



**បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល និងសេវាសង្គ្រោះអន្តរជាតិ
PERSONAL ACCIDENT AND INTERNATIONAL EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE INSURANCE
របាយការណ៍គ្រោះថ្នាក់ | ACCIDENT REPORT FORM**

ឈ្មោះ/Name/姓名:	ភេទ/Gender/性别: <input type="checkbox"/> ប្រុស/Male/男 <input type="checkbox"/> ស្រី/Female/女	អាយុ/Age/年龄:
សញ្ជាតិ/Nationality/国籍:	តួនាទី/Position/职位:	
ផ្នែក/Department/部门:		
កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់/Date of Incident /意外发生的日期:	ពេលវេលា/Time/时间:	
ទីកន្លែងគ្រោះថ្នាក់/Incident place /意外发生的地点:		
មានរបួសត្រង់/ Injury on /受伤部位:		

សេចក្តីលម្អិត - DETAILS OF ACCIDENT - 意外事故详情

សូមមេត្តាផ្តល់សេចក្តីសម្រេចលើបញ្ហាខាងលើដោយគឺអនុគ្រោះ។
Please be considered as the above mentioned matter.
请考虑安排以上所述的情况

ធ្វើនៅថ្ងៃទី/Date/日期:

ហត្ថលេខានិងត្រា/Signature and Stamp/签名和盖章: _____