

---

# Traveller Claim Form

## បែបបទទាមទារសំណងសំរាប់អ្នកធ្វើដំណើរ

---

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 ។

### WHAT TO DO IN THE EVENT OF A CLAIM

តើត្រូវធ្វើដូចម្តេចនៅពេលទាមទារសង

1. Attach all quotations obtained for replacement of or repair to the damaged or missing property.  
ភ្ជាប់មកជាមួយនូវក្រដាសស្រង់តម្លៃសំរាប់សម្ភារៈដាក់ជំនួស រឺការជួសជុលសម្ភារៈដែលខូចខាតរឺបាត់បង់
2. Attach valuations and receipt for purchases whenever possible.  
ភ្ជាប់មកជាមួយនូវតម្លៃប៉ាន់ស្មាន និងបង្កាន់ដៃនៃការទិញ នៅពេលដែលអាចធ្វើទៅបាន
3. Advise police immediately in the event of loss by Burglary, Housebreaking, theft, Suspected Malicious Damage, Travellers Baggage.  
ប្រាប់ប៉ូលិសភ្លាមៗនៅពេលមានការបាត់បង់ដោយចោរកាត់បង់ចូលផ្ទះ ការកាត់ផ្ទះ ការលួច ការខូចខាតបណ្តាលមកពីគំនុំដែលខ្លួនសង្ស័យ ឥវ៉ាន់ធ្វើដំណើរ
4. Attach any letter of demand or other correspondence that you may receive from any third party.  
ភ្ជាប់មកជាមួយនូវលិខិតទាមទារ រឺឯកសារផ្សេងៗ ដែលអ្នកទទួលបានពីភាគីទី 3
5. Do not make any admission of liability for loss or damage caused by you to third parties.  
មិនត្រូវទទួលយកការទទួលខុសត្រូវភ្លាម ចំពោះការបាត់បង់ រឺខូចខាតដែលអ្នកបានធ្វើចំពោះភាគីទី3

**SECTIONS A & B must be completed in Full.** ផ្នែក A & B ត្រូវបំពេញអោយពេញលេញ  
**OTHER SECTIONS TO BE COMPLETED where applicable.** ផ្នែកផ្សេងៗទៀតត្រូវបំពេញបើសិនជាពាក់ព័ន្ធ

