



Phillip General Insurance

Your Partner In Insurance

A Member of PhillipCapital Group, Singapore

បែបបទទាមទារសំណងលើគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល

PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM

1/ ព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / POLICYHOLDER INFORMATION

ឈ្មោះ / Name	លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង / Policy Number
មុខរបរ / Business / Occupation	អាសយដ្ឋាន / Address

2/ ព័ត៌មានរបស់អ្នកទាមទារសំណង / CLAIMANT INFORMATION

ឈ្មោះ / Name	លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number
មុខរបរ / Occupation	អាសយដ្ឋាន / Address
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត / Date of Birth	សារអេឡិចត្រូនិច / E-mail

3/ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់ / DETAILS OF ACCIDENT

ម៉ោង & កាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់ / Time & Date of Accident	ទីកន្លែងនៃគ្រោះថ្នាក់ / Place of Accident
សូមពន្យល់លម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់ / Explain How the Accident Happened	
សូមរៀបរាប់លម្អិតអំពីរបួស / Describe the Nature of Injuries:	

4/ បុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងគ្រោះថ្នាក់នេះ / PERSON RESPONSIBLE FOR THE ACCIDENT

នរណាគេជាអ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងគ្រោះថ្នាក់នេះ ? Who is responsible for the accident?	អ្នក You	តតិយជន Third Party	គ្មាន Non
---	-------------	-----------------------	--------------

ប្រសិនបើតិចជាអ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងគ្រោះថ្នាក់នេះ តើគេបានធ្វើសំណងជូនអ្នកចំនួនប៉ុន្មាន?
If third party is responsible for the accident, how much did they compensate you?

5/ បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ឬ ប.ស.ស / OTHER INSURANCES OR NSSF

តើអ្នកមានបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ឬ ប.ស.ស ដែលធានាលើគ្រោះថ្នាក់នេះដែរឬទេ?
Do you have any other insurances or NSSF cover this accident?

មាន ☐ អត់ ☐
Yes No

ប្រសិនបើ "មាន" តើអ្នកបានដាក់បែបបទទាមទារសំណងទៅកាន់ក្រុមហ៊ុនទាំងនោះហើយឬនៅ?
If "Yes", did you submit the claim to them?
សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតទាក់ទងនឹងបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និង ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងនោះ
Please give us the details of the insurance policy and the insurance company:

មាន ☐ អត់ ☐
Yes No

6/ ព័ត៌មានអំពី គ្លីនិក ឬ មន្ទីរពេទ្យ និង វេជ្ជបណ្ឌិត / CLINIC OR HOSPITAL AND DOCTOR INFORMATION

ឈ្មោះគ្លីនិក ឬ មន្ទីរពេទ្យ / Name of Clinic or Hospital	ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត / Name of the Doctor
អាសយដ្ឋាន / Address	លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number

7/ ទឹកប្រាក់ដែលទាមទារ និងឈ្មោះដែលត្រូវសរសេរនៅលើមូលប័ណ្ណបង់ប្រាក់ / CLAIM AMOUNT & CHEQUE PAYEE NAME

ទឹកប្រាក់ដែលទាមទារ / Claim Amount	ឈ្មោះដែលត្រូវសរសេរនៅលើមូលប័ណ្ណបង់ប្រាក់ / Name of Cheque Payee
-----------------------------------	--

8/ ការប្រកាសរបស់អ្នកទាមទារសំណង / DECLARATION BY CLAIMANT

ខ្ញុំសូមប្រកាសថាខ្ញុំបានបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និង មិនមានបំណងបង្កអោយមានគ្រោះថ្នាក់ ឬ ការបាត់បង់ ឬ ការខូចខាត ឬ បំផ្លើស ហួសពីការពិតអំពីទឹកប្រាក់ដែលទាមទារ ឬ ស្វែងរកផលប្រយោជន៍ដោយមិនស្មោះត្រង់តាមរយៈការបន្លំ ឬ ការរាយការណ៍ខុសដោយចេតនា និង ខ្ញុំសូម អះអាងថាព័ត៌មានដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងបែបបទទាមទារសំណងនេះគឺពិត និង ត្រឹមត្រូវ និង ខ្ញុំមិនបានបិទបាំងនៅព័ត៌មានណាមួយទាក់ទងនឹងការ ទាមទារសំណងនេះទេ។

I declare that I have complied with the conditions and warranties of the Policy and in no manner deliberately caused the said accident or loss or damage or exaggerated the claim or sought unjustly to benefit any fraud or willful misrepresentation and that the information shown on this form is true and that I have not concealed any information relating to this claim.

ខ្ញុំទទួលស្គាល់សិទ្ធិរបស់ **Phillip General Insurance (Cambodia) Plc** ក្នុងការបដិសេធលើការទាមទារសំណងរបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើក្រោយមកក្រុមហ៊ុនរក ឃើញថាមានការក្លែង បន្លំ ឬ លាក់កំបាំងដោយចេតនាពីរូបខ្ញុំ។

I understand **Phillip General Insurance (Cambodia) Plc** reserves the right to repudiate the claim if it is later proven false or intentionally omitted by me.

ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការព្យាបាលរបស់ខ្ញុំដែលចាំបាច់ក្នុងការដោះស្រាយសំណង។
I authorize the release of any medical information necessary to process this claim.

កាលបរិច្ឆេទ / DATE

ឈ្មោះ / NAME

ហត្ថលេខា និង ត្រា / SIGNATURE & STAMP