



ផ្នែកទី១ : ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង
SECTION I: DETAILS OF THE INSURED INFORMATION

ឈ្មោះពេញនៃអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង Insured person's full name:		លេខប័ណ្ណសន្យាធានារ៉ាប់រង Insurance Certificate No:	
អាសយដ្ឋាន និងលេខកូដប៊ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ Home address & post code:			
ភេទ / Sex:	មុខរបរ Occupation:	ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត Date Of Birth:	លេខទូរស័ព្ទ Telephone No.
ប្រុស / Male <input type="checkbox"/>			
ស្រី / Female <input type="checkbox"/>			

តើមានប័ណ្ណសន្យាធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលមានសុពលភាពធានាលើហេតុការណ៍នេះដែរឬទេ?
Are there any other policies of insurance in force covering you in respect of this event?

បាទ ចាស/Yes ទេ /No

បើឆ្លើយថាបាទ ចាស សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលទទួលបាន ឬដែលអាចនឹងទទួលបានត្រលប់មកវិញដូចតទៅ:
If yes, please provide the following details and amount recovered or recoverable

.....

.....

.....

ផ្នែកទី២ : ព័ត៌មានលម្អិតពីឧប្បត្តិហេតុ ការបាត់បង់ ការខូចខាត ឬជំងឺ
SECTION II: DETAIL OF INCIDENT, LOSS, DAMAGE OR SICKNESS

កាលបរិច្ឆេទ និងពេលវេលាដែលឧប្បត្តិហេតុ ការបាត់បង់ ការខូចខាត ឬជំងឺបានកើតឡើង Exact date and time where incident, loss, damage or sickness occurred:	
ទីកន្លែងនៃការបាត់បង់ ខូចខាត ឬ ហេតុការណ៍ដែលបានកើតឡើង Place where the loss, damage or occurrence occurred	
ពណ៌នាពីឧប្បត្តិហេតុ ការបាត់បង់ ការខូចខាត ឬជំងឺ Description of the incident, loss, damage or sickness:	
.....	
.....	
.....	
.....	

ឈ្មោះ និង អាសយដ្ឋាននៃសក្ខីណាម្នាក់ Name and address of any witness	ឈ្មោះ Name:	
	អាសយដ្ឋាន Address:	

ផ្នែកទី៣ : ចំណាយលើវេជ្ជសាស្ត្រ គ្រោះថ្នាក់ផ្ទាល់ខ្លួន និងចំណាយបន្ថែមផ្សេងៗ
SECTION III: MEDICAL EXPENSES, PERSONAL ACCIDENT AND ADDITIONAL EXPENSES

សូមបញ្ជាក់អំពីស្ថានភាពនៃរបួស ឬជំងឺ
 State nature of injury or sickness:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

តើអ្នកធ្លាប់មានរបួសបែបនេះ ឬស្ថានភាពស្រដៀងគ្នានេះ ឬការកើតឡើងវិញនៃរបួស ឬជំងឺដែលធ្លាប់មានពីមុនមកដែលឬទេ?
 Have you ever suffered this or similar condition or a recurrence of a previous injury or sickness?

បាទ ចាស/Yes ទេ /No បើឆ្លើយថាបាទ ចាស សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតពីរបួស ឬជំងឺនោះ
 If yes, please provide details of any injury or sickness

.....

.....

.....

.....

បញ្ជាក់អំពីចំណាយបន្ថែមផ្សេងៗ ប្រសិនបើមាន
 Please state the additional expenses, if any

.....

.....

.....

.....

បញ្ជាក់អំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលទាមទារ (ភ្ជាប់មកជាមួយនូវវិក្កយបត្រ របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ និង ឯកសារផ្សេងៗ ទៀតដើម្បីជាជំនួយដល់ការទាមទាររបស់អ្នក) Please state the amount claimed by attaching the receipts, medical report and other documents to support your claim	USD.....
---	----------

បញ្ជាក់អំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបាន ឬនឹងត្រូវទទួលបានមកវិញពីប្រភពផ្សេងៗ Please state the amount recovered or recoverable from any other source	USD.....
--	----------

ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានគ្រូពេទ្យព្យាបាល
 Name and address of the physician treating you.

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

ផ្នែកទី៤ : ការខាតបង់បណ្តាលមកពីការលុបចោលការធ្វើដំណើរ
SECTION IV: DEPOSITS / CANCELLATION CHARGES

តើកន្លែងដែលអ្នកបានកក់ដើម្បីសម្រាកលម្អៃកាយនៅឯណា និងនៅពេលណា?
 Where and When was holiday place booked?

