

សេវាកម្ម

ពាក្យស្នើសុំ

1. ពាក្យស្នើសុំ

ម្ចាស់អគារ
 អ្នកជួលអគារ

ឈ្មោះអ្នកស្នើសុំ: _____

លេខបញ្ជីអាជីវកម្ម: _____ ចេញថ្ងៃ: _____ ចេញដោយ: _____

អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង: _____

ទីតាំងធានា: _____

លេខទូរស័ព្ទ: _____ លេខទូរសារ: _____

អ៊ីមែល: _____ គេហទំព័រ: _____

រយៈពេលធានារ៉ាប់រង ពី: _____ ដល់: _____ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) – ថ្ងៃទាំងពីរត្រូវបានរាប់បញ្ចូល

ប្រភេទអាជីវកម្ម: _____

ប្រភេទពន្ធ: _____

2. ធានារ៉ាប់រងចាំបាច់

	កំរិតនៃការធានា (ដុល្លារអាមេរិក)	បុព្វលាភ (ដុល្លារអាមេរិក)
ផ្នែកទី 1: អគ្គិភ័យ និង ហានិភ័យផ្សេងៗ អគារ និង សំភារៈ (គ្រឿងសង្ហារឹម គ្រឿងបំពាក់លើជញ្ជាំង សំភារៈការិយាល័យ និងសំភារៈផ្សេងៗទៀតដែលជាកម្មសិទ្ធិរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង)	<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 1 25,000	25
	<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 2 50,000	50
	<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 3 100,000	100
	<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 4 150,000	150
	<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 5 200,000	200
	<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 6 250,000	250
ការធានាបន្ថែមពិសេស ការខាតបង់ប្រាក់ចំណេញ	3% នៃទឹកប្រាក់ទូទាត់សំណងក្នុងផ្នែកទី 1	ឥតគិតថ្លៃ

3. ធានារ៉ាប់រងតាមចំណង់ចិត្ត និង កំរិតនៃការធានា (ដុល្លារអាមេរិក)	បុព្វលាភ (ដុល្លារអាមេរិក)
ផ្នែកទី 2: ភារៈទទួលខុសត្រូវលើតតិយជន	
<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 1 50,000	25
<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 2 100,000	50
<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 3 200,000	100
<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 4 300,000	150
<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 5 400,000	200
<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 6 500,000	250

ផ្នែកទី 3: គ្រោះថ្នាក់បុគ្គល			
កំរិតនៃការធានា (ដុល្លារអាមេរិក)	ចំនួនអ្នកត្រូវធានា	បុព្វលាភ (ដុល្លារ)/ 1នាក់	សរុប (ដុល្លារ)
<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 1 2,000	5
<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 2 5,000	12.5
<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 3 10,000	25
<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 4 15,000	37.5
<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 5 20,000	50
<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 6 25,000	62.5

4. ការគណនាបុព្វលាភ	
ផ្នែកទី 1: អគ្គិភ័យ និង ហានិភ័យផ្សេងៗ	ដុល្លារ
ផ្នែកទី 2: ភារៈទទួលខុសត្រូវលើតតិយជន	ដុល្លារ
ផ្នែកទី 3: គ្រោះថ្នាក់បុគ្គល	ដុល្លារ
ចំណាយរដ្ឋបាល	ដុល្លារ 1.00
បុព្វលាភសរុប	ដុល្លារ

5. ព័ត៌មានបន្ថែម

គ្រោះថ្នាក់បុគ្គល
 (សូមផ្តល់សេចក្តីលំអិតអំពីបុគ្គលិកដែលត្រូវធានាក្នុងផ្នែកទី ៦)

សេចក្តីលំអិតអំពីបុគ្គលិក

ល.រ	ឈ្មោះ	លេខ ID	ឆ្នាំកំណើត	ភេទ
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

6. ការអះអាង

ខ្ញុំ/យើងសូមអះអាងថាការរៀបរាប់ខាងលើគឺជាការពិត និង ត្រឹមត្រូវ ហើយខ្ញុំ/យើងសូមយល់ស្របថាការរៀបរាប់ខាងលើ គឺជាមូលដ្ឋាននៃកិច្ចសន្យារវាងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងហ្វុយតេ និងខ្ញុំ/យើង។

ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ

(ហត្ថលេខា & ត្រាអ្នកស្នើសុំ)

