
BusinessBuddy Claim Form

បែបបទទាមទារសំណង មិត្តអាជីវកម្ម

The form must be completed truthfully and accurately.

បែបបទនេះត្រូវតែបំពេញដោយត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដ។

The list of documents required is not exhaustive and Forte Insurance (Cambodia) Plc, “the Company” reserves right to request from you any additional information/ documentation, as necessary. The submission of an incomplete form or insufficient information or supporting documents may delay the processing or result in the denial of your claim.

រាល់ឯកសារដែលបានផ្ញើមក មិនប្រាកដជាគ្រប់គ្រាន់នោះទេ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងហ្វូតេ “ក្រុមហ៊ុន” រក្សាសិទ្ធិក្នុងការស្នើសុំព័ត៌មាន/ឯកសារបន្ថែមតាមភាពចាំបាច់។ ការបញ្ជូនព័ត៌មាន/ឯកសារភ្ជាប់ ដែលមិនគ្រប់គ្រាន់ អាចពន្យាររយៈពេលនៃការដោះស្រាយសំណង ឬអាចឈានទៅដល់ការបដិសេធការទាមទារសំណងរបស់លោកអ្នក។

The completed form should be returned together with all supporting documents as soon as possible.

បែបបទដែលបំពេញរួចរាល់ហើយ ត្រូវបញ្ជូនមកក្រុមហ៊ុនវិញជាមួយនឹងឯកសារភ្ជាប់ផ្សេងៗក្នុងរយៈពេលឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។

The acceptance of this Form is NOT an admission of liability on the part of the Company.

ការដែលក្រុមហ៊ុនទទួលយកបែបបទដែលបានបំពេញ មិនមែនជាការទទួលខុសត្រូវលើការទូទាត់សំណងរបស់ក្រុមហ៊ុនឡើយ។

Any documentary proof or report required by the Company shall be furnished at the expense of the Policyholder or Claimant.

រាល់ឯកសារជាភស្តុតាង ឬរបាយការណ៍ជាភស្តុតាង ឬរបាយការណ៍ទាំងអស់ដែលស្នើសុំដោយក្រុមហ៊ុនត្រូវបានផ្តល់ និងជាចំណាយរបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬអ្នកទាមទារសំណង។

Claims Reference Code លេខកូដការទាមទារសំណង

Claim No. លេខការទាមទារសំណង	Client No. លេខអតិថិជន	Policy No. លេខបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង	Agent No. លេខភ្នាក់ងារ
-------------------------------------	--------------------------------	--	---------------------------------

Particulars of Policyholder/Insured ម្ចាស់បញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង/អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង

Name ឈ្មោះ	Telephone No. ទូរស័ព្ទលេខ
Address អាសយដ្ឋាន	Post Code លេខកូដប៉ូស្ត
Inception Date ថ្ងៃចាប់ផ្តើមធានារ៉ាប់រង	Expiry Date ថ្ងៃផុតកំណត់
Has the premium been paid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No តើបុព្វលាភបង់ហើយឬនៅ? <input type="checkbox"/> បង់ <input type="checkbox"/> មិនទាន់បង់	

Description of Incident ការពិពណ៌នាអំពីហេតុការណ៍

*(Please Attach a Copy of the Police Report សូមភ្ជាប់ជាមួយនូវរបាយការណ៍ប៉ូលីស)

Date កាលបរិច្ឆេទ	Time ពេលវេលា	Place ទីកន្លែង
Type of Claim: ប្រភេទនៃការទាមទារសំណង	<input type="checkbox"/> Property <input type="checkbox"/> Public Liability <input type="checkbox"/> Personal Accident <input type="checkbox"/> ទ្រព្យសម្បត្តិ <input type="checkbox"/> ការទទួលខុសត្រូវ <input type="checkbox"/> គ្រោះថ្នាក់បុគ្គល	
Explain exactly how it happened: ចូររៀបរាប់ពីហេតុការណ៍ដែលបានកើតឡើង:		

