

ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល
Personal Accident Claim Form
人身意外险索赔申请表

ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងនេះ មិនមែនជាការទទួលយកការទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងឡើយ។

The issue of this form is not an admission of liability by the Insurers. 本索赔申请表并不能视作保险公司已承认有赔偿的责任。

វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការផ្តល់ចម្លើយដែលពេញលេញរាល់សំណួរទាំងអស់។

It is very important that a complete answer is to be given to every question. 每个问题的完整回答对本索赔申请是非常重要的。

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / Insured's Details / 被保险人详情

ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / Name of insured

លេខទូរស័ព្ទ / Telephone No.

被保险人姓名:

电话号码:

លេខប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង / Policy No.

កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ / Expiry Date

保单号码:

保单有效日期:

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្នកទាមទារសំណង / Claimant's Details / 申请索赔人详情

ឈ្មោះអ្នករងរបួស / Name of Injured Person

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត / Date of Birth

受伤者姓名:

出生日期:

អាសយដ្ឋាន / Address /

លេខទូរស័ព្ទ / Telephone No.

地址:

电话号码:

ព័ត៌មានលម្អិតនៃគ្រោះថ្នាក់ / Accident's Details / 意外事故详情

សូមផ្តល់កាលបរិច្ឆេទ និងពេលវេលាពិតប្រាកដនៃការរងរបួស/ Please give exact date and time when injured/ 请提供正确受伤日期与时间

កាលបរិច្ឆេទ

ថ្ងៃទី

ខែ

ឆ្នាំ

ម៉ោង

ព្រឹក / ថ្ងៃ

Date/日期: dd/日 mm/月 yy/年 Time/时间 am / pm 上午 / 下午

ទីកន្លែងគ្រោះថ្នាក់

Where the accident occurred / 意外事故发生地点

តើអ្នករងរបួសមានស្ថិតនៅក្រោមឥទ្ធិពលនៃគ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹងទេនៅពេលដែលមានគ្រោះថ្នាក់?

☐ មាន

☐ គ្មាន

Was the injured person under the influence of any drug or alcohol at the time of an accident?

☐ Yes

☐ No

发生意外事故时, 受伤者是否受毒品或酒精影响?

☐ 是

☐ 否

បើមាន សូមបញ្ជាក់ / If yes, give details

若有, 请说明:

តើអ្នករងរបួសមានទទួលបានសំណងពីធានារ៉ាប់រងផ្សេងដែរឬទេនៅពេលដែលមានគ្រោះថ្នាក់?

☐ មាន

☐ គ្មាន

Is injured person entitled to compensation from other insurance policies in respect of this accident?

☐ Yes

☐ No

发生意外事故时, 被保险人是否收到其他保险公司的赔偿?

☐ 是

☐ 否

បើមាន សូមបញ្ជាក់ / If yes, give details

若有, 请说明:

សូមផ្តល់សេចក្តីលម្អិតនៃហេតុការណ៍ដែលបានកើតឡើង / Give detail of circumstances incurred / 请提供意外事故详情:

ការប្រកាស / Declaration / 声明

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំសូមប្រកាសថា រាល់សេចក្តីលម្អិតខាងលើគឺជាការពិត និងពេញលេញ។ ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំសូមទទួលស្គាល់ថា ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងមានសិទ្ធិក្នុងការបដិសេធការទទួលខុសត្រូវដោយផ្នែក ឬទាំងស្រុង ប្រសិនបើចម្លើយដែលបានសរសេរខាងលើជាការមិនពិត ឬមានបំណងក្លែងបន្លំក្នុងទិដ្ឋភាពណាមួយ។
I/We hereby declare that these particulars are true and complete. I/We accept that insurers would be at liberty to deny liability in part or in full if the above written answers are false or inaccurate in any aspect.

我/我们谨声明上述提供的所有详细说明是真实和完整。如果上述书面回答有任何不真实或不正确的信息, 我/我们同意保险公司有权拒绝承担部分或全部责任。

ហត្ថលេខា ឈ្មោះ និងត្រាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង

Signature, Name and Stamp of Insured

被保险人签字、姓名与盖章

កាលបរិច្ឆេទ/Date/日期



ទំនាក់ទំនង ២៤ម៉ោង

全天候理赔团队 | 24/7 CALL CENTER

+855 78 24 24 24 / +855 87 24 24 24

អគារលេខ៨៨១៧, ផ្លូវលេខ១១៩ ភូមិ១២ សង្កាត់វាលវែង ខណ្ឌដង្កោ
រាជធានីភ្នំពេញ ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
BUILDING # LAND LOT C, ST. 169, PHUM 12, SANGKAT VEAL VONG,
KHAN 7 MAKARA, PHNOM PENH, KINGDOM OF CAMBODIA.

