



បែបបទទាមទារសំណងលើធានារ៉ាប់រងហានិភ័យលើអាជីវកម្មធនាគារ

BANKERS BLANKET BOND INSURANCE CLAIM FORM

1/ ព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / POLICYHOLDER INFORMATION

Form with 3 rows: Name, Occupation, Address and Policy Number, Phone Number, E-mail.

2/ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់ / DETAILS OF INCIDENT

Form with 3 sections: Time & Date of Incident, Place where the incident occurred, and detailed description of the incident.

3/ បុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងគ្រោះថ្នាក់នេះ / PERSON RESPONSIBLE FOR THE INCIDENT

Form with 3 rows: Responsibility question with Yes/No options, Name, and Address.

4/ សាក្សី / WITNESSES

ឈ្មោះ / Name	លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number
អាសយដ្ឋាន / Address	
ការផ្តល់សាក្សីភាពរបស់សាក្សី / Statement of Witness	

5/ ការទទួលខុសត្រូវតាមផ្លូវច្បាប់ / LEGAL LIABILITY

តើអ្នកជាអ្នកបង្កហេតុក្នុងករណីគ្រោះថ្នាក់នេះមែន ឬ ទេ? <span style="float:right;">មាន <input type="checkbox"/> អត់ <input type="checkbox"/></span> Are you responsible for the incident? <span style="float:right;">Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>	
ឈ្មោះរបស់អ្នករងរបួស ឬ ម្ចាស់ទ្រព្យសម្បត្តិដែលខូចខាត Name of injured person or owner of damaged property	ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នក និង អ្នករងរបួស ឬ ម្ចាស់ទ្រព្យសម្បត្តិដែលខូចខាត Relationship between you and the injured person or owner of the damaged property
លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number	អាសយដ្ឋាន / Address
តើជនរងគ្រោះបានដាក់លិខិតទាមទារសំណងពីអ្នកដែរ ឬ ទេ? <span style="float:right;">មាន <input type="checkbox"/> អត់ <input type="checkbox"/></span> Did the victim submit an official claim to you? <span style="float:right;">Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span> ប្រសិនបើ "មាន" សូមផ្តល់អោយយើងនូវលិខិតទាមទារសំណង និង ព័ត៌មានលំអិតទាក់ទងនឹងការទាមទារសំណងនោះ If "Yes", please give us a copy of their official claim and all other relevant information of their claim	

6/ ការបាត់បង់ដោយអំពើចោរកម្ម / BURGLARY OR THEFT LOSS

នៅពេលបាត់បង់ តើបរិវេណត្រូវបានទុកទំនេរចោលអស់រយៈពេលប៉ុន្មានហើយ? At the time of loss how long had the premises been unoccupied?	នៅពេលណាដែលអ្នកបានឃើញទ្រព្យសម្បត្តិចុងក្រោយ? When was the property last seen by you?
តើបរិវេណរបស់អ្នកមានបំពាក់កាមេរ៉ាសុវត្ថិភាពដែរ ឬ ទេ? <span style="float:right;">មាន <input type="checkbox"/> អត់ <input type="checkbox"/></span> Do you have any CCTV (Closed-Circuit Television) at your premises? <span style="float:right;">Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span> ប្រសិនបើ "មាន" សូមផ្តល់អោយយើងនូវវីដេអូថតចំលងមួយច្បាប់ / If "Yes", please give us a copy of the video	
តើមានស្នាមគាស់ចូល ឬ ចេញនៅបរិវេណដែរ ឬ ទេ? <span style="float:right;">មាន <input type="checkbox"/> អត់ <input type="checkbox"/></span> Is there any sign of forcible and violent entry or exit of the premises? <span style="float:right;">Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>	