1. Details of Loss Or Damage to Property លេខកូដលិខិតអំពីទ្រព្យសម្បត្តិដែលបាត់បង់ ឬខូចខាត

When was the loss or damage discovered and by Whom? តើការបាត់បង់/ខូចខាតនេះ ត្រូវបានដឹងនៅពេលណា? ដោយអ្នកណា?					
Property damaged/lost ទ្រព្យសម្បត្តិដែលខូចខាត/ បាត់បង់	When was it purchased កាលបរិច្ឆេទទិញ	Original purchase price តំលៃទិញ	Original repair invoice for damaged items វិក្កយបត្រជួសជុល	Original purchase invoice for replacement of items វិក្កយបត្រទិញថ្មី	Amount Claimed(USD) ចំនួនទាមទារសំណង
Total សរុប					

Are you the sole owner of the property lost or damaged? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No តើអ្នកជាម្ចាស់តែម្នាក់គត់របស់ទ្រព្យសម្បត្តិដែលបានបាត់បង់ ឬខូចខាត? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
If No, please state name, address, contact no and relationship _____ បើទេ សូមរៀបរាប់ឈ្មោះ ម្ចាស់ផ្សេងទៀត អាសយដ្ឋាន លេខទូរស័ព្ទ និងទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នក
Is there any other Insurance in force which would cover this in whole or in part? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No តើមានបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រងណាផ្សេងទៀត ដែលធានាលើករណីនេះទាំងស្រុង ឬផ្នែកណាមួយទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់
If yes, please specify: Policy No: _____ Type of Policy _____ Insurance Company _____ បើមានសូមបញ្ជាក់ លេខបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង ប្រភេទធានារ៉ាប់រង ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង
Are there any eye witnesses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No តើមានសាក្សីឃើញផ្ទាល់ទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់
If Yes, please state names, IC No/Passport No, address and contact no. _____ បើមានសូមបញ្ជាក់ ឈ្មោះ លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែន និងលេខទូរស័ព្ទ

Has there been a previous occurrence in these premises? Yes No
 តើធ្លាប់មានហេតុការណ៍បែបនេះកើតឡើងដែរឬទេ? មាន អត់
 If yes, please state the preventive measures that were taken to prevent a recurrence _____
 បើមាន សូមរៀបរាប់ពីវិធីសាស្ត្រការពារកុំឲ្យមានហេតុការណ៍នេះកើតឡើងម្តងទៀត

2. Public Liability Claim Details សេចក្តីលំអិតអំពីការទាមទារសំណង់តាមវិធានសុខសុវត្ថិភាពសាធារណៈ

2.1 Third Party Property Damage ការខូចខាតទ្រព្យសម្បត្តិរបស់ភតិយជន

Name and Address of owner of damaged property ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាននៃម្ចាស់ទ្រព្យសម្បត្តិដែលខូចខាត					
Property damaged/lost ទ្រព្យសម្បត្តិដែលខូចខាត/បាត់បង់	When was it purchased កាលបរិច្ឆេទទិញ	Original purchase price តំលៃទិញ	Original repair invoice for damaged items វិក្កយបត្រជួសជុល	Original purchase invoice for replacement of items វិក្កយបត្រទិញថ្មី	Amount Claimed(USD) ចំនួនទាមទារសំណង
Total សរុប					

2.2 Third Party Bodily Injury របួសរូបរាងកាយរបស់ភតិយជន

Name and Address of Injured Person ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាននៃអ្នករងរបួស				
Nature of Injury សេចក្តីលំអិតអំពីរបួស	Hospital/Clinic មន្ទីរពេទ្យដែលព្យាបាល	Attended Doctor វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាល	Original invoice វិក្កយបត្រ	Amount Claimed (USD) ចំនួនទាមទារសំណង
Total សរុប				

Please give particulars of person(s) responsible for the loss/damage/injury.
សូមបញ្ជាក់ថាអ្នកណាជាអ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះទ្រព្យសម្បត្តិ ឬរបួសរូបរាងកាយរបស់ភតិយជនដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ

Is the injured person or owner of damaged property in your employ, in the employ of any contractor or sub-contractor to you, or a relative to you? Yes No
 តើអ្នករបួស ឬម្ចាស់ទ្រព្យសម្បត្តិដែលខូចខាត ជានិយោជិករបស់អ្នក ជាអ្នកមេការ ជាអ្នកមេការបន្តរបស់អ្នក ឬជាប់សាច់ញាតិនឹងអ្នក? មែន មិនមែន
 If Yes, give details. _____
 បើមែន សូមបញ្ជាក់លំអិតបន្ថែម

