



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

ទំរង់បែបបទរបាយការណ៍

STATEMENT FORM

លេខទាមទារសំណង:

CLAIM NO.:

ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានា:

Insured Name:

អាសយដ្ឋាន:

Address:

ភេទ:

អាយុ:

សញ្ជាតិ:

មានគ្រួសារ ឬនៅលីវ:

Sex:

Age:

Nationality:

Marital Status:

ឈ្មោះនិយោជក:

Employer's name:

មុខរបរ:

ប្រាក់ខែ:

កាលបរិច្ឆេទចូលបំរើការងារ:

occupation:

Salary:

Date of employment:

លេខប័ណ្ណបើកបរ:

កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់:

Driving licsence:

Date of expiry:

ភាសានិយាយ:

Language spoken:

កត់ត្រាដោយ:

កាលបរិច្ឆេទ:

ម៉ោង:

Recorded by:

Date:

Time:

ខ្ញុំសូមធ្វើការប្រកាសជាឧទ្ធុរិកថា ការរៀបរាប់មកខាងក្រោមនេះគឺពិត និងត្រឹមត្រូវ ទៅនឹងអ្វីដែលខ្ញុំបានដឹង និងជឿជាក់ ។

I hereby declare that the following statement made by me is true and correct to the best of my knowledge and belief.

Blank lines for additional statement content.

ហត្ថលេខាអ្នកធ្វើរបាយការណ៍

Singnature of reporter

ហត្ថលេខាអ្នកទាមទារសំណង

Singnature of Claimant

ឈ្មោះ:

Name:

កាលបរិច្ឆេទ/Date:

ឈ្មោះ:

Name:

កាលបរិច្ឆេទ/Date: