

# ប្រកាស

## ពាក្យស្នើសុំ

**1. ពាក្យស្នើសុំ**

ឈ្មោះអ្នកស្នើសុំ: \_\_\_\_\_  ម្ចាស់អគារ  អ្នកជួលអគារ

លេខបញ្ជីអាជីវកម្ម: \_\_\_\_\_ ចេញថ្ងៃ: \_\_\_\_\_ ចេញដោយ: \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង: \_\_\_\_\_

ទីតាំងធានា: \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទ: \_\_\_\_\_ លេខទូរសារ: \_\_\_\_\_

អ៊ីមែល: \_\_\_\_\_ គេហទំព័រ: \_\_\_\_\_

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

ប្រភេទអាជីវកម្ម: \_\_\_\_\_

ប្រភេទពន្ធ: \_\_\_\_\_

2. ធានារ៉ាប់រងចាំបាច់	កំរិតនៃការធានា (ដុល្លារអាមេរិក)	បុព្វលាភ (ដុល្លារអាមេរិក)
<b>ផ្នែកទី 1: អគ្គិភ័យ និង ហានិភ័យផ្សេងៗ</b> អគារ និង សំភារៈ (គ្រឿងសង្ហារឹម គ្រឿងបំពាក់លើជញ្ជាំង សំភារៈការិយាល័យ និងសំភារៈផ្សេងៗទៀតដែលជាកម្មសិទ្ធិរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង)	<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 1 25,000	35
	<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 2 50,000	70
	<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 3 100,000	140
	<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 4 150,000	210
	<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 5 200,000	280
	<input type="checkbox"/> ជំរើសទី 6 250,000	350
<b>ការធានាបន្ថែមពិសេស</b> <b>ការខាតបង់ប្រាក់ចំណេញ</b>	3% នៃទឹកប្រាក់ទូទាត់សំណងក្នុងផ្នែកទី 1	ឥតគិតថ្លៃ

3. ធានារ៉ាប់រងតាមចំណង់ចិត្ត និង កំរិតនៃការធានា (ដុល្លារអាមេរិក)	បុព្វលាភ (ដុល្លារអាមេរិក)
<b>ផ្នែកទី 2: ភារៈទទួលខុសត្រូវលើគតិយជន</b>	
<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: ភារៈទទួលខុសត្រូវលើគតិយជន	ដុល្លារ .....
ផ្នែកទី 3: គ្រោះថ្នាក់បុគ្គល	ដុល្លារ .....
ចំណាយរដ្ឋបាល	ដុល្លារ 1.00
<b>បុព្វលាភសរុប</b>	<b>ដុល្លារ .....</b>

**5. ព័ត៌មានបន្ថែម**

**គ្រោះថ្នាក់បុគ្គល**  
(សូមផ្តល់សេចក្តីលំអិតអំពីបុគ្គលិកដែលត្រូវធានាក្នុងផ្នែកទី ៣)

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 គឺជាមូលដ្ឋាននៃកិច្ចសន្យារវាងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងហ្វូតតេ 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 បានទទួលដោយក្រុមហ៊ុនហ្វូតតេទៅតាមលក្ខខណ្ឌនៃ ធានារ៉ាប់រង។
- (iii) បើសិនជាពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកត្រូវបានទទួល តាមលក្ខ ខណ្ឌមុនការទទួលខុសត្រូវលើសំណង អ្នកស្នើសុំត្រូវបង់ បុព្វលាភជូនក្រុមហ៊ុនក្នុងរយៈពេល៣០ថ្ងៃធ្វើការ គិតចាប់ ពីថ្ងៃចាប់ផ្តើមធានា។ បើអ្នកស្នើសុំមិនគោរពតាមលក្ខ ខណ្ឌបណ្តុំសន្យារ៉ាប់រងនឹងបញ្ចប់ហើយក្រុមហ៊ុនរក្សាសិទ្ធិ ទាមទារបុព្វលាភសំរាប់រយៈពេលដែលបានធានា។

**8. សំរាប់ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រង**

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_

លេខកូដភ្នាក់ងារ: \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខា: \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ: \_\_\_\_\_

**9. សំរាប់ក្រុមហ៊ុនហ្វូតតេ**

កាលបរិច្ឆេទទទួល: \_\_\_\_\_

មធ្យោបាយបង់បុព្វលាភ: \_\_\_\_\_

លេខវិក្កយបត្រទទួលបុព្វលាភ: \_\_\_\_\_

លេខបណ្តុំសន្យារ៉ាប់រង: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះនិងហត្ថលេខា: \_\_\_\_\_

**10. រាល់សំនុំខាងក្រោមត្រូវតែឆ្លើយដោយអ្នកស្នើសុំ:**

(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 / ទ្វារមួរ / 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 / ក្បឿង / បេតុងទាំងស្រុងទេ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
បើគ្មានទេ សូមបញ្ជូនទៅក្រុមហ៊ុនសិន		
4. តើម្ចាស់ ឬបុគ្គលិកមានពិការភាពគ្រង់ណាដែរ 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)