Is there any other Insurance in force which would cover this in whole or in part? Yes No
 តើមានបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងណាផ្សេងទៀត ដែលធានាលើករណីនេះទាំងស្រុង ឬផ្នែកណាមួយ? មាន អត់
 If yes, please specify: Policy No: _____ Type of Policy _____ Insurance Company _____
 បើមាន សូមបញ្ជាក់ លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ប្រភេទធានារ៉ាប់រង ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង

Are there any eye witnesses? Yes No
 តើមានសាក្សីឃើញផ្ទាល់ទេ? មាន អត់
 If Yes, please state names, IC No/Passport No, address and contact no. _____
 បើមាន សូមបញ្ជាក់ ឈ្មោះ លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែន និងលេខទូរស័ព្ទ

Has a claim been made upon you? Yes No
 តើធ្លាប់មានភតិយជនណាទាមទារសំណង់ពីអ្នកទេ? មាន អត់
 If yes, by whom and for what amount? _____
 បើមាន សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះ និងចំនួនទាមទារសំណង

3. Personal Accident Details សេចក្តីព័ត៌មានអំពីការងារបាត់បង់របស់អ្នករងគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល

When was the injury is discovered and by Whom? តើការរបួសនេះត្រូវបានដឹងនៅពេលណា? ដោយអ្នកណា?				
Name of Injured Person (Insured Person) ឈ្មោះអ្នករងរបួស				
Nature of Injury សេចក្តីព័ត៌មានអំពីរបួស	Hospital/Clinic មន្ទីរពេទ្យដែលព្យាបាល	Attended Doctor វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាល	Original invoice វិក្កយបត្រ	Amount Claimed (USD) ចំនួនទាមទារសំណង
Total សរុប				

Please give particulars of person(s) responsible for the injury.
សូមបញ្ជាក់ថាអ្នកណាជាអ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះអ្នករងរបួសដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ

Is there any other Insurance in force which would cover this in whole or in part? Yes No
តើមានបណ្តាញសន្យារ៉ាប់រងណាផ្សេងទៀត ដែលធានាលើករណីនេះទាំងស្រុង ឬផ្នែកណាមួយ? មាន អត់

If yes, please specify: Policy No: _____ Type of Policy _____ Insurance Company _____
បើមានសូមបញ្ជាក់ លេខបណ្តាញសន្យារ៉ាប់រង ប្រភេទធានារ៉ាប់រង ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង

Are there any eye witnesses? Yes No
តើមានសាក្សីឃើញផ្ទាល់ទេ? មាន អត់

If Yes, please state names, IC No/Passport No, address and contact no. _____
បើមាន សូមបញ្ជាក់ ឈ្មោះ លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែន និងលេខទូរស័ព្ទ

Declaration ការអះអាង

I/We the Insured do solemnly and sincerely declare that I/We have complied with the conditions and warranties (if any) of the Policy and in no manner deliberately caused the said loss or damage or sought unjustly to benefit thereby by any fraud or willful misrepresentation and that the information shown on this form is true and that I/We have not concealed any information relating to this claim.

ខ្ញុំ/យើងជាម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង សូមអះអាងថា ខ្ញុំ/យើងធ្វើតាមលក្ខខណ្ឌ (បើសិនមាន) នៃបណ្តាញសន្យារ៉ាប់រង ហើយគ្មានបំណងនឹងយកផលប្រយោជន៍ចំណេញពីអ្វីដែលបានពណ៌នាខាងលើ តាមរយៈការក្លែងបន្លំ ឬកុហកឡើយ ហើយខ្ញុំ/យើងសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានដែលមានក្នុងបែបបទនេះ គឺពិតគតតែឯង ហើយសូមអះអាងម្តងទៀតថា ខ្ញុំ/យើងមិនបានលាក់បាំងព័ត៌មានណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធចំពោះការទាមទារសំណងឡើយ។

Date
កាលបរិច្ឆេទ

Signature and Stamp
ហត្ថលេខា និងត្រាម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង