



បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល | GROUP PERSONAL ACCIDENT
ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង | CLAIM FORM

ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policyholder	លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policy Number
តើប្តូរលក់ធានារ៉ាប់រងបានបង់រួចហើយឬនៅ? Has the premium been paid? <input type="checkbox"/> Yes បង់រួច <input type="checkbox"/> No មិនទាន់បង់	ថ្ងៃផុតកំណត់ Expiry Date
ឈ្មោះសមាជិកធានារ៉ាប់រង Insured Member Name	ភេទ Gender <input type="checkbox"/> ប្រុស Male <input type="checkbox"/> ស្រី Female
អាយុ Age	<input type="checkbox"/> និយោជិត Employee <input type="checkbox"/> អ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់របស់និយោជិត Dependent of Employee
លេខទូរស័ព្ទ Contact No.	សារអេឡិចត្រូនិក Email
តើអ្នកទាមទារសំណងមានសិទ្ធិទាមទារសំណងពីបេឡាជាតិរបបសន្តិសុខសង្គម (ប.ស.ស) ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងណាផ្សេងទៀត ឬភាគីណាផ្សេងទៀតឬទេ? Is the claimant entitled to make a claim from the National Social Security Fund (NSSF), or other insurance companies, or other parties? <input type="checkbox"/> មាន Yes <input type="checkbox"/> ទេ No	

ផ្នែកនៃរាងកាយដែលរងរបួស Injured Body Parts	
កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់ Date of Accident	ទីកន្លែងគ្រោះថ្នាក់ Place of Accident
ម៉ោងកើតហេតុ Time of Accident	
សូមរៀបរាប់អំពីមូលហេតុដែលនាំឱ្យកើតគ្រោះថ្នាក់/Please describe how the accident happened:	

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក Name of Hospital / Clinic	
អាសយដ្ឋាន Address	
ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលឬវេជ្ជបណ្ឌិតរក្សាគាត់ Attending Doctor/Surgeon's Name	
លេខទូរស័ព្ទ Contact Number	សារអេឡិចត្រូនិក Email

សំណងជាមូលប្បទានបត្រគូរចេញ/ Payment by cheque should be issued to:

សមាជិកធានារ៉ាប់រង/ Insured Member Name អ្នកទទួលបានរបស់និយោជិត(មរណភាព)/Employee's Beneficiary (Death)

ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង/Policyholder អ្នកទទួលសិទ្ធិជំនួស/Authorized Person

ការផ្ទេរប្រាក់តាមធនាគារក្នុងស្រុក/Local Bank Transfer

• ឈ្មោះគណនី/Account Name: • ឈ្មោះធនាគារ/Bank Name:

• លេខគណនី/Account No.:

(សូមភ្ជាប់អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬលិខិតឆ្លងដែនថតចម្លង ប្រសិនបើអ្នកទទួលសំណងជានិយោជិត ឬអ្នកទទួលបានរបស់និយោជិត)
(សូមភ្ជាប់លិខិតអនុញ្ញាតទូទាត់សំណង ប្រសិនបើអ្នកទទួលសំណងជាអ្នកទទួលសិទ្ធិជំនួស)
(Please attach a copy of the national ID card or passport if the payee is the Employee or Employee's Beneficiary.)
(Please attach a Letter of Authorization of Claim Payment if the payee is the Authorized Person)

ទឹកប្រាក់ទាមទារសំណងសរុប Total Claimed Amount:

ខ្ញុំ/យើងជាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សូមអះអាងយ៉ាងម៉ឺងម៉ាត់ថា ខ្ញុំ/យើងគោរពតាមលក្ខខណ្ឌនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ ហើយគ្មានគោលបំណងបង្កហេតុណាមួយដើម្បីទាញយកផលប្រយោជន៍អ្វីមួយ: ការកែប្រែ ឬការពិពណ៌នាមិនពិតដោយចេតនាឡើយ ហើយក៏សូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានដែលបំពេញលើបែបបទនេះគឺជាការពិត ហើយខ្ញុំ/យើងពុំមានលាក់បាំងព័ត៌មានណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការទាមទារសំណងនេះឡើយ។
I/We the insured do solemnly and sincerely declare that I/we have complied with the conditions of the policy and have not deliberately caused the said loss or damage to get benefits thereby by fraud or willful misrepresentation, and that the information shown on this form is true and that I/we have not hidden any information relating to this claim.

ហត្ថលេខា និងត្រាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង
Policyholder's Signature and Stamp:

ហត្ថលេខាសមាជិកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង
Insured Member's Signature:

Full Name: ឈ្មោះពេញ Date: កាលបរិច្ឆេទ Full Name: ឈ្មោះពេញ Date: កាលបរិច្ឆេទ