
Student Personal Accident Claim Form

បែបបទទាមទារសំណងលើគ្រោះថ្នាក់សិស្ស

THIS FORM IS ISSUED WITHOUT ADMISSION OF LIABILITY AND IT MUST BE COMPLETED AND RETURNED TO THE COMPANY

បែបបទនេះធ្វើឡើងដោយគ្មានការទទួលយកការទទួលខុសត្រូវ ហើយត្រូវតែបំពេញ និងប្រគល់ទៅអោយ

IMMEDIATELY, WHETHER OR NOT A CLAIM IS MADE.

ក្រុមហ៊ុនវិញ្ញាណប្រាក់នេះមាន ឬគ្មានការទាមទារសង

WHAT TO DO IN THE EVENT OF A CLAIM

តើត្រូវធ្វើដូចម្តេចនៅពេលទាមទារសង

1. Attach medical certificate / or medical report

សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវលិខិតពេទ្យ / របាយការណ៍ពេទ្យ

2. Attach police report if any

សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវរបាយការណ៍ប៉ូលីស (ប្រសិនបើមាន)

1. Claim No. ការទាមទារលេខ	2. Client No. អតិថិជនលេខ	3. Policy No. ប័ណ្ណលេខ	4. Account No. គណនីលេខ
---------------------------	--------------------------	------------------------	------------------------

5. THE INSURED អ្នកត្រូវបានធានា

Name of Student ឈ្មោះសិស្ស		Age អាយុ Sex ភេទ	<input type="checkbox"/> M ប្រុស <input type="checkbox"/> F ស្រី
Address អាសយដ្ឋាន		Post Code កូដប៊ូស្តិ	
Name of Parents/Guardian ឈ្មោះ ឪពុក ម្តាយ ឬ អាណាព្យាបាល		Tel no. ទូរស័ព្ទ	Mobile Home
Address អាសយដ្ឋាន		Post Code កូដប៊ូស្តិ	
Name of School ឈ្មោះសាលា		Class Level ថ្នាក់ទី	

6. DETAILS OF LOSS DAMAGE OR OCCURRENCE ភាពលំអិតនៃការបាត់បង់ខូចខាត រឺហេតុការណ៍

Date of accident កាលបរិច្ឆេទនៃ គ្រោះថ្នាក់	Time វេលា	A.M./P.M. ព្រឹក/ល្ងាច
When was the accident reported to you កាលបរិច្ឆេទនៃ គ្រោះថ្នាក់	Time វេលា	A.M./P.M. ព្រឹក/ល្ងាច
Place of accident ទីកន្លែងនៃ គ្រោះថ្នាក់		
Please state full particulars how loss, Damage or Accident occurred សូមបញ្ជាក់លំអិតអោយពេញលេញនូវហេតុការណ៍ដែលបណ្តាលអោយមានការបាត់បង់ការខូចខាត រឺគ្រោះថ្នាក់.....		
Please describe Nature of Injury សូមរៀបរាប់ពីលក្ខណៈនៃការខូចខាតរឺរបួស		
Was there a witness/or witnesses to this event. YES/NO If reply is YES, please give full details. តើមានសាក្សីចំពោះហេតុការណ៍នេះទេ មាន/អត់ បើអ្នកឆ្លើយមាន សូមផ្តល់ព័ត៌មានលំអិត		
Name ឈ្មោះ		
Address អាសយដ្ឋាន	Telephone No. ទូរស័ព្ទលេខ	
Name and address of the doctor attending to your child or student ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានគ្រូពេទ្យដែលមើលថែទាំកូន រឺសិស្សរបស់អ្នក		
PLEASE ATTACH MEDICAL CERTIFICATE AND/OR REPORT សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវលិខិតពេទ្យ និង/រឺរបាយការណ៍ពេទ្យ		
PLEASE ATTACH POLICE REPORT (IF ANY) សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវរបាយការណ៍ប៉ូលីស (ប្រសិនបើមាន)		

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 any fraud or wilful misrepresentation and that the information shown on this form is true and that I/We have not concealed any information relating to this claim.
ខ្ញុំ /យើងជាអ្នកត្រូវបានធានាសូមអះអាងយ៉ាងម៉ឺងម៉ាត់ថា ខ្ញុំ/យើងធ្វើតាមលក្ខខណ្ឌ (បើសិនមាន) នៃប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងហើយគ្មានបំណង និងយកផលប្រយោជន៍ចំណេញពីអ្វីដែលពិណនាមកហើយ តាមរយៈការក្លែងបន្លំ រឺកុហកឡើយ ហើយសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានដែលមានក្នុងទម្រង់នេះ គឺពិតគត់ក្លែងក្លាយ ហើយសូមអះអាងម្តងទៀតថា ខ្ញុំ/យើងមិនបានលាក់បាំងព័ត៌មានណាមួយ ដែលពាក់ព័ន្ធ ចំពោះការទាមទារសំណងនេះឡើយ ។

Date កាលបរិច្ឆេទ:.....
Signature/Stamp ហត្ថលេខា/ត្រារបស់សាលា: