



បែបបទទាមទារសំណងលើធានារ៉ាប់រងការទទួលខុសត្រូវជាសាធារណៈ

PUBLIC LIABILITY 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 main sections: Time & Date of Incident, Place where the incident occurred, and detailed description of the incident and damage.

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? Are you responsible for the incident?	មាន Yes	<input type="checkbox"/>	អត់ 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? Did the victim submit an official claim to you?	មាន Yes	<input type="checkbox"/>	អត់ 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/ ប៉ូលីស / POLICE

តើអ្នកបានដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ប៉ូលីសអំពីគ្រោះថ្នាក់នេះទេ? Did you report to Police about the incident?	មាន Yes	<input type="checkbox"/>	អត់ 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:				

7/ ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត / OTHER INSURANCES

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