កាលបរិច្ឆេទ Date:
ទីកន្លែង Place:

កាលបរិច្ឆេទចេញដំណើរដែលបានគ្រោង Intended departure date:
--	-------

កាលបរិច្ឆេទដែលការធ្វើដំណើរត្រូវបានលុបចោល Date of the trip was cancelled:
---	-------

មូលហេតុដែលការធ្វើដំណើរត្រូវបានលុបចោល (សូមភ្ជាប់ឯកសារយោង)
 Why was the trip cancelled? (Please attach reference documents)

.....

.....

.....

បញ្ជាក់អំពីប្រភពនៃការចំណាយ និងទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបានចំណាយ
 Please state the detail of expense and amount paid:

ប្រភពនៃការចំណាយ The details of expenses	ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានចំណាយ The amount paid:
a)	USD.....
b)	USD.....
c)	USD.....
d)	USD.....

ទឹកប្រាក់ដែលអាចទទួលបានមកវិញពីប្រភពដទៃផ្សេងទៀត (សូមភ្ជាប់ជាមួយឯកសារដែលពាក់ព័ន្ធ) Amount recoverable from any other sources (please also attach the relevant documents)	USD.....
--	----------

ទឹកប្រាក់ទាមទារ Amount claimed	USD.....
-----------------------------------	-------------------

ផ្នែកទី៥ : ការបញ្ចប់ការដំណើរមុនកាលកំណត់
SECTION V: TRIP CURTAILMENT

តើកន្លែងដែលអ្នកបានកក់ដើម្បីសម្រាកលម្អៃកាយនៅឯណា និងនៅពេលណា?
 Where and When was holiday place booked?

កាលបរិច្ឆេទ Date:
ទីកន្លែង Place:

កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ការធ្វើដំណើរដែលបានគ្រោង Intended curtailment date:
--	-------

កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ការធ្វើដំណើរជាក់ស្តែង Actual curtailment date:
មូលហេតុដែលការធ្វើដំណើរត្រូវបានបញ្ចប់មុនកាលកំណត់ (សូមភ្ជាប់ឯកសារយោង) Why was the trip curtailed? (please attach reference documents)	
.....	
បញ្ជាក់អំពីប្រភពនៃការចំណាយ និងទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបានចំណាយ Please state the detail of expense and amount paid:	
ប្រភពនៃការចំណាយ The details of expenses	ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានចំណាយ The amount paid:
a)	USD.....
b)	USD.....
c)	USD.....
d)	USD.....
ទឹកប្រាក់ដែលអាចទទួលបានមកវិញពីប្រភពដទៃផ្សេងទៀត (សូមភ្ជាប់ជាមួយឯកសារដែលពាក់ព័ន្ធ) Amount recoverable from any other sources (please also attach the relevant documents)	USD.....
ទឹកប្រាក់ទាមទារ Amount claimed	USD.....
ផ្នែកទី៦ : វ៉ាលី ទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន និងប្រាក់ផ្ទាល់ខ្លួន SECTION VI: BAGGAGE, PERSONAL EFFECTS AND PERSONAL MONEY	
តើប៉ូលីសនៃប្រទេសណាដែលអ្នកបានផ្តល់ព័ត៌មានពីការបាត់បង់ ឬខូចខាត? សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះការិយាល័យ និងភ្ជាប់មកជាមួយនូវរបាយការណ៍ប៉ូលីស Which country's police were advised about damage or loss? Please state the police station and attach a copy of police report	
.....	
តើអ្នកបានដាក់ពាក្យទាមទារសំណងទៅកាន់ក្រុមហ៊ុនដឹកជញ្ជូន ឬ ក្រុមហ៊ុនអាកាសចរណ៍ អំពីការបាត់បង់ ឬ ខូចខាតទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នកដែរឬទេ? Have you lodged a claim or complaint against any carrier/airline for the loss or damage to your property?	
<input type="checkbox"/> បាទ ចាស /Yes <input type="checkbox"/> ទេ/No ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ ចាស សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត និងភ្ជាប់ជាមួយឯកសារដែលពាក់ព័ន្ធ If yes, please provide the details and attach the relevant documents	
ក្រុមហ៊ុនដឹកជញ្ជូន ឬក្រុមហ៊ុនអាកាសចរណ៍ Carrier / Airline
លេខពាក្យទាមទារសំណង Claim Number
កាលបរិច្ឆេទដាក់ពាក្យទាមទារសំណង Date of the claim was lodged

សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតពីទ្រព្យសម្បត្តិ និងចំនួនទឹកប្រាក់ទាមទារ ព្រមទាំងភ្ជាប់ជាមួយវិក្កយបត្រ (បើកន្លែងបំពេញមិនគ្រប់ សូមភ្ជាប់តារាងលម្អិតបន្ថែមដោយឡែក)

Please provide details of amounts claimed and attach receipt(s) (if insufficient space, please provide details in separate sheets)

ទ្រព្យសម្បត្តិ Item/Description	ទីកន្លែង និង ពេលវេលាទិញ Place and Date of purchase	តម្លៃដើម Original Purchase Price	តម្លៃរំលោះលើការប្រើប្រាស់ និងសិក្សាចរិល Depreciation of Wear and Tear	ទឹកប្រាក់ទាមទារ Amount Claimed
.....
.....
.....
.....

ចំនួនទឹកប្រាក់ទាមទារសរុប Total Amount Claimed
--	-------

ផ្នែក ៦: ការពន្យារពេលមកដល់នៃវ៉ាលី ការពន្យារពេលហោះហើរ និងការប្លន់យន្តហោះ
SECTION VI: BAGGAGE DELAY, FLIGHT DELAY AND HIJACK

ពេលវេលា និងទីកន្លែងដែលវ៉ាលីគ្រោងនឹងបញ្ជូនមកដល់ទីតាំងដែលបានកំណត់
 Original time, date, and place of arrival the baggage

ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ DD/MM/YYYY	ម៉ោង Time	ព្រឹក / AM <input type="checkbox"/> ល្ងាច /PM <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------	--------------	-------	---

ទីកន្លែង
Place

.....

ពេលវេលា កាលបរិច្ឆេទ និងទីកន្លែងដាក់ស្តែងដែលវ៉ាលីបានបញ្ជូនមកដល់ទីតាំង
 Original time, date, and place of arrival the baggage

ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ DD/MM/YYYY	ម៉ោង Time	ព្រឹក / AM <input type="checkbox"/> ល្ងាច /PM <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------	--------------	-------	---

ទីកន្លែង
Place

.....

ពេលវេលា កាលបរិច្ឆេទ និងទីកន្លែងដែលគ្រោងនឹងចេញដំណើរ
 Original time, date and place of departure

ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ DD/MM/YYYY	ម៉ោង Time	ព្រឹក / AM <input type="checkbox"/> ល្ងាច /PM <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------	--------------	-------	---

ទីកន្លែង
Place

.....

ក្រុមហ៊ុនអាកាសចរណ៍ និងលេខដើមយន្តហោះដែលគ្រោងនឹងចេញដំណើរ
 Airline and original flight number of departures

ក្រុមហ៊ុនអាកាសចរណ៍ Airline	លេខដើមយន្តហោះ Flight Number
-------------------------------	-------	--------------------------------	-------

ពេលវេលា កាលបរិច្ឆេទ និងទីកន្លែងជាក់ស្តែងនៃការចេញដំណើរ
 Actual time, date and place of departure

ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ DD/MM/YYYY	ម៉ោង Time	ព្រឹក / AM <input type="checkbox"/> ល្ងាច /PM <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------	--------------	-------	---

ទីកន្លែង Place
-------------------	-------

ក្រុមហ៊ុនអាកាសចរណ៍ និងលេខជើងយន្តហោះដែលគ្រោងនឹងចេញដំណើរ
 Airline and original flight number of departures

ក្រុមហ៊ុនអាកាសចរណ៍ Airline	លេខជើងយន្តហោះ Flight Number
-------------------------------	-------	--------------------------------	-------

ផ្នែក ៧: ការទទួលខុសត្រូវផ្ទាល់ខ្លួន
SECTION VII: PERSONAL LIABILITY

ឈ្មោះភាគីទីបី Name of Third Party:	លេខទូរស័ព្ទ Telephone No.
---------------------------------------	-------	------------------------------	-------

អាសយដ្ឋាន Address:
-----------------------	-------

តើអ្នករបួស ឬម្ចាស់ទ្រព្យសម្បត្តិដែលខូចខាតជានិយោជិតរបស់អ្នក ឬជានិយោជិតរបស់អ្នកម៉ៅការ ឬអ្នកម៉ៅការបន្ត ឬបងប្អូនរបស់អ្នកដែរឬទេ?
 Is the injured person or owner of damaged property in your employ or in the employ of any contractor or sub-contractor or your relative?

