



Claim Application Form

បែបបទទាមទារសំណង

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.

បែបបទនេះធ្វើឡើងដោយគ្មានការទទួលយកការទទួលខុសត្រូវ ហើយត្រូវតែបំពេញនិងប្រគល់ទៅអោយក្រុមហ៊ុនវិញភ្លាមៗ ទោះជាមានឬគ្មានការទាមទារសំណង ។

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

DETAIL OF OCCURRENCE សេចក្តីព័ត៌មានដែលបានកើតឡើង

Date of Accident កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់		Time ម៉ោង	
Place of accident ទីកន្លែងគ្រោះថ្នាក់			
Please state full particulars how accident occurred សូមបញ្ជាក់សេចក្តីព័ត៌មានពីគ្រោះថ្នាក់ដែលបានកើតឡើង			
Please describe nature of injury សូមបញ្ជាក់សេចក្តីព័ត៌មានពីរបួស			
Was another person, in your opinion, responsible for your accident? Yes / No if yes please advise តាមគំនិតរបស់អ្នក តើមានអ្នកផ្សេងដែលត្រូវទទួលខុសត្រូវលើករណីគ្រោះថ្នាក់របស់អ្នកដែរ ឬ ទេ? មាន / អត់ បើមានសូមបញ្ជាក់			
Name ឈ្មោះ		Address អាសយដ្ឋាន	
Name and address of attending doctor/ ឈ្មោះ និង អាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានព្យាបាល			
Name ឈ្មោះ		Address អាសយដ្ឋាន	
Total Amount Claimed ទឹកប្រាក់សរុបដែលត្រូវទាមទារ			

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/យើង ជាអ្នកត្រូវបានធានាសូមអះអាងយ៉ាងម៉ឺងម៉ាត់ថា ខ្ញុំ/យើងធ្វើតាមលក្ខខណ្ឌ (បើសិនមាន) នៃប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង ហើយគ្មានបំណងទាញយកផលប្រយោជន៍ ចំណេញដោយចេតនាដោយការបន្លំ ឬបំភាន់ដោយប្រការណាមួយ ។ ខ្ញុំ/យើងសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានដែលមានក្នុងទម្រង់នេះគឺពិតជាត្រឹមត្រូវ ហើយមិនបានលាក់បាំង ព័ត៌មានណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការទាមទារសំណងនេះទេ ។

Date / កាលបរិច្ឆេទ:
.....

Signature and university stamp / ហត្ថលេខា និងត្រារបស់សាធា: