



ពាក្យទាមទារសំណង (ធានារ៉ាប់រងធ្វើដំណើរ ហ្វីលីព)

PHILLIP TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM

ចំណាំ៖ ដើម្បីឱ្យក្រុមហ៊ុនអាចដំណើរការបណ្តឹងទាមទារសំណងរបស់អ្នកបានលឿនបំផុត អ្នកចាំបាច់ត្រូវបំពេញទម្រង់បែបបទនេះឱ្យបានត្រឹមត្រូវ និងផ្តល់ជូនទៅក្រុមហ៊ុននូវឯកសារដើមដែលបានស្នើសុំ រាល់ការចំណាយជាប់របស់អ្នក។ ប្រសិនបើព័ត៌មាន / ឯកសារដែលបានផ្តល់ឱ្យមិនបានទាន់គ្រប់គ្រាន់ក្រុមហ៊ុននឹងស្នើសុំអ្នក ប្រសិនបើក្រុមហ៊ុនត្រូវការព័ត៌មាន / ឯកសារបន្ថែមនៅពេលបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ សូមធ្វើទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹង និង ឯកសារគាំទ្រទាំងអស់ទៅ ការិយាល័យទាមទារសំណងដែលមាន អាសយដ្ឋានលេខ អាគារលេខ ២៧AB មហាវិថីព្រះមុនីវង្ស សង្កាត់ស្រះចក ខណ្ឌដូនពេញ រាជធានីភ្នំពេញ។

IMPORTANT NOTICE: To enable us to process your claim as quickly as possible, it is important to complete this form accurately and provide us with the original documentation requested at your own expense. If the information/documents supplied are insufficient, we shall advise you if further information / documents are required. Upon completing this form, please send the claim form and all supporting documentations to: Claims Department, #23 A, B, C, D, Russian Federation Blvd, Phsar Depo 3 Commune, Toul Kok District, Phnom Penh, Cambodia.

ព័ត៌មានសង្ខេបអំពីសំណង

Claim Summary

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policy Certificate Number:	
ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង Insured Name:	
ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង Claimant Name:	

សំណងធានារ៉ាប់រងនឹងត្រូវផ្តល់ជូនដល់អ្នកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ ក្នុងករណីអ្នកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទទួលមរណភាព សំណងធានារ៉ាប់រងនឹងត្រូវផ្តល់ជូនទៅអ្នកទទួលសំណង ឬទាយាទរបស់អ្នកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ សម្រាប់ការទាមទារសំណងរបស់ស្ថាប័ន ឬក្រុមហ៊ុនឯកជន សូមពិពណ៌នាអំពីលេខទូរស័ព្ទ និងភ្ជាប់ជាមួយឯកសារបញ្ជាក់ឈ្មោះរបស់អ្នកទាមទារសំណង។

Claims will be paid to insured. In the event of insured's death, claims will be paid to the insured's nominees (if any) or estate. For Organization / Company claims, please indicate number of claimants and attach list of claimants' names.

លក្ខណៈនៃអ្នកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/Insured Particulars

លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬលេខលិខិតឆ្លងដែន ID No or Passport No:	សញ្ជាតិ Nationality:
លេខទំនាក់ទំនង Contact No:	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល Email Address:

លក្ខណៈអ្នកនៃអ្នកទាមទារសំណង/ Claimant Particulars

លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬលេខលិខិតឆ្លងដែន ID No or Passport No:	សញ្ជាតិ Nationality:
លេខទំនាក់ទំនង Contact No:	អាស័យដ្ឋានអ៊ីមែល Email Address:
ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកទាមទារ និងអ្នកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង Claimant's relationship to Insured:	
សូមផ្តល់នូវភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនង Kindly provide proof of relationship	

ព័ត៌មានធានាគណនីរបស់អ្នកទាមទារសំណង/ Claimant Bank Details (For Cambodian Account Only)

លេខគណនីធនាគារ Bank Account No:	ឈ្មោះធនាគារ Bank Name:	សាខា Bank Branch:
-----------------------------------	---------------------------	----------------------

ប្រភេទនៃការទាមទារសំណង៖ អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិក សកលលោក (លើកលែងតែសហរដ្ឋអាមេរិក) សកលលោក (រួមបញ្ចូលទាំងសហរដ្ឋអាមេរិក)
Claim Type: Asia Pacific Worldwide (excluding USA) Worldwide (including USA)

គ្រោះថ្នាក់បុគ្គល/ PERSONAL ACCIDENT

មរណភាពដោយសារគ្រោះថ្នាក់/Accidental Death ពិការភាពអចិន្ត្រៃយ៍/ Permanent Disablement

កាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់ (dd/mm/yy): Date of Accident (dd/mm/yy):	ម៉ោង Time:
--	---------------

ប្រភេទនៃគ្រោះថ្នាក់ Nature of injury:	ការរៀបរាប់នូវរបួស Description of Injury:
--	---

តើលោកអ្នកមានធានារ៉ាប់រងផ្សេងដើម្បីធានាលើការគ្រោះថ្នាក់នេះទេ? បាទ ទេ
 Are there any other insurance policies covering you for this incident? Yes No

ប្រសិនបើ បាទ សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងចំនួនដែលអាចទាមទារវិញបាន។ If "Yes", please specify name of insurer, policy number and amount recoverable.

ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង៖ Insurer:	លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង៖ Policy No:	ចំនួន៖ Amount:
-----------------------------------	------------------------------------	-------------------

ការចំណាយលើការព្យាបាល/MEDICAL EXPENSES

<input type="checkbox"/> (ក) ចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ និងការសម្រាកមន្ទីរពេទ្យ (a) Medical and Hospitalization Expenses	<input type="checkbox"/> (ខ) ចំណូលលើការសម្រាកមន្ទីរពេទ្យ (b) Hospital Income
--	---

ចំណាយលើការសង្គ្រោះបន្ទាន់/ EVACUATION EXPENSES

<input type="checkbox"/> (ក) ការសង្គ្រោះបន្ទាន់វេជ្ជសាស្ត្រ និងការបញ្ជូនត្រឡប់មកវិញ (a) Emergency Medical Evacuation and Repatriation	<input type="checkbox"/> (ខ) ការបញ្ជូនត្រឡប់នៃសព (b) Repatriation of Mortal Remains
	<input type="checkbox"/> (គ) ប្រាក់ឧបត្ថម្ភមរណភាព (c) Funeral Allowance

ការអាក់អូលលើការធ្វើដំណើរ/ TRAVEL INCONVENIENCE

(ក) ការលុបចោលការធ្វើដំណើរ (a) Travel Cancellation	<input type="checkbox"/>	(ង) ការពន្យារពេលនៃការដឹកដំឡើងអីវ៉ាន់ (e) Baggage Delay	<input type="checkbox"/>
(ខ) ការកាត់បន្ថយពេលធ្វើដំណើរ (b) Travel Curtailment	<input type="checkbox"/>	(ច) ការបាត់បង់ ឬការខូចខាត អីវ៉ាន់និងរបស់របរផ្ទាល់ខ្លួន (f) Loss or Damage of Baggage and Personal Effects	<input type="checkbox"/>
(គ) ការពន្យារពេលធ្វើដំណើរ (c) Travel Delay	<input type="checkbox"/>	(ឆ) ការបាត់បង់ឯកសារធ្វើដំណើរ និងប្រាក់កាសផ្ទាល់ខ្លួន (g) Loss of Travel Documents and Personal Money	<input type="checkbox"/>
(ឃ) ការប្លន់លើយន្តហោះ (d) Hijacking Inconvenience	<input type="checkbox"/>		

