



Your belief, our responsibility

CAMBODIA-VIETNAM INSURANCE PLC.

8th Floor, Building No. 398, Monivong Blvd., Sangkat BeungKeng Kang 1, Khan Chamkar Mon, Phnom Penh, Cambodia Tel: (855) 23 212 000 Email: info@cvi.com.kh Fax: (855) 23 215 505 Website: www.cvi.com .kh

ទំរង់ទាមទារសំណងលើគ្រោះអគ្គិភ័យ

FIRE & SPECIAL PERILS CLAIM FORM

ការផ្តល់ឱ្យនូវទំរង់នេះ មិនបង្កើតជាការទទួលខុសត្រូវណាមួយ

របស់ CVI នោះឡើយ ។ សូមបំពេញគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់

The issuance of this form does not constitute an admission of liability on the part of CVI. Please complete all sections.

លេខប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policy Number

លេខទាមទារសំណង Claim Number

សេចក្តីលម្អិតអំពីអ្នកត្រូវបានធានា INSURED DETAILS

ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានា Name of the Insured, លេខទំនាក់ទំនង Contact no., អាសយដ្ឋាន Address

សេចក្តីលម្អិតអំពីការបាត់បង់ ឬខូចខាត LOSS/DAMAGE DETAILS

កាលបរិច្ឆេទនៃការបាត់បង់ ឬខូចខាត Date loss/damage, ម៉ោង Time, ព្រឹក / ល្ងាច am / pm, តើនៅពេលណាដែលការបាត់បង់ ឬខូចខាតនោះត្រូវបានគេដឹង? When was loss/damage discovered?, អាសយដ្ឋានដែលទ្រព្យសម្បត្តិត្រូវបានបំផ្លាញ ឬខូចខាត Address of property destroyed/damage, សូមរៀបរាប់ឱ្យបានច្បាស់នូវហេតុការណ៍នោះ និងផលវិបាកដែលកើតមានឡើង តើអ្នកគិតថាបណ្តាលមកពីមូលហេតុអ្វី? សូមបញ្ជាក់ ។ Describe fully what happened and the resulting damage, and state what you believe caused it to happen?

សំរាប់ខ្យល់ព្យុះ និងទឹកជំនន់ WINDSTORMS AND FLOOD ONLY

តើមានអ្វីដែលបានខូចខាត? What was the damage?, មូលហេតុដែលនាំឱ្យមានការខូចខាត? What damage was cause?, តើមានកន្លែងចំហរប្រភេទណាទើបធ្វើឱ្យខ្យល់ព្យុះ ទឹកភ្លៀង ទឹកលិច ចូលដល់បរិវេណអគារបាន? Through what type of opening did windstorm, rain, or water enter premises?

តើខ្យល់ព្យុះ/ទឹកជំនន់នោះ ធ្វើឱ្យរូបិកចំហរដល់បរិវេណអគារ ឬទេ?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មាន, សូមបញ្ជាក់.....
Did windstorm/flood cause opening to premises?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please describe.....

ការទទួលខុសត្រូវ/សាក្សី
RESPONSIBILITY/WITNESS

តាមគំនិតអ្នក តើមាននរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតទទួលខុសត្រូវលើការខូចខាតនេះទេ?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មាន សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទ.....
Was another person in your opinion, responsible for loss or damage?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please specify name and contact no.....
តើមានសាក្សីបានដឹងឮរឿងហេតុការណ៍នេះទេ?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មាន សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទ.....
Was there a witness/witnesses to this event?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please specify name and contact no.....

សេចក្តីលំអិតអំពីប៉ូលីស
POLICE DETAILS

តើមានមន្ត្រីប៉ូលីសទៅដល់ទីកន្លែងកើតហេតុនោះទេ?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មាន /សូមបញ្ជាក់ពីឈ្មោះប៉ូលីស្តីប៉ូលីស.....
Did the police attend the scene?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please state the name of police station.....
កាលបរិច្ឆេទ និងម៉ោងរាយការណ៍ទៅប៉ូលីស	
Date and time notified to the police	
បើសិនមិនបានរាយការណ៍ទៅប៉ូលីសទេ សូមបញ្ជាក់ពីមូលហេតុ	
State the reason, if not report to police	
តើប៉ូលីសបានរកឃើញទ្រព្យសម្បត្តិទាំងនោះត្រលប់មកវិញទេ?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មាន
Has the police recovered the property?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
តើគ្រោះថ្នាក់/ការខូចខាតនេះបានចុះផ្សាយក្នុងសារព័ត៌មានជាសាធារណៈដែរ ឬទេ?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មាន
Has the loss/damage been advertised in any newspaper?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
វិធានការណ៍ផ្សេងៗ ដែលត្រូវធ្វើឡើងដើម្បីស្តារការខូចខាត/គ្រោះថ្នាក់នោះឡើងវិញ	
Other action taken to recover the loss/damage	

ប្រវត្តិនៃការធ្វើសំណងធានារ៉ាប់រង
INSURANCE HISTORY

តើកាលពីមុន អ្នកមានធ្លាប់ធ្វើការទាមទារសំណងណាមួយលើគ្រោះថ្នាក់ ឬការខូចខាត ឬបណ្តាលឱ្យខូចខាត ឬរបួសទៅលើភាគីដទៃដែរ ឬទេ?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មាន /សូមបញ្ជាក់អំពីការខូចខាតនោះ និងចំនួនទឹកប្រាក់.....
Have you ever previously claimed for a loss/damage/or caused damage or injury to third parties?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please give detail of such loss & amount involved.....
តើមានក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងណាមួយមានការជាប់ពាក់ព័ន្ធដែរ ឬទេ?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មាន /សូមបញ្ជាក់ពីឈ្មោះក្រុមហ៊ុន និងឆ្នាំនៃការទាមទារសំណង
Was an Insurance company involved?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please state the name of company & year of claim

ការបញ្ជាក់អំពីទ្រព្យសម្បត្តិដែលបាត់បង់ ឬខូចខាត
STATEMENT OF PROPERTY LOSS/DAMAGE

បរិយាយអំពីទ្រព្យសម្បត្តិ	កាលបរិច្ឆេទនៃការទិញ	ទិញ ឬទទួលបាន ពីអ្នកណា	តំលៃ	តំលៃរំលូស (ការសិក្សាវិចារិល ឬការបាត់បង់តម្លៃ)	ទឹកប្រាក់ដែលត្រូវ ទាមទារ	សំរាប់តែបុគ្គលិក CVI បំពេញ
Description of property	Purchase Date	From Whom Purchased or Acquired	Value	Deduction of Wear and Tear or Depreciation or Value of Salvage	Amount Claimed	FOR OFFICE USE ONLY