7/ ប៉ូលីស / POLICE

តើអ្នកបានដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ប៉ូលីសអំពីគ្រោះថ្នាក់នេះទេ? <span style="float:right;">មាន <input type="checkbox"/> អត់ <input type="checkbox"/></span> Did you report to Police about the incident? <span style="float:right;">Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>	
ប្រសិនបើ "មាន" សូមផ្តល់អោយយើងនូវរបាយការណ៍របស់ប៉ូលីស ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់ប៉ូលីស ឈ្មោះរបស់មន្ត្រីប៉ូលីស និងលេខទូរស័ព្ទ: If "Yes", please give us a copy of Police Report, Name & Address of Police Station, Name of Police Officer, and Phone Number:	

8/ បណ្តុំសន្យារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត / OTHER INSURANCES

តើអ្នកមានបណ្តុំសន្យារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលធានាលើគ្រោះថ្នាក់ ឬ ការបាត់បង់នេះដែរ ឬ ទេ? <span style="float:right;">មាន <input type="checkbox"/> អត់ <input type="checkbox"/></span> Do you have any other insurances covering this accident? <span style="float:right;">Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>	
---	--

ប្រសិនបើ "មាន" តើអ្នកបានដាក់បែបបទទាមទារសំណងទៅកាន់ក្រុមហ៊ុនទាំងនោះហើយឬនៅ?

If "Yes", did you submit the claim to them?

សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតទាក់ទងនឹងបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និង ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងនោះ

Please give us the details of the insurance policy and the name of insurance company:

មាន

អត់

Yes

No

9/ ពិពណ៌នាអំពីទ្រព្យសម្បត្តិដែលបាត់បង់ ឬ ខូចខាត / DESCRIPTION OF PROPERTY LOST OR DAMAGED

លេខ No.	ប្រភេទ ទ្រព្យសម្បត្តិ Items	ឈ្មោះអ្នកផ្គត់ផ្គង់ Supplier Name	កាលបរិច្ឆេទទិញ Date of Purchase	តម្លៃទិញដើម Original Purchase Price	រំលោះ និង ការសឹករិចរិល Depreciation & Wear & Tear	ទឹកប្រាក់ទាម ទារសំណង Claim Amount
សរុប / TOTAL						

10/ ការប្រកាសរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / DECLARATION BY INSURED

ខ្ញុំសូមប្រកាសថាខ្ញុំបានបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និង មិនមានបំណងបង្កអោយមានគ្រោះថ្នាក់ ឬ ការបាត់បង់ ឬ ការខូចខាត ឬ បំផ្លើស ហួសពីការពិតអំពីទឹកប្រាក់ដែលទាមទារ ឬ ស្វែងរកផលប្រយោជន៍ដោយមិនស្មោះត្រង់តាមរយៈការបន្លំ ឬ ការរាយការណ៍ខុសដោយចេតនា និង ខ្ញុំសូម អះអាងថាព័ត៌មានដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងបែបបទទាមទារសំណងនេះគឺពិត និង ត្រឹមត្រូវ និង ខ្ញុំមិនបានបិទបាំងនៅព័ត៌មានណាមួយទាក់ទងនឹងការ ទាមទារសំណងនេះទេ។

ខ្ញុំទទួលស្គាល់សិទ្ធិរបស់ Phillip General Insurance (Cambodia) Plc ក្នុងការបដិសេធលើការទាមទារសំណងរបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើមានការបំភាន់ក្រុមហ៊ុនរក ឃើញថាមានការក្លែង បន្លំ ឬ លាក់កំបាំងដោយចេតនាពីរូបខ្ញុំ។

I declare that I have complied with the conditions and warranties of the Policy and in no manner deliberately caused the said loss or damage or exaggerated the claim or sought unjustly to benefit any fraud or willful misrepresentation and that the information shown on this form is true and correct to the best of my knowledge and belief and that I have not concealed any information relating to this claim.

I understand Phillip General Insurance (Cambodia) Plc reserves the right to repudiate the claim if it is later proven false or intentionally omitted by me.

កាលបរិច្ឆេទ / DATE

ឈ្មោះ / NAME

ហត្ថលេខា និង ត្រា / SIGNATURE & STAMP