<b>SECTION A</b> ផ្នែក A			
<b>POLICY NUMBER</b> លេខប័ណ្ណ		<b>INSURED PERSON'S FULL NAME</b> ឈ្មោះពេញនៃអ្នកត្រូវបានធានា	
<b>HOME ADDRESS &amp; POSTCODE</b> អាសយដ្ឋាន និង កូដប៊ុស្តិ			
<b>DATE OF BIRTH</b> កាលបរិច្ឆេទកំណើត D / M / Y ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ	<b>OCCUPATION</b> មុខងារ	<b>SEX</b> ភេទ Male ប្រុស Female ស្រី	<b>TELEPHONE NUMBER</b> លេខទូរស័ព្ទ Home ផ្ទះ : Office ការិយាល័យ :
<b>ARE THERE ANY OTHER POLICIES OF INSURANCE IN FORCE COVERING YOU IN RESPECT OF THIS EVENT?</b> តើមានប័ណ្ណរ៉ឺការធានារ៉ាប់រងណាផ្សេងទៀតដែលធានារ៉ាប់រងអ្នកនៅពេលមានហេតុការណ៍នេះទេ? No ទេ Yes មាន If yes, please give details and amount recovered or recoverable. បើមានសូមលំអិតព័ត៌មាន និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលទាមទារបាន			
<b>SECTION B - DETAILS OF LOSS, DAMAGE OR OCCURRENCE</b> ផ្នែក B : ព័ត៌មានលំអិតពីភាពបាត់បង់ ការខូចខាត រឺហេតុការណ៍			
<b>EXACT PLACE WHERE INCIDENT, LOSS, ACCIDENT OR ILLNESS OCCURRED:</b> ទីកន្លែងកើតហេតុពិតប្រាកដ នៃការបាត់បង់ គ្រោះថ្នាក់ រឺជំងឺ			
<b>Date</b> កាលបរិច្ឆេទ :		<b>Time</b> ម៉ោង : am / pm ព្រឹក/ល្ងាច	
<b>Description of the incident, loss, accident or illness:</b> ពិណនាខុបខ្ទុវហេតុ ការបាត់បង់ គ្រោះថ្នាក់ រឺជំងឺ			
<b>NAME AND ADDRESS OF ANY ONE WITNESS:</b> ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាននៃសាក្សីណាម្នាក់			
<b>Name</b> ឈ្មោះ		<b>Address</b> អាសយដ្ឋាន	
<b>SECTION C - MEDICAL EXPENSES, PERSONAL ACCIDENT AND ADDITIONAL EXPENSES</b> ផ្នែក C : ចំណាយលើវេជ្ជសាស្ត្រ គ្រោះថ្នាក់រាងកាយ និង ចំណាយផ្សេងៗ			
<b>1. STATE NATURE OF INJURY/ILLNESS</b> សូមបញ្ជាក់អំពីស្ថានភាពនៃរបួស ឬជំងឺ			
<b>2. HAVE YOU EVER SUFFERED THIS OR SIMILAR CONDITION OR A RECURRENCE OF A PREVIOUS INJURY OR ILLNESS?</b> តើអ្នកធ្លាប់ទទួលគ្រោះថ្នាក់ ឬមានជំងឺបែបនេះពីមុនមកដែរទេ ? No ទេ Yes មាន If yes, give full details បើមានសូមផ្តល់ព័ត៌មានលំអិត			
<b>3. STATE NATURE OF ADDITIONAL EXPENSES, IF APPLICABLE</b> បញ្ជាក់អំពីចំណាយផ្សេងៗប្រសិនបើមាន			
<b>4. STATE AMOUNT CLAIMED ( attach account/medical certificate and other documents in support of your claim)</b> បញ្ជាក់អំពីចំនួនដែលទាមទារ (ភ្ជាប់មកជាមួយនូវវិក័យបត្រ របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ និងឯកសារផ្សេងៗទៀតដើម្បីជាជំនួយដល់ការទាមទាររបស់អ្នក) US\$			
<b>5. STATE AMOUNT RECOVERED OR RECOVERABLE FROM ANY OTHER SOURCE</b> US\$ បញ្ជាក់អំពីចំនួនដែលបានឬនឹងត្រូវបានទទួលពីប្រភពផ្សេង			
<b>6. NAME AND ADDRESS OF YOUR USUAL ATTENDING PHYSICIAN</b> ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានគ្រូពេទ្យព្យាបាល Name ឈ្មោះ Address អាសយដ្ឋាន			

**SECTION D - DEPOSITS & CANCELLATION CHARGES/CURTAILMENT EXPENSES**

ផ្នែក D : ការខាតបង់ទៅលើប្រាក់កក់

**1. WHEN AND WHERE WAS HOLIDAY BOOKED?** តើកន្លែងលំហែកាយដែលបានកក់នៅឯណា ?

**2. INTENDED DEPARTURE DATE** ថ្ងៃដែលគំរោងនិងចេញដំណើរ

**3. DATE OF TRIP CANCELLED** ថ្ងៃដែលការធ្វើដំណើរត្រូវលប់ចោល

**4. WHY WAS THE TRIP CANCELLED? ( If due to illness, attach medical certificate)**

មូលហេតុដែលការធ្វើដំណើរត្រូវលប់ចោល (សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវវិញ្ញាបនប័ត្រពេទ្យ ប្រសិនបើដោយសារជំងឺ)

**5. AMOUNT PAID BY YOU** US\$

ទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបានចំណាយ

**AMOUNT RECOVERABLE FROM ALL SOURCES ( attach documents)** US\$

ទឹកប្រាក់ដែលទទួលបានពីប្រភពដទៃ (សូមភ្ជាប់ជាមួយនូវឯកសារទាក់ទង)

