

**ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង សម្រាប់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងលើការទទួលខុសត្រូវ
LIABILITY CLAIM FORM**

ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងនេះ ធ្វើឡើងដោយគ្មានការទទួលយកការទទួលខុសត្រូវទេ ហើយត្រូវតែបំពេញ និងប្រគល់ទៅឱ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងភ្លាមៗ
ទោះជាមានប្រាក់ការទាមទារសំណងក៏ដោយ។
This form is issued without admission of liability and it must be completed and returned to the Insurer immediately, whether or not a claim is made.

**តើត្រូវធ្វើដូចម្តេចនៅពេលមានការទាមទារសំណង?
WHAT TO DO IN THE EVENT OF A CLAIM?**

1. ភ្ជាប់មកជាមួយនូវឯកសារសម្រេចតម្លៃសម្រាប់សម្ភារៈដែលខូចខាត។
Attach all quotations obtained for replacement of or repair to the damaged or missing property.
2. ភ្ជាប់មកជាមួយនូវតម្លៃប៉ាន់ស្មាន និងបង្កាន់ដៃនៃការទិញ ប្រសិនបើមាន។
Attach valuations and receipt for purchases whenever possible.
3. ជូនដំណឹងទៅប៉ូលីសភ្លាមៗ ប្រសិនបើចាំបាច់។
Advise police immediately if required.
4. ភ្ជាប់មកជាមួយនូវលិខិតទាមទារ ឬឯកសារផ្សេងៗដែលអ្នកទទួលបានពីភាគីទី៣។
Attach any letter of demand or other correspondence that you may receive from any third party.
5. នត្រូវទទួលយកការទទួលខុសត្រូវ ចំពោះការបាត់បង់ ឬខូចខាតដែលអ្នកបានធ្វើចំពោះភាគីទី ៣។
Do not make any admission of liability for loss or damage caused by you to third parties.

1. លេខការទាមទារសំណង Claim No.	2. លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policy No.
--	--

3. អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង INSURED

ឈ្មោះ Name	ទូរស័ព្ទលេខ Telephone No.
អាសយដ្ឋាន Address	បានបង់ប្រាក់បញ្ចូល? Premium paid? <input type="checkbox"/> បង់ <input type="checkbox"/> មិនទាន់ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
ឈ្មោះភាគីពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត (ជួល ទិញ ។ល។) Name of other Interested Parties (Hire Purchase, Lease, etc.), if any.	
តើមានការធានារ៉ាប់រងណាផ្សេងទៀត ដែលធានាលើករណីនេះទាំងស្រុង ឬផ្នែកណាមួយដែរឬទេ? Are there any other Insurance which would cover this in whole or in part? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ បើមាន សូមប្រាប់បន្ថែម៖ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No if YES, please advise:	
ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង Name of Insurer	ការធានាលម្អិតនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policy Details

4. ការលម្អិតនៃការបាត់បង់ខូចខាត ឬហេតុការណ៍ DETAILS OF LOSS DAMAGED OR OCCURRENCE

កាលបរិច្ឆេទការបាត់បង់/ខូចខាត/ហេតុការណ៍ Date of loss/Damaged/or Occurrence	ម៉ោង Time	<input type="checkbox"/> ព្រឹក <input type="checkbox"/> ល្ងាច <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM.
ពេលណាដែលការបាត់បង់/ខូចខាត/ហេតុការណ៍ ត្រូវបានរាយការណ៍ដល់អ្នក (ប្រសិនបើមាន) When was loss/Damage/or Occurrence reported to you (if applicable)	ម៉ោង Time	<input type="checkbox"/> ព្រឹក <input type="checkbox"/> ល្ងាច <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM.
ទីកន្លែងនិង/ឬបរិវេណដែលកើតឡើង Place and/or Premises where it occurred		
សូមបញ្ជាក់លម្អិតឱ្យបានពេញលេញនូវហេតុការណ៍ដែលបណ្តាលឱ្យមានការបាត់បង់ខូចខាត ឬគ្រោះថ្នាក់ Please state full particulars how loss, Damage or Accident occurred		
សូមរៀបរាប់ពីលក្ខណៈនៃការខូចខាតឬរបួស Please describe nature of damage or injury		

