



បែបបទទាមទារសំណង

Claim Form

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

លេខនៃការទាមទារ Claim No		ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានា Insured's Name	
លេខទូរស័ព្ទ Telephone No		ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង Claimant's Name	
អាសយដ្ឋាន Address		លេខកាតនិស្សិត Student ID	
លេខប័ណ្ណ Policy No		កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ Expiry Date	
តើមានធានារ៉ាប់រងណាផ្សេងទៀតទេ ដែលធានាលើគ្រោះថ្នាក់នេះទាំងស្រុង ឬមួយផ្នែកណាមួយ? មាន / អត់ បើមានសូមបញ្ជាក់ Are there any other insurance in force which would cover this accident in whole or in part? Yes / No if yes, please advise			
ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន Name of Insurer			
សេចក្តីលម្អិតនៃប័ណ្ណ Policy Detail			

សេចក្តីលម្អិតដែលបានកើតឡើង DETAIL OF OCCURRENCE

កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់ Date of accident		ម៉ោង Time	
ទីកន្លែងគ្រោះថ្នាក់ Place of accident			
សូមបញ្ជាក់សេចក្តីលម្អិតពីគ្រោះថ្នាក់ដែលបានកើតឡើង Please state full particulars how accident occurred			
សូមបញ្ជាក់សេចក្តីលម្អិតពីរបួស Please describe nature of injury			
តាមគំនិតរបស់អ្នក តើមានអ្នកផ្សេងដែលត្រូវទទួលខុសត្រូវលើករណីគ្រោះថ្នាក់របស់អ្នកដែរ ឬ ទេ? មាន / អត់ បើមានសូមបញ្ជាក់ advise Was another person, in your opinion, responsible for your accident? Yes / No if yes please			
ឈ្មោះ Name		អាសយដ្ឋាន Address	
ឈ្មោះ និង អាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានព្យាបាល / Name and address of attending doctor			
ឈ្មោះ Name		អាសយដ្ឋាន Address	
ទឹកប្រាក់សរុបដែលត្រូវទាមទារ Total Amount Claimed			
ខ្ញុំ/យើង ជាអ្នកត្រូវបានធានាសូមអះអាងយ៉ាងម៉ឺងម៉ាត់ថា ខ្ញុំ/យើងធ្វើតាមលក្ខខណ្ឌ (បើសិនមាន) នៃប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង ហើយគ្មានបំណងទាញយកផលប្រយោជន៍ ចំណេញដោយចេតនាដោយការបន្លំ ឬបំភាន់ដោយប្រការណាមួយ ។ ខ្ញុំ/យើងសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានដែលមានក្នុងទម្រង់នេះគឺពិតជាត្រឹមត្រូវ ហើយមិនបានលាក់បាំង ព័ត៌មានណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការទាមទារសំណងនេះទេ ។ 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.			
Date / កាលបរិច្ឆេទ: Signature and university stamp / ហត្ថលេខា និងត្រារបស់សាលា:			