**6. AMOUNT CLAIMED** ទឹកប្រាក់ទាមទារ US\$

**SECTION E - BAGGAGE, PERSONAL EFFECTS AND PERSONAL MONEY**

ផ្នែក E : ហិបតវ៉ាន់ ទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន និង ប្រាក់ផ្ទាល់ខ្លួន

**1. WHICH COUNTRY'S POLICE WERE ADVISED? STATE POLICE STATION AND ATTACH COPY REPORT** តើប៉ូលីសនៃប្រទេសណាដែលបានផ្តល់ព័ត៌មាន ? បញ្ជាក់ពីឈ្មោះការិយាល័យ និង ភ្ជាប់មកជាមួយនូវរបាយការណ៍ប៉ូលីស

**2. HAVE YOU LODGED A CLAIM OR COMPLAINT AGAINST ANY CARRIER/AIRLINE OR OTHER AUTHORITY FOR THE LOSS OR DAMAGE TO YOUR PROPERTY?**

តើអ្នកបានដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ក្រុមហ៊ុនដឹកជញ្ជូន ក្រុមហ៊ុនអាកាសចរណ៍ ឬអាជ្ញាធរដទៃអំពីការបាត់បង់ ឬខូចខាតទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នកដែរឬទេ ?

**No** ទេ      **Yes** មាន      **If yes, give full details and attach copies of correspondence** បើមានសូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត និងភ្ជាប់ជាមួយឯកសារទាក់ទង

**Airline** .....

ក្រុមហ៊ុនអាកាសចរ

**Claim Number** .....

លេខទាមទារសំណង

**3. PLEASE PROVIDE DETAILS OF AMOUNTS CLAIMED AND ATTACH RECEIPT(S)**

( If insufficient space, please provide details in separate sheets)

សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតទ្រព្យសម្បត្តិ និងចំនួនដែលទាមទារ ព្រមទាំងភ្ជាប់នូវវិក័យបត្រ (បើតារាងសរសេរមិនគ្រាប់គ្រាន់សូមភ្ជាប់តារាងផ្សេងទៀត)

Item/Description ទ្រព្យសម្បត្តិ	When & Where Purchased ទីកន្លែង និងពេលវេលាទិញ	Original Purchase Price តំលៃដើម	Price Depreciation for Wear & Tear តំលៃរំលោភសំរាប់ការប្រើប្រាស់ និងសិក្រិវិល	Amount Claim ទឹកប្រាក់ទាមទារ
------------------------------------	---	---------------------------------------	--	---------------------------------

a)

b)

c)

d)

e)

f)

g)

**SECTION F - BAGGAGE DELAY, TRAVEL DELAY AND AIRCRAFT HIJACK**

ផ្នែក F : ការយឺតយ៉ាវនៃការដឹកជញ្ជូន ការចេញដំណើរ និង ការប្តូរយន្តហោះ

**1. ORIGINAL TIME, DATE AND PLACE OF DEPARTURE** ពេលវេលា និងទីកន្លែងដែលនឹងត្រូវចេញដំណើរ

**Time** ម៉ោង : **am / pm** ព្រឹក/ល្ងាច **Date** ថ្ងៃ : **(D/M/Y)** ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ

**Place** ទីកន្លែង :

---

**2. ORIGINAL FLIGHT NUMBER AND AIRLINE OF DEPARTURE** ក្រុមហ៊ុនអាកាសចរ និងលេខជើងយន្តហោះដែលនឹងត្រូវចេញដំណើរ

**Flight Number** លេខជើងយន្តហោះ : **Airline** ក្រុមហ៊ុនអាកាសចរ :

---

**3. ACTUAL TIME, DATE AND PLACE OF DEPARTURE** ពេលវេលា និងទីកន្លែងពិតប្រាកដនៃការចេញដំណើរ

**Time** ម៉ោង : **am / pm** ព្រឹក/ល្ងាច **Date** ថ្ងៃ : **(D/M/Y)** ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ

