LHSBI Insurance
លី ហួរ អេស ប៊ី អាយ អ៊ុនសួរេន ម.ក
LY HOUR SBI INSURANCE PLC.

ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងយានយន្ត

MOTOR INSURANCE CLAIM FORM

អ្នកទាមទារសំណងត្រូវបំពេញនូវគ្រប់សំណួរខាងក្រោមអោយបានពេញលេញ និងច្បាស់លាស់ត្រឹមត្រូវ ហើយការបំពេញនូវបែបបទនេះមិនមែនចាត់ទុកជាការទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងទេ។ សូមប្រគល់ទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងមកកាន់ ក្រុមហ៊ុន លី ហួរ អេស ប៊ី អាយ អ៊ុនសួរេន ម.ក ក្នុងរយៈពេល ៧ គិតចាប់ពីថ្ងៃគ្រោះថ្នាក់។ The claimant must answer all the relevant questions below fully and accurately and completing this form is not to be taken as an admission of liability by the insurers. Please return this claim form to Ly Hour SBI Insurance Plc within 7 days after the date of accident.

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីម្ចាស់បណ្ណធានារ៉ាប់រង / Insured's Details			
លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policy Number		រយៈពេលធានារ៉ាប់រង Period of insurance	ចាប់ពី From: ...../...../..... ដល់ To : ...../...../.....
ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Name of Policyholder		ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង Contact No.	
អាសយដ្ឋាន/Address			
ព័ត៌មានលម្អិតអំពីយានយន្ត / Vehicle's Details			
ម៉ូដែល/Make & Model		ស្លាកលេខ/Registration No	
ឆ្នាំផលិត/Year		ពណ៌/color	
លេខតួ/សាក់ស៊ី/Body/Chassis No.		លេខម៉ាស៊ីន/Engine No.	
ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្នកបើកបរ / Driver's Details			
ឈ្មោះអ្នកបើកបរ/Driver's Name		លេខបណ្ណបើកបរ/Driver's License No.	
ប្រភេទបណ្ណបើកបរ/ Classes		កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់/Expiry Date	
អាសយដ្ឋាន/Address			
ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង/Contact No.			
តើអ្នកបើកបរមានស្ថិតក្រោមឥទ្ធិពលគ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹងដែលឬទេ នៅពេលគ្រោះថ្នាក់ ? Was the driver under the influence of any drug or alcohol at the time of the accident?			☐ មាន / Yes ☐ ទេ / No
ព័ត៌មានលម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់ / Accident's Details			
កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់/Date of Accident	...../...../.....	ម៉ោង / Time: ..... :	ព្រឹក AM / ថ្ងៃ PM
ទីកន្លែងកើតហេតុ/Place of accident			
តើមន្ត្រីនគរបាលនៅកន្លែងគ្រោះថ្នាក់ឬទេ ? Did a police officer attend accident?		☐ មាន / Yes	☐ គ្មាន / No

ចូរពិពណ៌នាគ្រោះថ្នាក់ដែលបានកើតឡើង / Describe in Detail How the Accident Occurred: .....

.....

.....

.....

.....

ការបញ្ជាក់ / Declaration

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំសូមប្រកាសថារាល់សេចក្តីលម្អិតទាំងឡាយជាការពិត ហើយខ្ញុំសូមទទួលស្គាល់ថាក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងមានសិទ្ធិក្នុងការបដិសេធការទទួលខុសត្រូវដោយផ្នែកឬទាំងស្រុង ប្រសិនបើចម្លើយដែលបានសរសេរខាងលើ ជាការមិនពិត ឬមិនត្រឹមត្រូវក្នុងទស្សនៈណាមួយ។ I/We hereby declare that these particulars are true and accept that insurance would be at liberty to deny liability in part or in full if the above written answers are false or inaccurate in any aspect.

ហត្ថលេខា, ឈ្មោះ និងត្រារបស់ក្រុមហ៊ុន/អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/កាលបរិច្ឆេ Signature & Company Stamp of Insured/Date	ហត្ថលេខានិងឈ្មោះអ្នកបើកបរ/កាលបរិច្ឆេទ Signature & Driver's Name/Date