7. កំណត់ចំណាំសំខាន់

- (i) ច្បាប់ស្តីពីធានារ៉ាប់រង ឬវិសោធនកម្មនានា៖ អ្នកស្នើសុំត្រូវ បង្ហាញទាំងស្រុង និង ដោយស្មោះត្រង់នៅក្នុងពាក្យស្នើសុំ នូវរាល់ព័ត៌មានដែលខ្លួនដឹង ឬត្រូវតែដឹង។ បើមិនដូច្នោះទេ បណ្តុំសន្យារ៉ាប់រងដែលបានចេញហើយនោះនឹងត្រូវ ទុកជាអសារបង់ ហើយ អ្នកស្នើសុំនឹងមិនទទួលបានអ្វី ទាំងអស់ពីបណ្តុំសន្យារ៉ាប់រងនេះ។
- (ii) ធានារ៉ាប់រងមានប្រសិទ្ធភាពលុះត្រាតែពាក្យស្នើសុំនេះត្រូវ បានទទួលដោយក្រុមហ៊ុនហ្វុយតេទៅតាមលក្ខខណ្ឌនៃ ធានារ៉ាប់រង។
- (iii) បើសិនជាពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកត្រូវបានទទួល តាមលក្ខ ខណ្ឌមុនការទទួលខុសត្រូវលើសំណង អ្នកស្នើសុំត្រូវបង់ បុព្វលាភជូនក្រុមហ៊ុនក្នុងរយៈពេល៣០ថ្ងៃធ្វើការ គិតចាប់ ពីថ្ងៃចាប់ផ្តើមធានា។ បើអ្នកស្នើសុំមិនគោរពតាមលក្ខ ខណ្ឌបណ្តុំសន្យារ៉ាប់រងនឹងបញ្ចប់ហើយក្រុមហ៊ុនរក្សាសិទ្ធិ ទាមទារបុព្វលាភសំរាប់រយៈពេលដែលបានធានា។

8. សំរាប់ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រង

ឈ្មោះ: _____

លេខកូដភ្នាក់ងារ: _____

ហត្ថលេខា: _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____

9. សំរាប់ក្រុមហ៊ុនហ្វុយតេ

កាលបរិច្ឆេទទទួល: _____

មធ្យោបាយបង់បុព្វលាភ: _____

លេខវិក្កយបត្រទទួលបុព្វលាភ: _____

លេខបណ្តុំសន្យារ៉ាប់រង: _____

ឈ្មោះ និងហត្ថលេខា: _____

10. រាល់សំនួរខាងក្រោមត្រូវតែឆ្លើយដោយអ្នកស្នើសុំ:

(សូមគូសសញ្ញា <input checked="" type="checkbox"/> នៅក្នុងប្រអប់ដែលត្រឹមត្រូវ)	បាទ/ ចាស	ទេ
1. តើទីតាំងធានាមានការពារដោយសំភារៈការពារ អគ្គិភ័យខាងក្រោមនេះទេ?		
(i) ប្រព័ន្ធ Sprinkler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ii) បំពង់ពន្លត់អគ្គិភ័យ (Fire Extinguisher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(iii) ទុរយោបាញ់ទឹកពន្លត់អគ្គិភ័យ (Hose Reel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(iv) សញ្ញាអាសន្នអគ្គិភ័យ (Fire Alarm System)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
បើគ្មានទាំងអស់ សូមបញ្ជូនទៅក្រុមហ៊ុនសិន		
2. តើទីតាំងធានាមានការពារដោយឧបករណ៍សន្តិ សុខខាងក្រោមនេះទេ?		
(i) ទ្វាររឹងមាំ / ខ្លោងទ្វារ / ចំរឹងដែក / ទ្វារម្រូរ / ទ្វារកញ្ចក់	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ii) សញ្ញាអាសន្នចោរលួច (Burglary alarm system)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(iii) សន្តិសុខយាម 24-ម៉ោង	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
បើគ្មានទាំងអស់ សូមបញ្ជូនទៅក្រុមហ៊ុនសិន		
3. តើទីតាំងធានាសាងសង់ឡើងដោយឥដ្ឋ / ក្រៀង / បេតុងទាំងស្រុងទេ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
បើគ្មានទេ សូមបញ្ជូនទៅក្រុមហ៊ុនសិន		
4. តើម្ចាស់ ឬបុគ្គលិកមានពិការភាពគ្រប់ណាដែរ ឬទេ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
បើមាន សូមបញ្ជូនទៅក្រុមហ៊ុនសិន		
5. បើគិតតាមការធានា តើធ្លាប់មានក្រុមហ៊ុនធានា រ៉ាប់រងណាបដិសេធមិនធានា មិនបន្តធានា ឬដាក់ លក្ខខណ្ឌបន្ថែមដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
បើមាន សូមបញ្ជាក់មូលហេតុ:		
6. តើអ្នកធ្លាប់ជួបគ្រោះថ្នាក់ ឬខូចខាតដែរទេក្នុង រយៈពេល៣ឆ្នាំកន្លងមក?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
បើមាន សូមបញ្ជាក់លំអិត:		
កាលបរិច្ឆេទ	ប្រភេទគ្រោះ ថ្នាក់/ខូចខាត	ចំណាយ/ខូចខាត (ដុល្លារអាមេរិក)