

ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង អង្គរ វ៉ែរ
Angkor Care Claim Form
吴哥医疗险索赔申请表

ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងនេះ មិនមែនជាការទទួលយកការទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងឡើយ។
The issue of this form is not an admission of liability by the Insurers. 本索赔申请表并不能视作保险公司已承认有赔偿的责任。
វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការផ្តល់ចម្លើយដែលពេញលេញរាល់សំណួរទាំងអស់។
It is very important that a complete answer is to be given to every question. 每个问题的完整回答对本索赔申请是非常重要的。

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / Insured's Details / 被保险人详情

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង / Policy No. / 保单号码 _____ ប្រភេទនៃគម្រោង / Type of Plan / 计划 _____
ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានា / Insured Name / 被保险人 _____
លេខទូរស័ព្ទ / Telephone No. / 电话号码 _____ អាសយដ្ឋាន / Address / 地址 _____

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្នកទាមទារសំណង / Claimant's Details / 申请索赔人详情

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ / Patient's Name / 病人姓名 _____
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត / Date of Birth / 出生日期 _____
ភេទ / Sex / 性别 ☐ ប្រុស / Male / 男 ☐ ស្រី / Female / 女 ☐ នៅលើវី / Single / 单身 ☐ រៀបការហើយ / Married / 已婚
អ្នកទាមទារសំណងត្រូវជា / The Claimant is / 申请索赔人是：
☐ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / Insured Person / 被保险人 ☐ ប្តី/ប្រពន្ធ / Spouse / 夫妻 ☐ កូន / Kid / 孩子
លេខទូរស័ព្ទ / Telephone No. / 电话号码 _____
អាសយដ្ឋាន / Address / 地址 _____

ព័ត៌មានលម្អិតនៃបណ្តឹងទាមទារសំណង / Claim's Details / 索赔详情

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក / Name of Hospital or Clinic / 医院名称 _____
កាលបរិច្ឆេទចូលសម្រាកពេទ្យ ថ្ងៃទី _____ ខែ _____ ឆ្នាំ _____ ម៉ោង _____ ព្រឹក / ថ្ងៃ _____
Admission Date / 入院日期: dd/日 _____ mm/月 _____ yy/年 _____ Time/时间 _____ am / pm 上午 / 下午
កាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ថ្ងៃទី _____ ខែ _____ ឆ្នាំ _____ ម៉ោង _____ ព្រឹក / ថ្ងៃ _____
Discharged Date / 出院日期: dd/日 _____ mm/月 _____ yy/年 _____ Time/时间 _____ am / pm 上午 / 下午
រោគវិនិច្ឆ័យ / Diagnosis / 诊断 _____
សូមផ្តល់សេចក្តីលម្អិតនៃហេតុការណ៍ដែលបានកើតឡើង / Give detail of circumstances incurred / 请详细说明发生的情况:

ការប្រកាស / Declaration / 声明

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំសូមប្រកាសថា រាល់សេចក្តីលម្អិតខាងលើគឺជាការពិត និងពេញលេញ។ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំសូមទទួលស្គាល់ថា ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងមានសិទ្ធិក្នុងការ
បដិសេធការទទួលខុសត្រូវដោយផ្នែក ឬទាំងស្រុង ប្រសិនបើចម្លើយដែលបានសរសេរខាងលើជាការមិនពិត ឬមានបំណងក្លែងបន្លំក្នុងទិដ្ឋភាពណាមួយ។
I/We hereby declare that these particulars are true and complete. I/We accept that insurers would be at liberty to deny
liability in part or in full if the above written answers are false or inaccurate in any aspect.
我/我们谨声明上述提供的所有详细说明是真实和完整。如果上述书面回答有任何不真实或不正确的信息，我/我们同意保险公司有
权拒绝承担部分或全部责任。
ហត្ថលេខា ឈ្មោះ និងត្រាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង

Signature, Name and Stamp of Insured
被保险人签字、姓名与盖章

កាលបរិច្ឆេទ / Date / 日期

