

សំរាប់ក្រុមហ៊ុនតែប៉ុណ្ណោះ/For Office Use Only

ការិយាល័យចេញលិខិតធានារ៉ាប់រង:

Issuing Office:

កាលបរិច្ឆេទនៃការបោះពុម្ព:.....

Date of Issue:

លេខទាមទារសំណង:.....

Claim No.:

MOTOR VEHICLE/CYCLE INSURANCE CLAIM FORM

ការបោះពុម្ពនៃទំព័រនេះមិនមែនជាតំណាងទុកជាការទទួលយកការទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងទេ ។

The issuing of this form is not to be taken as an admission of liability by the Insurers.

វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការផ្តល់ចម្លើយដែលពេញលេញរាល់សំណួរទាំងអស់។ ប្រសិនបើមិនមានកន្លែងគ្រប់គ្រាន់សំរាប់ចម្លើយរបស់អ្នកទេ សូមបន្តលើក្រដាសផ្សេងទៀត។

It is very important that a complete answer to be given to every question. If insufficient space is provided for your answer, please continue on a separate sheet.

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/Insured's Details	
ឈ្មោះបុគ្គលដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង: រ៉ាប់រង: Name of insured:	
អាសយដ្ឋាន: Address:	
លេខទូរស័ព្ទ: Telephone:	លេខទូរស័ព្ទដៃ: Mobile No:
កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់នៃប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង: Policy Expiry Date:	ប្រភេទនៃប័ណ្ណសន្យាធានារ៉ាប់រង: Terms of Cover:
ព័ត៌មានលម្អិតអំពីយានយន្ត/Vehicle Details	
ឆ្នាំផលិត Year of Manufacture	ម៉ូដែល Make & Model
លេខតួ/សាកស៊ី VIN/Chassis No.	ស្លាកលេខ Registration No.
លេខម៉ាស៊ីន Engine No.	ពណ៌ Color
ឈ្មោះម្ចាស់យានយន្ត Name of owner of vehicle:	
បញ្ជាក់ពីប្រភេទ និងទំងន់ផ្ទុក State type and weight of load being carried	
តើយានយន្តជាប់ទាក់ទងជាមួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុទេ? (បញ្ចាំ/លិខិតលក់/ជួល ទិញ/ជួល) Is vehicle subject to Finance? (Mortgage/Bill of Sale/Hire purchase Lease)	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស / <input type="checkbox"/> ទេ / No Yes
បើមាន សូមបញ្ជាក់/If yes, give details	
ឈ្មោះ: Name	សាខា Branch

លេខទំនាក់ទំនង (បើមាន)/Contact No. (If known)	
ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្នកបើកបរ/Driver's Details	
ឈ្មោះអ្នកបើកបរ: Driver's Name:	
អាសយដ្ឋាន Address	
ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត/Date of birth	លេខទូរស័ព្ទ/Tel
លេខប័ណ្ណបើកបរ Driver's license No. (For Motor vehicle only)	ប្រភេទ Classes
ចេញដោយ Issuing authority	កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់/Expiry date / /
<input type="checkbox"/> ក្រសួងមហាផ្ទៃ/Ministry of Interior <input type="checkbox"/> ក្រសួងការពារជាតិ/ Ministry of Defense <input type="checkbox"/> ក្រសួងសាធារណការ និង ដឹកជញ្ជូន/Ministry of Public Works and Transport	
ពិការភាព: <input type="checkbox"/> មាន/Have <input type="checkbox"/> គ្មាន/Not Disability:	
ប្រភេទនៃប័ណ្ណបើកបរ <input type="checkbox"/> ជាតិ/National <input type="checkbox"/> ជនពិការ/Disable Person <input type="checkbox"/> គ្មាន/Not Type of license:	
ប្រសិនបើអ្នកជាជនពិការតើយានយន្តរបស់អ្នកមានការកែច្នៃដែរឬទេ ? If you are disabled person, is your vehicle remodeled?	
<input type="checkbox"/> ប្រាំង/Brake pedal <input type="checkbox"/> ដៃចង្កូត/Steering wheel <input type="checkbox"/> ចង្កឹះលេខ/Gearstick <input type="checkbox"/> ហ្គាស/Gas pedal <input type="checkbox"/> កៅអី/Chair <input type="checkbox"/> កង់/Wheel <input type="checkbox"/> គ្មាន/Not	
ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកបើកបរ នឹងបុគ្គលដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង Relationship of driver to insured	
<input type="checkbox"/> បុគ្គលិក <input type="checkbox"/> ផ្ទាល់ខ្លួន <input type="checkbox"/> អ្នកទទួលការ <input type="checkbox"/> សាច់ញាតិ <input type="checkbox"/> មិត្តភក្តិ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ Employee Self Sub-Contractor Relative Friend Other	
តើអ្នកបើកបរមានស្ថិតក្រោមឥទ្ធិពលគ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹងទេ នៅពេលមានគ្រោះថ្នាក់ ? Was the driver under the influence of any drug or alcohol at the time of the accident? មាន/Yes <input type="checkbox"/> ទេ/No <input type="checkbox"/>	
ព័ត៌មានលម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់/Accident's Details	
កាលបរិច្ឆេទ និងពេលវេលានៃការផ្តល់ដំណឹងជូនក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង Date and Time of informed:	
កាលបរិច្ឆេទ/Date: / /	ម៉ោង/ Time: ព្រឹក/ល្ងាច am/pm
កាលបរិច្ឆេទ និងពេលវេលានៃគ្រោះថ្នាក់ Date and Time of accident:	
កាលបរិច្ឆេទ/Date: / /	ម៉ោង/ Time: ព្រឹក/ល្ងាច Am/Pm
ទីកន្លែងជាក់លាក់នៃការកើតហេតុ/Exact location where accident occurred	
ទីតាំង	ផ្លូវ ឃុំ/សង្កាត់ ស្រុក/ខណ្ឌ ខេត្ត/ក្រុង
ល្បឿនយានយន្តឬក៏ទោចក្រយានយន្តនៅពេលមានគ្រោះថ្នាក់ Speed of your vehicle / motorbike at time of accident	គីឡូម៉ែត្រ/ម៉ោង KM/hour
អាកាសធាតុ និងស្ថានភាពផ្លូវ Weather and road conditions	
គោលបំណងនៃការធ្វើដំណើរនៅពេលមានគ្រោះថ្នាក់ ?/ Purpose of travel at the time of accident.	
<input type="checkbox"/> មុខជំនួញ/Business <input type="checkbox"/> ការិយាល័យ/Office <input type="checkbox"/> គ្រួសារ/Domestic <input type="checkbox"/> លំហែកាយ/Pleasure <input type="checkbox"/> សង្គម/Social	
ចូរពណ៌នាអំពីគ្រោះថ្នាក់ដែលបានកើតឡើង/Describe in detail how the accident occurred	

សកម្មភាពមន្ត្រីនគរបាលចរាចរណ៍លើអ្នក ឬ អ្នកបើកបរ/Police, Traffic and other action against you or driver

តើមាននិរន្តរភាពមានត្រួតពិនិត្យគ្រោះថ្នាក់ផ្ទាល់ដែរឬទេ/Did police attend accident and take particulars?

☐ មាន/Yes☐ គ្មាន/No

តើអ្នកបើកបរមានរាយការណ៍ពីគ្រោះថ្នាក់ដល់មន្ត្រីនគរបាលដែរឬទេ/Has driver report accident to the police?

☐ មា/Yes

☐ คำน/S/No

បើមាន សូមបញ្ជាក់/If yes, give details

ក្បាលបង្កើត៩

អាំង

ឆ្នាំ/ថ្ងៃ

សំណុំរឿង៖ ០០២/២០១៧

លេខពាក្យប្រតិបត្តិ

Date _____

Time

am/pm

Police station

Report No.

ការខូចខាតលើយានយន្តដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/Damage to insured vehicle/ cycle

សូមផ្តល់ព័ត៌មានសង្ខេបលំអិតពីការខូចខាត ឬ បាត់បង់/Give brief details of loss or damage to your damage

តើតំលៃជសជលបានទទួលហើយឬនៅ ?

Has a repair quotation been obtained?

