដូចគ្នាជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែរឬទេ ? បើមាន សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម
 Are you claiming for similar benefits with anoother insurance company ? If so, please state

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	ចំនួនប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍	តើបានដាក់ស្នើហើយឬនៅ?
.....
Name of Insurer	Amount of benefit	Has claim been submitted ?
.....

▶ ជម្រើសនៃការដោះស្រាយសំណង (Claim Settlement Option)

ប្រសិនបើអ្នកសុំឲ្យមានការទូទាត់សំណងខាងលើ សូមផ្តល់លេខគណនីធនាគាររបស់អ្នកនៅក្នុងតារាងខាងក្រោម។ ការទូទាត់សំណងដែលត្រូវបានទូទាត់ទៅក្នុងគណនីធនាគារនេះ (ប្រសិនបើមាន) និងត្រូវបានចាត់ទុកដូចជាបានទទួលរឹកយបត្រពីក្រុមហ៊ុន ហើយក្រុមហ៊ុននឹងមិនមានការទទួលខុសត្រូវលើការធ្វើសំណងទៀតទេ ។

If you wish for payment of the above claim (if any), please kindly state the details of your bank account, kindly state the details of your bank account in the space prescribed below. Payment made into this bank account (if any) will be deemed to be a receipted in favore or the Insurer and discharges the Insurer from further liability in respect of such payment.

1	ឈ្មោះធនាគារ Name of Bank	លេខគណនីធនាគារ Account Number
2	ឈ្មោះម្ចាស់គណនី Account Holder Name	

▶ ការប្រកាសរបស់អ្នកទាមទារសំណង (Claimant's Declaration)

ខ្ញុំសូមប្រកាសថារាល់ព័ត៌មានដែលបានបង្ហាញនៅក្នុងពាក្យទាមទារសំណងនេះ ហើយរាល់ឯកសារទាំងអស់ដែលភ្ជាប់មកជាមួយគឺពិតជាត្រឹមត្រូវនិងពេញលេញ តាមលក្ខខណ្ឌកំណត់របស់ក្រុមហ៊ុន លីហ្គឺរ អ៊ិនស្យូរេន ម.ក ។ រាល់ព័ត៌មានដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការព្យាបាលជំងឺដែលមាននៅក្នុងពាក្យស្នើសុំទូទាត់សំណងទាំងអស់គឺពិតជាពាក់ព័ន្ធនឹងការទាមទារ ។ ខ្ញុំយល់ព្រមតាមគ្រប់លក្ខខណ្ឌដែលក្រុមហ៊ុនបដិសេធការធ្វើសំណង ក្នុងករណីផ្តល់ឯកសារមិនគ្រប់គ្រាន់ ឬមិនត្រឹមត្រូវ ឬផ្តល់ព័ត៌មានពិត។

I hereby declare that the information disclosed in this form and in all documents in support of this form is true and complete and that I have not withheld from LyHour any information within my knowledge with regard to the loss which would be relevant to the claim. I accordingly understand and agree that the Insurer may reject the claim pursuant to this form and supporting documents(s) submitted are incomplete and/or not in order OR the information in the supporting document(s) in supporting document(s) in support is untrue.

ហត្ថលេខាអ្នកទាមទារសំណង Claimant's Signature	:	ហត្ថលេខាសាក្សី Wetness's Signature
--	---	---------------------------------------

ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង	:	ឈ្មោះរបស់សាក្សី
Claimant's Full Name	:	Witness's Full Name
លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ	:	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ
ID number	:	ID number
កាលបរិច្ឆេទ	:	កាលបរិច្ឆេទ
Date	:	Date