
Personal Accident Claim Form

បែបបទទាមទារសំណងលើគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល

THIS FORM IS ISSUED WITHOUT ADMISSION OF LIABILITY AND IT MUST BE COMPLETED AND RETURNED TO THE COMPANY IMMEDIATELY, WHETHER OR NOT A CLAIM IS MADE.

បែបបទនេះធ្វើឡើងដោយគ្មានការទទួលយកការទទួលខុសត្រូវហើយត្រូវតែបំពេញ និងប្រគល់ទៅអោយក្រុមហ៊ុនវិញភ្លាមៗទោះជាមាន ឬគ្មានការទាមទារសង ។

Claim No. ការទាមទារលេខ		Insured's Name ឈ្មោះអ្នកបានធានា	
Claimant's Name ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង		Telephone No. លេខទូរស័ព្ទ	
Address អាសយដ្ឋាន			
Policy No. ប័ណ្ណលេខ		Expiry Date ថ្ងៃផុតកំណត់	Has the premium been paid? Yes / No តើបង់ប្រាក់ធានាហើយ ឬ ទេ? បង / មិនទាន់
Are there any other insurance in force which would cover this in whole or in part? Yes / No if yes, please advise តើមានធានារ៉ាប់រងណាផ្សេងទៀតនៅពេលនេះ ដែលធានាលើរឿងនេះទាំងស្រុង ឬមួយផ្នែកណានោះ? មាន / អត់ បើមានសូមបញ្ជាក់			
Name of Insurer ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន			
Policy Detail ភាពលម្អិតនៃប័ណ្ណ			

DETAIL OF OCCURRENCE សេចក្តីលម្អិតដែលបានកើតឡើង

Date of Accident កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់		Time ម៉ោង	AM / PM ព្រឹក / ល្ងាច
When was the accident reported to you (if applicable) ពេលណាដែលករណីគ្រោះថ្នាក់ត្រូវបានរាយការណ៍ដល់អ្នក (បើមាន)		Time ម៉ោង	AM / PM ព្រឹក / ល្ងាច
Place of accident ទីកន្លែងគ្រោះថ្នាក់			

Please state full particulars how accident occurred
សូមបញ្ជាក់លម្អិតស្តីពីគ្រោះថ្នាក់ដែលបានកើតឡើង

.....

.....

.....

.....

Please describe nature of injury
សូមបញ្ជាក់លម្អិតស្តីពីរបួស

Was another person, in your opinion, responsible for your accident? Yes / No if yes please advise
តាមគំនិតរបស់អ្នកតើមានអ្នកដែលអាចទទួលខុសត្រូវលើករណីគ្រោះថ្នាក់របស់អ្នកដែរ ឬ ទេ? មាន / អត់ បើមានសូមបញ្ជាក់

Name ឈ្មោះ		Address អាសយដ្ឋាន	
---------------	--	----------------------	--

Name and address of the doctor attending / ឈ្មោះ និង អាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានព្យាបាល

Name ឈ្មោះ		Address អាសយដ្ឋាន	
---------------	--	----------------------	--

TOTAL AMOUNT CLAIMED / ទឹកប្រាក់សរុបដែលត្រូវទាមទារ

I/We the insured do solemnly and sincerely declare that I/We have complied with the conditions and warranties (if any) of the policy and in no manner deliberately caused the said loss or damage or sought unjustly to benefit thereby by and fraud or wilful misrepresentation and that the information show on this form is true and that I/We have not any information relating to this claim

ខ្ញុំ/យើង ជាអ្នកត្រូវបានធានាសូមអះអាងយ៉ាងម៉ឺងម៉ាត់ថាខ្ញុំ/យើង ធ្វើតាមលក្ខខណ្ឌ (បើសិនមាន) នៃប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងហើយគ្មានបំណងយកផលប្រយោជន៍ដ៏មិនស្របច្បាប់ដែលបានពិណនាទេ ហើយសូមបញ្ជាក់ ថាពិតមានដែលមានក្នុងទម្រង់នេះគឺពិតជាពិតក្នុងក្តាយ ហើយសូមអះអាងម្តងទៀតថាខ្ញុំ/យើង មិនបានលាក់បាំងពិតមានណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធចំពោះការទាមទារសំណងនេះទេ ។

Date / កាលបរិច្ឆេទ: Signature and company stamp / ហត្ថលេខា និងត្រារបស់ក្រុមហ៊ុន :