



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

ទម្រង់ទាមទារសំណងលើទំនួលខុសត្រូវផ្លូវច្បាប់

LIABILITY CLAIM FORM

ការផ្តល់ឱ្យនូវទម្រង់នេះ 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.

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policy Number	
--	--

លេខទាមទារសំណង Claims Number	
--	--

សេចក្តីលម្អិតអំពីអ្នកត្រូវបានធានា INSURED DETAILS			
--	--	--	--

ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានា Name of the insured		លេខទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង Contact no.	
មុខរបរ/អាជីវកម្ម Occupation/Business			
អាសយដ្ឋាន Address			
តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលធានាលើគ្រោះថ្នាក់នេះ ឬទេ? Do you have other insurance policies covering you in respect of this incident?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មាន សូមបញ្ជាក់លម្អិត..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please give details.....		

ហេតុការណ៍ THE OCCURRENCE			
---	--	--	--

កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់ Date of accident		ម៉ោង Time		ព្រឹក / ល្ងាច am / pm
ទីកន្លែងកើតហេតុ Place of accident				
សូមពណ៌នាលម្អិតអំពីហេតុការណ៍កើតឡើង Describe fully how it occurred				

តើអ្នកទទួលបានព័ត៌មានពីហេតុការណ៍នោះនៅពេលណា? ពីអ្នកណា? បើសិនជាទទួលបានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ សូមភ្ជាប់លិខិតនោះមកជាមួយ When did you receive notice of the accident? From whom? If in writing, please attach a copy to this form.	
---	--

តើគ្រោះថ្នាក់នេះ ជិតក្រោមការស៊ើបអង្កេតរបស់ប៉ូលីស ឬទេ? Is this accident a subject of investigation by the police?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មាន សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនូវរបាយការណ៍ប៉ូលីស..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please attach a copy of the police report.....
សូមរៀបរាប់លំអិត នូវវិធីដែលអ្នកនឹងធ្វើដើម្បីការពារទប់ស្កាត់នូវ ហេតុការណ៍ដែលអាចកើតឡើងស្រដៀងគ្នានេះ? Describe in detail, your steps taken to prevent a similar occurrence.	
បញ្ជាក់ពីឈ្មោះអ្នកជាប់កិច្ចសន្យាម៉ៅការដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងហេតុការណ៍ នេះ និងភ្ជាប់មកនូវកិច្ចព្រមព្រៀង State name of contractor(s) involved in the incident and attach a copy of the contract agreement.	

សាក្សី WITNESSES	
សូមផ្តល់នូវឈ្មោះ អាសយដ្ឋានគ្រប់សាក្សីទាំងអស់ដែលមានវត្តមាននៅកន្លែងកើតហេតុ Please provide name and address of every witness and every other person who was present.	

អ្នករងរបួស THE INJURED PERSON			
ឈ្មោះអ្នករងរបួស Name of injured		មុខរបរ Occupation	
អាយុ Age	ភេទ Sex	ស្ថានភាពគ្រួសារ Marital Status	សញ្ជាតិ Nationality
អាសយដ្ឋាន Address			
សារអេលិចត្រូនិក E-mail		លេខទូរស័ព្ទ Contact no.	
តើគាត់ជានិយោជិតរបស់អ្នកមែន ឬទេ? Is he/she in your employment?	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> ទេ សូមផ្តល់ឈ្មោះ អាសយដ្ឋានរបស់និយោជក		
តើគាត់មានមុខងារជាអ្វីដែរ? What is the nature of his/her work?			
តើអ្នករងរបួសមានទំនាក់ទំនងដូចម្តេចជាមួយអ្នក? What is the relationship between you and the injured?			
តើគាត់ស្ថិតនៅក្រោមឥទ្ធិពលស្រា ឬគ្រឿងញៀនទេក្នុងពេលកើតហេតុ? Was he/she under the influence of alcohol or drugs at the time of the accident?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please specify		
តើគាត់ប្រព្រឹត្តខុស ឬមិនគោរពតាមការណែនាំ ឬមិនគោរពច្បាប់ទេ? Was he/she guilty of non-compliance with instructions or rules?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please specify		
តាមគំនិតរបស់អ្នក តើគាត់ទទួលខុសត្រូវលើគ្រោះថ្នាក់នោះដែរ ឬទេ? In your opinion, was he/she responsible for the accident?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Yes, please specify		
ទំហំ និងចំណុចនៃរបួស Nature and region of injury			
ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិកដែលគាត់បានត្រូវនាំទៅព្យាបាល Name of hospital or clinic to which he/she was conveyed			

ការខូចខាតលើទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នកដទៃ

DAMAGE TO PROPERTY OF OTHERS

ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់ម្ចាស់ទ្រព្យ Name and address of the owner of the property	
ប្រភេទនៃការខូចខាត ឬបាត់បង់ Nature of loss/damage	
តម្លៃប៉ាន់ស្មាននៃការខូចខាត ឬបាត់បង់ Estimated cost of repair/loss	

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
Signature and stamp of the Insured

កាលបរិច្ឆេទ / /
Date / /

សូមពិនិត្យមើលថា ទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានបំពេញសព្វគ្រប់ ក្នុងករណីមានការខ្វះខាតណាមួយ នឹងអាចបណ្តាលឱ្យមានការយឺតយ៉ាវលើការធ្វើសំណងនេះ
ប្រសិនបើមានចម្ងល់លើការបំពេញបែបបទនេះ 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