☐ Yes/Yes☐ ទេ/No

(ប្រសិនបើមានសមភាព) តំលៃ៖

(If yes, please attach) Amount

ដុល្លារ/ US\$

បុគ្គលផ្សេងទៀតក្នុងគ្រោះថ្នាក់នេះ:/Others persons involved in this accident

ចំនួនយានយន្តពាក់ព័ន្ធ/Number of other vehicle involved

មាស់យានយន្តដទៃ/Owner of other vehicle/cycle

ឈ្មោះ/Name

អាសយដ្ឋាន/Address

អ្នកបើកបរយានយន្តដ៏ទៃនោះ (បើសិនមិនមែនជាមាស់)

The driver of other vehicle/ cycle (if not owner)

លេខទូរស័ព្ទ/Tel

ឈ្មោះ/Name

អាសយដ្ឋាន/Address

សមផលព័ត៌មានសង្ខេបលំអិតពីការខូចខាត បញ្ចាត់បង់នៃយានយន្តដ៏ថ្លៃ បរទេសសមតិ

Give brief details of loss or damage to other vehicle/ cycle or property

លេខទូរស័ព្ទ/ Tel

--	--

ការបញ្ជាក់/ Declaration

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំសូមប្រកាសថាព័ត៌មានទាំងឡាយដែលបានផ្តល់ជូននេះ គឺជាការពិត តាមការដឹង និង ការជឿជាក់របស់ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ហើយខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ មិនមានឥរិយាបថធ្វើអោយបាត់បង់ ឬ ដោយការក្លែងបន្លំ ឬ ការមិនបានបរិយាយ ដើម្បីទទួលបានផលប្រយោជន៍ឡើយ។ ខ្ញុំសូមទទួលស្គាល់ថាក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងមានសិទ្ធិក្នុងការដោះស្រាយទទួលខុសត្រូវលើផ្នែក ឬ ទាំងស្រុង ប្រសិនបើចម្លើយដែលបាន សរសេរខាងលើនេះ គឺជា ការមិនពិត ឬ មិនត្រឹមត្រូវក្នុងទស្សនៈណាមួយ ។

I/We hereby declare that these particulars are true to the best of my/our knowledge and belief and I/we have in no manner caused the loss nor by any fraud or misrepresentation sought to benefit thereby. I accept that insurers would be at liberty to deny liability in part or in full if the above written answers are false or inaccurate in any aspect.

ហត្ថលេខា និងត្រារបស់ក្រុមហ៊ុន/អង្គការបុគ្គលដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង
Signature & Company Stamp of Insured

ឈ្មោះ/Name	កាលបរិច្ឆេទ/Date
លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ID Card No.	មុខតំណែង/Designation

❖ **សូមប្រគល់ទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងមកកាន់ People & Partners Insurance PLC.** ក្នុងអំឡុងពេល ៧ ថ្ងៃ (លុះត្រាតែកិច្ចសន្យាបញ្ជាក់ពីរយៈពេលខ្លី ជាងនេះ) បន្ទាប់ពីការបាត់បង់ ឬ ការខូចខាត នៃផែនការ ព័ត៌មានលំអិត សៀវភៅ បង្កាន់ដៃ ច្បាប់ចម្លង ឬ ច្បាប់ចម្លង ភស្តុតាង ឬ ព័ត៌មាន សំរាប់ការទាមទារសំណង ឬ ប្រភព ឬ មូលហេតុនៃគ្រោះថ្នាក់ ការបាត់បង់ ឬ ការខូចខាត ។ ក្រុមហ៊ុននឹងមិនធ្វើការពិចារណាចំពោះការសងដំណើរ ចិត្ត លុះត្រាតែខែចុង នៃលក្ខខណ្ឌនេះត្រូវបានអនុវត្តដោយ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ។

❖ **Please return this claim form to People & Partners Insurance** within 7 days (unless the policy specifies to shorter period) after the loss or damage with plans, specifications, books, vouchers, invoices, duplicates or copies thereof, proof and information with respect to the claim and the origin or cause of the accident, loss or damage. The company will not consider the payment of compensation unless the terms of this Condition have been complied with by the Insured.

កាលបរិច្ឆេទ និងហត្ថលេខាអ្នកទាមទារសំណង
Date and Signature of Claimant