**Place** ទីកន្លែង :

---

**4. ACTUAL FLIGHT NUMBER AND AIRLINE OF DEPARTURE** ក្រុមហ៊ុនអាកាសចរ និងលេខជើងយន្តហោះពិតប្រាកដនៃការចេញដំណើរ

**Flight Number** លេខជើងយន្តហោះ : **Airline** ក្រុមហ៊ុនអាកាសចរ :

---

**5. PLEASE ENCLOSE** សូមភ្ជាប់ជាមួយនូវឯកសារដូចខាងក្រោម

(1) **LETTER FROM AIRLINES ON THE CAUSE AND DETAILS TO SUBSTANTIATE CLAIM**  
របាយការណ៍ពីក្រុមហ៊ុនអាកាសចរអំពីហេតុការណ៍ដែលនាំអោយមានការទាមទារនេះ

(2) **BOARDING PASS**  
សំបុត្រយន្តហោះ

(3) **REPORTS PERTAINING TO THE AIRCRAFT HIJACK, WHERE APPLICABLE.**  
របាយការណ៍ទាក់ទងនឹងការប្តូរយន្តហោះ

**SECTION G - PERSONAL LIABILITY**

ផ្នែក G : ការទទួលខុសត្រូវផ្ទាល់ខ្លួន

**1. NAME AND ADDRESS OF INJURED OR OWNER OF DAMAGED PROPERTY**

ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានជនរងរបួស ឬម្ចាស់ទ្រព្យខូចខាត

**Name** ឈ្មោះ **Address** អាសយដ្ឋាន

---

**2. IF THE INJURED PERSON OR OWNER OF DAMAGED PROPERTY IN YOUR EMPLOY, OR A RELATIVE TO YOU?**

តើជនរងរបួស ឬម្ចាស់ទ្រព្យខូចខាតត្រូវជាបុគ្គលិក ឬសាច់ញាតិរបស់អ្នកដែរឬទេ ?

**No** ទេ **Yes** ត្រូវជា **If yes, please give full details** បើត្រូវ សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត

---

**3. HAS ANY CLAIM BEEN MADE UPON YOU?** តើមានការទាមទារសងដល់អ្នកទេ ?

**No** អត់ **Yes** មាន **If yes, state detail and attach with this form ALL COMMUNICATION received.**  
បើមានសូមលម្អិត និងភ្ជាប់មកជាមួយបែបបទដែលទាក់ទង

I/We the Insured Person/s 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 willful misrepresentation and that the information shown on this form is true and I/We have not concealed any information relating to this claim.

ខ្ញុំ /យើងជាអ្នកត្រូវបានធានាត្រូវអះអាងយ៉ាងម៉ឺងម៉ាត់ថា ខ្ញុំ/យើងធ្វើតាមលក្ខខណ្ឌ (បើសិនមាន) នៃប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងហើយគ្មានបំណង និងយកផលប្រយោជន៍ចំណេញពីអ្វីដែលពិណាសមកហើយ តាមរយៈការក្លែងបន្លំរកុហកឡើយ ហើយសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានដែលមានក្នុងទម្រង់នេះ គឺពិតគត់ក្នុងក្រាម ហើយសូមអះអាងម្តងទៀតថា ខ្ញុំ/យើងមិនបានលាក់បាំងព័ត៌មានណាមួយ ដែលពាក់ព័ន្ធចំពោះការទាមទារសងនេះ ។

I/We hereby authorise any hospital, physician and any other person/s who has attended or examined me/us, to furnish to the Company, or its authorised representative, any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records. A photostat copy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

ខ្ញុំ /យើងសូមផ្តល់សិទ្ធិទៅមន្ទីរពេទ្យ គ្រូពេទ្យឬអ្នកដទៃដែលបានព្យាបាល ខ្ញុំ/យើងក្នុងការផ្តល់ទៅកាន់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងព័ត៌មានទាំងឡាយណាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺ ឬរបួស ប្រវត្តិជំងឺ ការពិគ្រោះ វេជ្ជបញ្ជា ឬការព្យាបាល និងឯកសារមន្ទីរពេទ្យទាំងអស់ ។ ច្បាប់ចម្លងនៃការផ្តល់សិទ្ធិនេះអាចយកជាការធានាដូចច្បាប់ដើម ។

Date: \_\_\_\_\_ Insured Person's Signature: \_\_\_\_\_