



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

ទំរង់ទាមទារសំណងលើយានយន្ត

MOTOR VEHICLE CLAIM FORM

ការផ្តល់ឱ្យទំរង់នេះ 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

សេចក្តីលំអិតអំពីអ្នកត្រូវបានធានា
INSURED DETAILS
ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានា
Insured Name
អាសយដ្ឋាន
Address
កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់នៃប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង
Policy Expiry Date
លេខទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង
Contact no.
ប្រភេទនៃប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង
Terms of cover

សេចក្តីលំអិតអំពីយានយន្ត
VEHICLE DETAILS
ម៉ាកឡាន
Make of Vehicle
ឆ្នាំផលិត
Year of Manufacture
លេខចុះបញ្ជី
Registration no.
ប្រភេទឡាន
Model of Vehicle
លេខសាក់ស៊ី
Chassis no.
លេខម៉ាស៊ីន
Engine no.
ឈ្មោះម្ចាស់ដើមដែលបានចុះបញ្ជី
Registered Owner
កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្ទេរកម្មសិទ្ធិ
Date of Transfer (if applicable)

សេចក្តីលំអិតអំពីអ្នកបើកបរ
DRIVER DETAILS
ឈ្មោះអ្នកបើកបរ
Driver's name
ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានា
Relation with Insured
អាសយដ្ឋាន
Address
ថ្ងៃខែ ឆ្នាំ កំណើត
Date of birth
លេខប័ណ្ណបើកបរ
Driving liscence no.
កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់
Expiry date
តើអ្នកបើកបរនោះត្រូវជា (ក) សាច់ញាតិ (ខ) មិត្តភក្តិ (គ) និយោជិត របស់អ្នក?
Is the driver (a) your relative, (b) your friend, (c) in your employ?
តើគាត់/នាងបានពាក់ព័ន្ធនឹងមុខជំនួញរបស់អ្នកទេក្នុងពេលបំរើការងារ?
Was he/she engaged upon your business at the time of your employ?
តើអ្នកបើកបរនោះ បើកបរក្រោមការអនុញ្ញាត និងយល់ព្រមពីអ្នកដែរ ឬទេ?
Was the person driving with your knowledge and consent?

សេចក្តីលំអិតអំពីការខូចខាតនៅពេលគ្រោះថ្នាក់
ACCIDENT/LOSS DETAILS
កាលបរិច្ឆេទ
Date
ម៉ោង
Time
ព្រឹក / ល្ងាច
am / pm
ល្បឿន
Speed
ទីកន្លែងជាក់លាក់នៃហេតុការណ៍កើតឡើង
Exact place where loss occurred

គោលបំណងនៃការធ្វើដំណើរនៅពេលមានគ្រោះថ្នាក់ Purpose of travel at the time of accident	<input type="checkbox"/> មុខជំនួញ / ការិយាល័យ Business/Office <input type="checkbox"/> គ្រួសារ Domestic <input type="checkbox"/> លំហែរកាយ Pleasure <input type="checkbox"/> សង្គម Social
បើសិនយានយន្តនោះកំពុងដឹកអីវ៉ាន់ តើដឹកអីវ៉ាន់អ្វី? If the vehicle was loaded, what was the cargo?	
សូមរៀបរាប់អំពីគ្រោះថ្នាក់ Description of loss	
សូមគូសរូប ដោយបង្ហាញទីតាំងយានយន្ត និងជនដែលពាក់ព័ន្ធ ទាំងមុន និងក្រោយពេលកើតហេតុ ហើយបង្ហាញទិសដៅដែលបានធ្វើដំណើរ Please make the sketch showing position of vehicles and persons concerned both before and after the accident, and show the direction in which they were traveling	
<b>Position before accident</b> ស្ថានភាពមុនកើតហេតុ	
<b>Position after accident</b> ស្ថានភាពក្រោយកើតហេតុ	

**ម្ចាស់យានយន្ត/អ្នករួមដំណើរ/ភាគីរងគ្រោះ/សេចក្តីព្រមានអំពីការខូចខាត  
OCCUPANT/PASSENGER/THIRD PARTY INJURY/LOSS DETAILS**

ឈ្មោះ <b>Name</b>	អាសយដ្ឋាន <b>Address</b>	លេខទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង <b>Phone No.</b>	ទំហំនៃការរងរបួស និងបាត់បង់ទ្រព្យសម្បត្តិ <b>Nature of injury/loss</b>

**ការប្រកាសអះអាង  
DECLARATION**

យើង/ខ្ញុំ សូមធានាអះអាងថា ព័ត៌មានខាងលើពិតជាត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញគ្រប់ចំនុចទាំងអស់ ។  
I/We WARRANT that the above statement and particular are correct and complete in every detail.

ហត្ថលេខា និងត្រាអ្នកត្រូវបានធានា កាលបរិច្ឆេទ     /     /  
Signature and stamp of the Insured ..... Date     /     /

ហត្ថលេខា អ្នកបើកបរ កាលបរិច្ឆេទ     /     /  
Driver's signature ..... Date     /     /

សូមពិនិត្យមើលថា ទំរង់បែបបទនេះត្រូវបានបំពេញសព្វគ្រប់ ក្នុងករណីមានការខ្វះខាតណាមួយ នឹងអាចបណ្តាលឱ្យមានការយឺតយ៉ាវលើការធ្វើសំណងនេះ  
ប្រសិនបើមានច្បាប់លើការបំពេញបែបបទនេះ សូមទំនាក់ទំនងមកកាន់លេខទូរស័ព្ទ: ០៩៧ ៥ ៩១១ ៩១១

**PLEASE CHECK THAT THIS FORM HAS BEEN FULLY COMPLETED AS ANY OMISSIONS MAY DELAY YOUR CLAIM.**  
Any enquiry on the claim form completion, please contact us at 097 5 911 911