



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

**របាយការណ៍សាក្សី**

**WITNESS REPORT**

លេខទាមទារសំណង:

**CLAIM NO.:**

ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានា

Insured Name:

លេខប័ណ្ណធានា

Policy no.

អាសយដ្ឋាន

Address:

លេខទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង

Contact no.

ឈ្មោះនិយោជិត:

Employee Name:

ភេទ:

Sex:

អាយុ:

Age:

សញ្ជាតិ:

Nationality:

មានគ្រួសារ ឬនៅស៊ីវៈ

Marital Status:

មុខរបរ:

occupation:

ប្រាក់ខែ:

Salary:

កាលបរិច្ឆេទចូលបម្រើការងារ:

Date of employment:

លេខប័ណ្ណបើកបរ:

Driving licsence:

កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់:

Date of expiry:

ភាសានិយាយ:

Language spoken:

កត់ត្រាដោយ:

Recorded by:

កាលបរិច្ឆេទ:

Date:

ម៉ោង:

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 or notes.

ហត្ថលេខាអ្នកធ្វើរបាយការណ៍

Singnature of reporter

ហត្ថលេខាសាក្សី

Singnature of witness

ឈ្មោះ:

Name:

កាលបរិច្ឆេទ/Date:

ឈ្មោះ:

Name:

កាលបរិច្ឆេទ/Date: