



បែបបទទាមទារសំណងលើធានារ៉ាប់រងការ:ទទួលខុសត្រូវការដ្ឋាន
CONSTRUCTION ALL RISKS INSURANCE CLAIM FORM

1/ ព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / POLICYHOLDER INFORMATION

Form with 3 rows and 2 columns: Name, Policy Number, Occupation, Phone Number, Address, E-mail

2/ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់ / DETAILS OF INCIDENT

Form with 3 main sections: Time & Date of Incident, Location, and Detailed description of the incident and damage.

3/ បុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងគ្រោះថ្នាក់នេះ / PERSON RESPONSIBLE FOR THE INCIDENT

Form with 3 rows: Responsibility question with Yes/No boxes, Name, Phone Number, and Address.

4/ សាក្សី / WITNESSES

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

5/ ការទទួលខុសត្រូវតាមផ្លូវច្បាប់ / LEGAL LIABILITY

តើអ្នកជាអ្នកបង្កហេតុក្នុងករណីគ្រោះថ្នាក់នេះមែន ឬ ទេ? មាន <input type="checkbox"/> អត់ <input type="checkbox"/> Are you responsible for the incident? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
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? មាន <input type="checkbox"/> អត់ <input type="checkbox"/> Did the victim submit an official claim to you? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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/ 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? មាន <input type="checkbox"/> អត់ <input type="checkbox"/> Do you have any CCTV (Closed-Circuit Television) at your premises? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ប្រសិនបើ "មាន" សូមផ្តល់អោយយើងនូវវីដេអូចម្លងចម្លងមួយច្បាប់ / If "Yes", please give us a copy of the video	
តើមានស្នាមគាស់ចូល ឬ ចេញនៅបរិវេណដែរ ឬ ទេ? មាន <input type="checkbox"/> អត់ <input type="checkbox"/> Is there any sign of forcible and violent entry or exit of the premises? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

7/ ប៉ូលីស / POLICE

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

