



បែបបទទាមទារសំណងលើយានយន្តពាណិជ្ជកម្ម
COMMERCIAL VEHICLE INSURANCE CLAIM FORM

1/ ព័ត៌មានអំពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / POLICYHOLDER INFORMATION

Table with 2 columns: Name, Policy Number, Occupation, E-mail, Address, Phone Number

2/ ព័ត៌មានអំពីអ្នកបើកបរ / DRIVER INFORMATION (បណ្ណបើកបរថតចម្លង / COPY OF DRIVING LICENCE)

Table with 2 columns: Name, Phone Number, Address, Occupation, Purpose of driving, Relationship with the Policyholder, Valid driving licence, Responsible for the accident, Drinking or under influence, Other insurances

3/ ព័ត៌មានអំពីយានយន្ត / VEHICLE INFORMATION (បណ្ណសំគាល់យានយន្តថតចម្លង / COPY OF REGISTRATION CARD)

Table with 2 columns: Make and Model, Registration Number

4/ ការខូចខាតយានយន្តផ្ទាល់ខ្លួន / OWN DAMAGE (តារាងតម្លៃជួសជុលថតចម្លង / COPY OF QUOTATION)

Table with 2 columns: Details of Damage, Name of the Workshop, Estimated Cost of Repairs, Phone Number

5/ ការខូចខាតទ្រព្យសម្បត្តិរបស់ភាគីយេន / THIRD PARTY PROPERTY DAMAGE

Table with 2 columns: Type of Property, Name of the Property's Owner

លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number	អាសយដ្ឋាន / Address
ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការខូចខាត / Details of Damage	តម្លៃជួសជុលដែលបានស្មាន / Estimated Cost of Repairs

6/ មរណៈភាព ឬ ការងាររបួសរបស់តតិយជន / THIRD PARTY BODILY INJURY / DEATH

ឈ្មោះ / Name	លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number
អាសយដ្ឋាន / Address	តម្លៃបានស្មាននៃការព្យាបាល / Estimated Cost of Treatment
ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបួស / Details of Injury	

7/ អំពីគ្រោះថ្នាក់ / DETAILS OF ACCIDENT

ម៉ោង & កាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់ / Time & Date of Accident	ទីកន្លែងនៃគ្រោះថ្នាក់ / Place of Accident
សូមពន្យល់លម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់ / Explain How the Accident Happened	

8/ គំនូសប្រាង / SKETCHES

មុនពេលគ្រោះថ្នាក់ / Before the Accident	ក្រោយពេលគ្រោះថ្នាក់ / After the Accident
---	--

9/ ការប្រកាសរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / DECLARATION BY INSURED

ខ្ញុំសូមប្រកាសថាខ្ញុំបានបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌនៃបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង និង មិនមានបំណងបង្កអោយមានគ្រោះថ្នាក់ ឬ ការបាត់បង់ ឬ ការខូចខាត ឬ បំផ្លើស ហួសពីការពិតអំពីទីកន្លែងដែលទាមទារ ឬ ស្វែងរកផលប្រយោជន៍ដោយមិនស្មោះត្រង់តាមរយៈការបន្លំ ឬ ការរាយការណ៍ខុសដោយចេតនា និង ខ្ញុំសូម អះអាងថាព័ត៌មានដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងបែបបទទាមទារសំណងនេះគឺពិត និង ត្រឹមត្រូវ និង ខ្ញុំមិនបានបិទបាំងនៅព័ត៌មានណាមួយទាក់ទងនឹងការ ទាមទារសំណងនេះទេ។ 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.

ខ្ញុំទទួលស្គាល់សិទ្ធិរបស់ **Phillip General Insurance (Cambodia) Plc** ក្នុងការបដិសេធលើការទាមទារសំណងរបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើក្រោយមកក្រុមហ៊ុនរក ឃើញថាមានការក្លែងបន្លំ ឬ លាក់កំបាំងដោយចេតនាពីរូបខ្ញុំ។ 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.

ខ្ញុំសូមស្នើសុំអោយក្រុមហ៊ុនដោះស្រាយជាមួយតតិយជនក្នុងនាមខ្ញុំ ដោយគោរពទៅតាមលក្ខខណ្ឌដែលមានចែងក្នុងបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង ក៏ដូចជាច្បាប់ជា ធរមាននៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ខ្ញុំសូមផ្តល់សិទ្ធិអោយក្រុមហ៊ុន និង/ឬ មេធាវីរបស់ក្រុមហ៊ុនក្នុងការដោះស្រាយករណីគ្រោះថ្នាក់នេះតាមគ្រប់រូបភាព ដែលក្រុមហ៊ុនយល់ថាចាំបាច់។ I request the Company to deal with the third party liability claims arising herein in accordance with the terms and conditions of the above-mentioned Policy as well as the applicable laws in Cambodia, and I authorize the Company and/or the Attorney at Law of the Company to handle this claim by any means that the Company find necessary.

កាលបរិច្ឆេទ / DATE

ឈ្មោះ / NAME

ហត្ថលេខា និង ត្រា / SIGNATURE & STAMP