



PEOPLE & PARTNERS

INSURANCE PLC

INNOVATION IN INSURANCE

បែបបទទាមទារសំណងសុខភាព និងគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល

HEALTHCARE AND PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM

医疗和个人意外索赔表

អ្នកទាមទារសំណងត្រូវបំពេញបែបបទនេះឲ្យបានពេញលេញ និងច្បាស់លាស់ព្រមទាំងភ្ជាប់ជាមួយឯកសារច្បាប់ដើមដែលបញ្ជាក់រាល់ការព្យាបាលផ្សេងៗ និងវិក្កយប័ត្ររបស់មន្ទីរពេទ្យដែលទាក់ទង ទៅនឹងការថ្កោលទាមទារសំណង នៃប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងទៅឲ្យក្រុមហ៊ុនក្នុងកំឡុងពេល៧ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ រាល់ការយឺតយ៉ាវក្នុងការដោះស្រាយសំណងដែលបណ្តាលមកពីការមិនអនុវត្តតាមប្រការខាងលើសំណងទាំងអស់នោះ នឹងមិនត្រូវបានទូទាត់ដោយក្រុមហ៊ុនឡើយ។

The claimant must answer all the questions fully and accurately and, together with original confirmed hospital bills and receipts for items to be claimed under the policy, submit them to People & Partners Insurance (Cambodia) within seven (7) days from the date of discharge.

Any delay in settlement of claim caused by non-compliance of aforesaid may the company will not cover this claim.

索赔人必须完整准确地回答所有问题, 并连同所有在保单下索赔的原始确认的医院账单和收据, 在出院之日起七 (7) 天内提交给 PPI 保险(柬埔寨)。任何因不遵守上述规定而导致的索赔结算延迟, 本公司将不予赔付。

១. ប្រភេទធានារ៉ាប់រង / Type of insurance / 保险类型: សុខភាព / Healthcare / 医疗 គ្រោះថ្នាក់បុគ្គល / Personal Accident / 人身意外

២. ព័ត៌មានលម្អិតរបស់អ្នកទាមទារសំណង / Claimant Details / 索赔人详情

• ឈ្មោះម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង / Policy Holder / 保单持有人:
• លេខប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង / Policy No / 保单号: ឈ្មោះគម្រោង / Plan / 方案:
• ឈ្មោះអ្នកជំងឺ / Patient Name / 患者姓名: អាយុ / Age / 年龄: ភេទ / Sex / 性别: (.....) ប្រុស / Male / 男 (.....) ស្រី / Female / 女
• ឈ្មោះរបស់និយោជិក / Employee Name / 员工姓名: ទូរស័ព្ទ / Phone No / 电话号码:
• ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកនៅក្រោមបន្ទុក / Relationship of Dependant / 受养人关系: (.....) ឪពុក/ម្តាយ / Father/Mother / 父亲/母亲 (.....) ប្តី/ប្រពន្ធ / Husband/Wife / 丈夫/妻子 (.....) កូនប្រុស / Son / 儿子 (.....) កូនស្រី / Daughter / 女儿

ឈ្មោះធនាគារ / Bank Name / 银行名称 ឈ្មោះគណនី / Account Name / 账户名称 លេខគណនី / Bank Account / 银行账户

៣. ព័ត៌មានជំងឺ និងគ្រោះថ្នាក់ / Sickness and accident detail / 疾病与意外详情

ករណីសុខភាព / Healthcare Claims / 医疗索赔
• រោគសញ្ញា ឬ អាការៈ / Symptom / 症状:
• ថ្ងៃចូលពេទ្យ / Date Admitted / 入院日期: ម៉ោង / Time / 时间: ថ្ងៃចេញពីពេទ្យ / Date Discharged / 出院日期: ម៉ោង / Time / 时间:
• រោគវិនិច្ឆ័យ / Diagnosis / 诊断:

ករណីគ្រោះថ្នាក់ / Accident Claims / 意外索赔
• ថ្ងៃគ្រោះថ្នាក់ / Accident Date / 事故发生日期: ម៉ោង / Time / 时间: (ព្រឹក / AM / 上午) / (ល្ងាច / PM / 下午)
• ថ្ងៃចូលពេទ្យ / Date Admitted / 入院日期: ម៉ោង / Time / 时间: ថ្ងៃចេញពីពេទ្យ / Date Discharged / 出院日期: ម៉ោង / Time / 时间:
• មូលហេតុគ្រោះថ្នាក់ / Cause of Accident / 意外原因:

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ សូមធានាអះអាងថា ខ្លឹមសារខាងលើគឺពិតប្រាកដនិងត្រឹមត្រូវឥតក្លែងបន្លំ។ / We WARRANT that the above content is true and accurate. 我/我们保证以上内容真实准确。

កាលបរិច្ឆេទ និង ហត្ថលេខារបស់វេជ្ជបណ្ឌិត Date and Signature of Medical Practitioner / 医生日期和签名

កាលបរិច្ឆេទ និង ហត្ថលេខារបស់អ្នកទាមទារសំណង Date and Signature of Claimant / 索赔人日期和签名