



បែបបទទាមទារសំណងលើធានារ៉ាប់រងការលួចតាស់ទ្រព្យសម្បត្តិ

BURGLARY INSURANCE CLAIM FORM

1/ ព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / POLICYHOLDER INFORMATION

Form with fields: ឈ្មោះ / Name, លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង / Policy Number, មុខរបរ / Occupation, លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number, អាសយដ្ឋាន / Address, សារអេឡិចត្រូនិច / E-mail

2/ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់ / DETAILS OF INCIDENT

Form with fields: ម៉ោង & កាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់, ទីកន្លែងដែលគ្រោះថ្នាក់កើតឡើង, សូមពន្យល់លម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់ និង បុព្វហេតុនៃការខូចខាត

3/ បុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងគ្រោះថ្នាក់នេះ / PERSON RESPONSIBLE FOR THE INCIDENT

Form with fields: តើមាននរណាមួយជាអ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងគ្រោះថ្នាក់នេះដែរ ឬ ទេ?, ឈ្មោះ / Name, លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number, អាសយដ្ឋាន / Address

4/ សាក្សី / WITNESSES

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

5/ ការបាត់បង់ដោយអំពើហោរកម្ម / 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? Do you have any CCTV (Closed-Circuit Television) at your premises?	មាន <input type="checkbox"/> អត់ <input type="checkbox"/> Yes No
ប្រសិនបើ "មាន" សូមផ្តល់អោយយើងនូវវីដេអូចម្លងចម្លងមួយច្បាប់ / If "Yes", please give us a copy of the video	
តើមានស្នាមគាស់ចូល ឬ ចេញនៅបរិវេណដែរ ឬ ទេ? Is there any sign of forcible and violent entry or exit of the premises?	មាន <input type="checkbox"/> អត់ <input type="checkbox"/> Yes No

6/ ប៉ូលីស / POLICE

តើអ្នកបានដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ប៉ូលីសអំពីគ្រោះថ្នាក់នេះទេ? Did you report to Police about the incident?	មាន <input type="checkbox"/> អត់ <input type="checkbox"/> Yes No
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:	

7/ ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត / OTHER INSURANCES

តើអ្នកមានប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលធានាលើគ្រោះថ្នាក់ ឬ ការបាត់បង់នេះដែរ ឬ ទេ? Do you have any other insurances covering this accident?	មាន <input type="checkbox"/> អត់ <input type="checkbox"/> Yes No
ប្រសិនបើ "មាន" តើអ្នកបានដាក់បែបបទទាមទារសំណងទៅកាន់ក្រុមហ៊ុនទាំងនោះហើយឬនៅ? If "Yes", did you submit the claim to them?	មាន <input type="checkbox"/> អត់ <input type="checkbox"/> Yes No
សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតទាក់ទងនឹងប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង និង ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងនោះ Please give us the details of the insurance policy and the name of insurance company:	

8/ 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						

១/ ការប្រកាសរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / DECLARATION BY INSURED

ខ្ញុំសូមប្រកាសថាខ្ញុំបានបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌនៃប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង 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 ប្រសិនបើមានក្រុមហ៊ុនរក 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