អ្នកប្រយោជន៍ផ្សេងៗ / OTHER BENEFITS

ការទទួលខុសត្រូវផ្ទាល់ខ្លួន/ Personal Liability

តម្រូវសម្រាប់តែការបាត់បង់ ឬខូចខាតអីវ៉ាន់ និងរបស់ផ្ទាល់ខ្លួន
Applicable only for Loss or Damage of Baggage and Personal Effects
 សូមធ្វើការលម្អិតអំពីចំនួនទឹកប្រាក់សម្រាប់ការទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រង (សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវវិក្កយបត្រច្បាប់ដើមនៃការទិញ ឬកស្កតាងផ្សេងទៀតដែលបញ្ជាក់ពីការទិញ)
Details of amount claimed (please enclose original purchase receipts or other proof of purchase)

ល.រ Item	ការបរិយាយ / ប្រភេទ Description / Model Type	ពេលវេលា និងទីតាំងនៃការទិញ When and Where Purchased	តម្លៃដើម Original Cost/Price	ចំនួនទឹកប្រាក់ទាមទារ Amount Claimed
1				
2				
3				
4				
5				

ចំណាំ: ប្រសិនបើលោកអ្នកមានវត្ថុច្រើនជាងនេះ សូមភ្ជាប់បន្ថែមក្នុងតារាងដាច់ដោយឡែក
Notice: If you have more items, please attach separate sheet

តម្លៃសរុប ៖
Total Amount:

សម្រាប់ការខាតបង់ទៅលើការកក់ ឬការលុបចោល និងការកាត់បន្ថយចំនួននៃដំណើរកំសាន្ត សូមបញ្ជាក់នូវមូលហេតុ៖
For Loss of Deposit or Cancellation & Curtailment of Trip, please state the reason:

ការទទួលខុសត្រូវផ្ទាល់ខ្លួន / PERSONAL LIABILITY

ការរៀបរាប់នូវអង្កេតហេតុ៖
 Describe Incident:

កាលបរិច្ឆេទនៃហេតុការណ៍ ៖
 Date of Incident:

លេខទំនាក់ទំនង៖
 Contact No:

ឈ្មោះសាក្សីផ្ទាល់ភ្នែក៖ Name of Eye Witness:	ឯកសារបណ្តឹង? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ Law suit filed? Yes No សូមផ្តល់នូវច្បាប់ចម្លងនៃពាក្យបណ្តឹង របាយការណ៍ប៉ូលីស និងរបាយការណ៍ សាក្សីផ្ទាល់ភ្នែក Please forward a copy of the suit, police report and eye witness report.
---	--

ការបញ្ជាក់ការពិត /DECLARATION

ខ្ញុំ/យើងសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានខាងលើពិតជាត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញគ្រប់ចំនុចទាំងអស់ ហើយយើងខ្ញុំគ្មានការលាក់បាំង មិនបង្ហាញព័ត៌មាន ឬក៏ផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត។
 I/We hereby declare that the above statements and particulars are correct and complete in every respect and I/We have not concealed, misrepresented or misstated any material fact.

ខ្ញុំ/យើងយល់ស្របប្រសិនបើមានការបញ្ជាក់ និងព័ត៌មានណាមួយបានបំពេញព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដោយបុគ្គលផ្សេង ដែលបុគ្គលនោះអាចចាត់ទុកជាក្នុងការបំពេញប្រតិបត្តិការខ្ញុំ/យើងដែលអាចបំពេញទម្រង់នេះបាន ហើយការបញ្ជាក់របស់គាត់/គាត់ត្រូវបានទទួលស្គាល់ដោយខ្ញុំ/យើង។
 I/We agree that if such statements and particulars are written by any other person, such person shall be deemed to have my/our Agent for the purpose of filling in this form and his statement shall be binding upon me/us

ឈ្មោះ: Name: កាលបរិច្ឆេទ Date:	ហត្ថលេខា Signature:
---	------------------------