5. ការទទួលខុសត្រូវ/សាក្សី RESPONSIBILITY/WITNESSES	
<p>បើតាមគំនិតអ្នកតើមានផ្សេងទៀតដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការបាត់បង់ឬមូលហេតុគ្រោះថ្នាក់ឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ Was another person, in your opinion, responsible for loss or damage or cause of the occurrence? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No បើមាន សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត/If YES, please give full details:</p>	
ឈ្មោះ Name	ទូរស័ព្ទ Telephone No.
អាសយដ្ឋាន Address	
ហេតុផល Reasons	
<p>តើមានសាក្សីចំពោះហេតុការណ៍នេះទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ Was there a witness/or witnesses to this event? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No បើមាន សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត/If YES, please give full details:</p>	
ឈ្មោះ Name	ទូរស័ព្ទ Telephone No.
អាសយដ្ឋាន Address	

6. ការទទួលខុសត្រូវផ្លូវច្បាប់ LEGAL LIABILITY	
(a) ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋាននៃអ្នករងរបួស ឬម្ចាស់ទ្រព្យសម្បត្តិដែលខូចខាត Name and Address of injured person or owner of damaged property	
ឈ្មោះ Name	ទូរស័ព្ទ Telephone No.
អាសយដ្ឋាន Address	
<p>(b) តើអ្នករងរបួស ឬម្ចាស់ទ្រព្យសម្បត្តិខូចខាត ជានយោជិតរបស់អ្នក ជាអ្នកម៉ៅការ អនុអ្នកម៉ៅការ ឬជាសាច់ញាតិអ្នកមែនទេ? <input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន Is the injured person of owner of damaged property in your employ, in the employ of any contractor or sub-contractor to you, or a relative to you? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No បើមែន សូមលម្អិត / If YES, please give details</p>	
<p>(c) តើមានការទាមទារសំណងពីអ្នកទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ Has any claim been made upon you? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No បើមាន សូមលម្អិត និងភ្ជាប់មកជាមួយនូវឯកសារដែលពាក់ព័ន្ធ។ If YES, state details and attach with this form All communication received.</p>	

7. ប្រវត្តិធានារ៉ាប់រង INSURANCE HISTORY	
<p>(a) តើមុនមកតើអ្នកមានធ្លាប់បាត់បង់/ខូចឬធ្វើឱ្យខូចខាតឬរបួសដល់ភាគីទី៣ទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ Have you ever previously sustained Loss/Damage/or cause Damage or Injury to Third Parties? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No បើមាន សូមលម្អិតការបាត់បង់ ឬខូចខាតនោះ និងចំនួនដែលពាក់ព័ន្ធ If YES, give details of such losses and amount involved.</p>	
<p>(b) តើមានក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងពាក់ព័ន្ធឬអត់? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ Was an Insurance Company involved? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No បើមាន សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះក្រុមហ៊ុននិងឆ្នាំទាមទារសំណងខាងក្រោម If YES, please state below name of company and year of claim.</p>	

8. ពណ៌នាពីទ្រព្យសម្បត្តិដែលបាត់បង់ឬខូចខាត / DESCRIPTION OF PROPERTY LOST OR DAMAGED

បើតារាងសរសេរមិនគ្រប់គ្រាន់សូមភ្ជាប់តារាងផ្សេងទៀត
IF INSUFFICIENT SPACE PLEASE ATTACH SEPARATE LIST

ពណ៌នាពីទ្រព្យសម្បត្តិបាត់បង់ឬខូចខាត Description of Property Lost or Damaged	ទិញពីអ្នកណា From Whom Purchased	ការបរិច្ឆេទទិញ Date of Purchase	តំលៃទិញដើម Original Purchase price	រំលោះ Deduction for Depreciation/ wear and Tear	ចំនួនទាមទារសំណង Amount Claimed
សរុប TOTAL					

9. សេចក្តីប្រកាស / DECLARATION

ខ្ញុំ/យើងជាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង អះអាងយ៉ាងម៉ឺងម៉ាត់ថា ខ្ញុំ/យើងធ្វើតាមនិងលក្ខខណ្ឌ (ប្រសិនបើសិនមាន) នៃបញ្ញត្តិធានារ៉ាប់រង និងគ្មានបំណងនឹងយកផលចំណេញពីអ្វីដែលពណ៌នាមក ដោយការកែតម្រូវឬក្រុមហ៊ុន ហើយសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានដែលមានក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ គឺពិតគត់ក្លែងក្លាយ ហើយសូមអះអាងម្តងទៀតថា ខ្ញុំ/យើងមិនបានលក់បាំងព័ត៌មានណា មួយដែលពាក់ព័ន្ធចំពោះការទាមទារសំណងនេះឡើយ។

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.

កាលបរិច្ឆេទ
Date

ហត្ថលេខា និងត្រារបស់ក្រុមហ៊ុន
Signature and Stamp