



បែបបទទាមទារសំណងលើធានារ៉ាប់រងទ្រព្យសម្បត្តិ

PROPERTY ALL RISKS INSURANCE CLAIM FORM

1/ ព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / POLICYHOLDER INFORMATION

ឈ្មោះ / Name	លេខបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង / Policy Number
មុខរបរ / Occupation	លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number
អាសយដ្ឋាន / Address	សារអេឡិចត្រូនិច / E-mail

2/ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់ / DETAILS OF INCIDENT

ម៉ោង & កាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់ Time & Date of Incident	តើគ្រោះថ្នាក់ត្រូវបានរាយការណ៍ទៅអ្នកនៅពេលណា? When was the incident reported or known to you?
ទីកន្លែងដែលគ្រោះថ្នាក់កើតឡើង / Place where the incident occurred	
សូមពន្យល់លម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់ និង បុព្វហេតុនៃការខូចខាត Explain in detail how the incident happened and nature of damage	

3/ បុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងគ្រោះថ្នាក់នេះ / PERSON RESPONSIBLE FOR THE INCIDENT

តើមាននរណាមួយជាអ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងគ្រោះថ្នាក់នេះដែរ ឬ ទេ? Is there anyone responsible for the incident?		មាន Yes	<input type="checkbox"/>	អត់ No	<input type="checkbox"/>
ប្រសិនបើ "មាន" សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីពួកគេ / If "Yes" please give us their details:					
ឈ្មោះ / Name	លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number				
អាសយដ្ឋាន / Address					

4/ សាក្សី / WITNESSES

ឈ្មោះ / Name	លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number
អាសយដ្ឋាន / Address	
ការផ្តល់សាក្សីភាពរបស់សាក្សី / Statement of Witness	

5/ ការទទួលខុសត្រូវតាមផ្លូវច្បាប់ / LEGAL LIABILITY

តើអ្នកជាអ្នកបង្កហេតុក្នុងករណីគ្រោះថ្នាក់នេះមែន ឬ ទេ ? Are you responsible for the incident?		មាន Yes	<input type="checkbox"/>	អត់ No	<input type="checkbox"/>
ឈ្មោះរបស់អ្នករងរបួស ឬ ម្ចាស់ទ្រព្យសម្បត្តិដែលខូចខាត Name of injured person or owner of damaged property	ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នក និង អ្នករងរបួស ឬ ម្ចាស់ទ្រព្យសម្បត្តិដែលខូចខាត Relationship between you and the injured person or owner of the damaged property				
លេខទូរស័ព្ទ / Phone Number	អាសយដ្ឋាន / Address				
តើជនរងគ្រោះបានដាក់លិខិតទាមទារសំណងពីអ្នកដែរ ឬ ទេ? Did the victim submit an official claim to you?		មាន Yes	<input type="checkbox"/>	អត់ No	<input type="checkbox"/>
ប្រសិនបើ “មាន” សូមផ្តល់អោយយើងនូវលិខិតទាមទារសំណង និង ព័ត៌មានលំអិតទាក់ទងនឹងការទាមទារសំណងនោះ If “Yes”, please give us a copy of their official claim and all other relevant information of their claim					

6/ ការបាត់បង់ដោយអំពើហោរកម្ម / BURGLARY OR THEFT LOSS

នៅពេលបាត់បង់ តើបរិវេណត្រូវបានទុកទំនេរចោលអស់រយៈពេលប៉ុន្មានហើយ? At the time of loss how long had the premises been unoccupied?	នៅពេលណាដែលអ្នកបានឃើញទ្រព្យសម្បត្តិចុងក្រោយ? When was the property last seen by you?			
តើបរិវេណរបស់អ្នកមានបំពាក់កាមេរ៉ាសុវត្ថិភាពដែរ ឬ ទេ? Do you have any CCTV (Closed-Circuit Television) at your premises?	មាន Yes	<input type="checkbox"/>	អត់ No	<input type="checkbox"/>
ប្រសិនបើ “មាន” សូមផ្តល់អោយយើងនូវវីដេអូថតចំលងមួយច្បាប់ / If “Yes”, please give us a copy of the video				
តើមានស្នាមគាស់ចូល ឬ ចេញនៅបរិវេណដែរ ឬ ទេ? Is there any sign of forcible and violent entry or exit of the premises?	មាន Yes	<input type="checkbox"/>	អត់ No	<input type="checkbox"/>

7/ ប៉ូលីស / POLICE

តើអ្នកបានដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ប៉ូលីសអំពីគ្រោះថ្នាក់នេះទេ? Did you report to Police about the incident?	មាន Yes	<input type="checkbox"/>	អត់ No	<input type="checkbox"/>
ប្រសិនបើ “មាន” សូមផ្តល់អោយយើងនូវរបាយការណ៍របស់ប៉ូលីស ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់ប៉ូលីស ឈ្មោះរបស់មន្ត្រីប៉ូលីស និងលេខទូរស័ព្ទ: If “Yes”, please give us a copy of Police Report, Name & Address of Police Station, Name of Police Officer, and Phone Number:				

8/ បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត / OTHER INSURANCES

តើអ្នកមានបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលធានាលើគ្រោះថ្នាក់ ឬ ការបាត់បង់នេះដែរ ឬ ទេ? Do you have any other insurances covering this accident?	មាន Yes	<input type="text"/>	អត់ No	<input type="text"/>
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 name of insurance company:	មាន Yes	<input type="text"/>	អត់ No	<input type="text"/>

9/ ពិពណ៌នាអំពីទ្រព្យសម្បត្តិដែលបាត់បង់ ឬ ខូចខាត / DESCRIPTION OF PROPERTY LOST OR DAMAGED

លេខ No.	ប្រភេទ ទ្រព្យសម្បត្តិ Items	ឈ្មោះអ្នកផ្គត់ផ្គង់ Supplier Name	កាលបរិច្ឆេទទិញ Date of Purchase	តម្លៃទិញដើម Original Purchase Price	រំលោះ និង ការសឹកវិចិល Depreciation & Wear & Tear	ទឹកប្រាក់ទាមទារសំណង Claim Amount
សរុប / TOTAL						

10/ ការប្រកាសរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / DECLARATION BY INSURED

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

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

I declare that I have complied with the conditions and warranties of the Policy and in no manner deliberately caused the said 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 correct to the best of my knowledge and belief and that I have not concealed any information relating to this claim.

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.