<input type="checkbox"/> ត្រូវជា/YES <input type="checkbox"/> ទេ/NO, ប្រសិនបើត្រូវជា សូមបញ្ជាក់លម្អិត If yes, please give the details:
---	-------

តើមាននគរបាលបានចូលរួមក្នុងឧប្បត្តិហេតុនេះដែរឬទេ?
 ទេ/NO ចូលរួម/YES ប្រសិនបើចូលរួម សូមបញ្ជាក់លម្អិតពីព័ត៌មានខាងក្រោម:
 Did a Police Officer attend the accident/incident? If yes, please give the details as following:

ខ្ញុំ/យើងជាអ្នកត្រូវបានធានា សូមប្រកាសយ៉ាងម៉ឺងម៉ាត់ និងដោយស្មោះត្រង់ថា ខ្ញុំ/យើងបានធ្វើតាមលក្ខខណ្ឌ និងការធានា (ប្រសិនបើមាន) នៃប័ណ្ណសន្យាធានារ៉ាប់រងហើយមិនបានបង្កឲ្យមានការខូចខាត ឬបាត់បង់ដោយចេតនា ឬមានបំណងស្វែងរកផលប្រយោជន៍ដែលមិនសមរម្យពីការទាមទារសំណងនេះ តាមរយៈការក្លែងបន្លំ ឬកុហកដោយចេតនាឡើយ។ ខ្ញុំ/យើងសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មាននៅក្នុងបែបបទនេះគឺជាព័ត៌មានពិតគត ក្លែងក្លាយ ហើយខ្ញុំ/យើងមិនបានលាក់បាំងព័ត៌មានណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធចំពោះការទាមទារសំណងនេះឡើយ។
 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/យើងសូមផ្តល់សិទ្ធិទៅមន្ទីរពេទ្យ គ្រូពេទ្យ ឬ អ្នកដទៃទៀតដែលព្យាបាលខ្ញុំ/យើងក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានទាំងឡាយណាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងរបួស ប្រវត្តិជំងឺ ការពិគ្រោះ វេជ្ជបញ្ជា ឬការព្យាបាល និងឯកសារមន្ទីរពេទ្យទាំងអស់ទៅក្រុមហ៊ុន ឬអ្នកតំណាងស្របច្បាប់របស់ក្រុមហ៊ុន។ ច្បាប់ចម្លងនៃលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិនេះអាចយកជាការបានដូចច្បាប់ដើម។
 I/We hereby authorize any hospital, physician and any other person/s who has attended or examined me/us, to furnish to the Company, or its authorized representative, any and all information with respect to any injuries, medical history, consultation, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records. A Photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

កាលបរិច្ឆេទ: Date	ហត្ថលេខារបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង: Insured Person's Signature:
----------------------	-------	---	-------

សូមភ្ជាប់ឯកសារដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការទាមទារសំណងនីមួយៗ ដូចខាងក្រោម
Please enclose the relevant documents to each claim as following:

សម្គាល់ : សូមគូសសញ្ញា ក្នុងប្រអប់ចំពោះឯកសារដែលអ្នកអាចផ្តល់ឲ្យយើង

Notes: Please tick in the box if the required documents could be provided.

- របាយការណ៍ប៉ូលីស អាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ច និងក្រុមហ៊ុនអាកាសចរណ៍អំពីហេតុការណ៍ដែលនាំអោយមានការទាមទារនេះ
Police, authority and airline report on the occurrence that led to this claim
- លិខិតបញ្ជាក់ពីគ្រូពេទ្យ និងឯកសាររបស់មន្ទីរពេទ្យដែលពាក់ព័ន្ធ
Doctor Certificate and relevant medical documents
- វិក្កយបត្រនៃការជួសជុល ទិញអីវ៉ាន់ដែលបានខូចខាត ឬបាត់បង់ច្បាប់ដើម
The original receipt of repairing or buying the damaged or lost items
- សំបុត្រឡើងយន្តហោះ កាលវិភាគនៃការធ្វើដំណើរ និងព័ត៌មានលម្អិតនៃការទូទាត់លើប្រាក់កក់
Boarding Pass, Travel Itinerary, Payment Detail of Booking
- របាយការណ៍ទាក់ទងនឹងការប្លន់យន្តហោះ
Reports pertaining to the Aircraft Hijack, Where applicable
- ច្បាប់ថតចម្លងនៃលិខិតឆ្លងដែន
A copy of passenger's passport