



បែបបទទាមទារសំណងលើធានារ៉ាប់រងអគ្គិភ័យ និង ហានិភ័យនានា

FIRE & ADDITIONAL PERILS INSURANCE CLAIM FORM

1/ ព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / POLICYHOLDER INFORMATION

ឈ្មោះ / Name	លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង / Policy Number
មុខរបរ / Occupation	លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number
អាសយដ្ឋាន / Address	សារអេឡិចត្រូនិច / E-mail

2/ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់ / DETAILS OF INCIDENT

ម៉ោង & កាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់ Time & Date of Incident	តើគ្រោះថ្នាក់ត្រូវបានរាយការណ៍ទៅអ្នកនៅពេលណា? When was the incident reported or known to you?
ទីកន្លែងដែលគ្រោះថ្នាក់កើតឡើង / Place where the incident occurred	
សូមពន្យល់លម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់ និង បុព្វហេតុនៃការខូចខាត Explain in detail how the incident happened and nature of damage	

3/ បុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងគ្រោះថ្នាក់នេះ / PERSON RESPONSIBLE FOR THE INCIDENT

តើមាននរណាមួយជាអ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងគ្រោះថ្នាក់នេះដែរ ឬ ទេ? Is there anyone responsible for the incident?	មាន <input type="checkbox"/>	អត់ <input type="checkbox"/>
ប្រសិនបើ "មាន" សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីពួកគេ / If "Yes" please give us their details:	Yes	No
ឈ្មោះ / Name	លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number	
អាសយដ្ឋាន / Address		

4/ សាក្សី / WITNESSES

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

5/ ការទទួលខុសត្រូវតាមផ្លូវច្បាប់ / LEGAL LIABILITY

តើអ្នកជាអ្នកបង្កហេតុក្នុងករណីគ្រោះថ្នាក់នេះមែន ឬ ទេ ? Are you responsible for the incident?	មាន <input type="checkbox"/> អត់ <input type="checkbox"/> Yes No
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? Did the victim submit an official claim to you? ប្រសិនបើ "មាន" សូមផ្តល់អោយយើងនូវលិខិតទាមទារសំណង និង ព័ត៌មានលំអិតទាក់ទងនឹងការទាមទារសំណងនោះ If "Yes", please give us a copy of their official claim and all other relevant information of their claim	មាន <input type="checkbox"/> អត់ <input type="checkbox"/> Yes No

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? Do you have any CCTV (Closed-Circuit Television) at your premises? ប្រសិនបើ "មាន" សូមផ្តល់អោយយើងនូវវីដេអូថតចំណងមួយច្បាប់ / If "Yes", please give us a copy of the video	មាន <input type="checkbox"/> អត់ <input type="checkbox"/> Yes No
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

7/ 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:	

