



ពាក្យសុំទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រងរថយន្ត
VEHICLE INSURANCE CLAIM FORM

អ្នកទាមទារសំណងត្រូវបំពេញនូវព័ត៌មានខាងក្រោមអោយបានពេញលេញ និងច្បាស់លាស់ត្រឹមត្រូវ ហើយការបំពេញនូវបែបបទនេះមិនមែនជាទម្រង់ទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងទេ។ សូមប្រគល់ទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងមកកាន់ ក្រុមហ៊ុន លី ហ្គឺរ អេស ប៊ី អាយ អ៊ិនស៊ុរ៉ង់ស៊ី 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.

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីម្ចាស់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង / Insured's Details			
លេខប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policy Number		រយៈពេលធានារ៉ាប់រង Period of insurance	ចាប់ពី From:/...../..... ដល់ To :/...../.....
ម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង 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		លេខប័ណ្ណបើកបរ/Driver's License No.	
ប្រភេទប័ណ្ណបើកបរ/ Classes		កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់/Expiry Date	
អាសយដ្ឋាន/Address			
ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង/Contact No.			

តើអ្នកបើកបរមានស្ថិតក្រោមឥទ្ធិពលគ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹងដែលប្រទេ នៅពេលគ្រោះថ្នាក់ ?
Was the driver under the influence of any drug or alcohol at the time of the accident ?

មាន / Yes គ្មាន / No

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់ / Accident's Details			
កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់/Date of Accident/...../.....	ម៉ោង / Time: :	ព្រឹក AM / ថ្ងៃ PM
ទីកន្លែងកើតហេតុ/Place of accident			

តើមន្ត្រីនគរបាលនៅកន្លែងគ្រោះថ្នាក់ប្រទេ ? Did a police officer attend accident ?

មាន / Yes គ្មាន / No

ចូរពិពណ៌នាគ្រោះថ្នាក់ដែលបានកើតឡើង / Describe in Detail How the Accident Occurred:

.....

.....

.....

.....

ការបញ្ជាក់ / Declaration

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំសូមប្រកាសថាព័ត៌មានទាំងឡាយខាងលើនេះ គឺជាពិត ហើយខ្ញុំ/យើងខ្ញុំទទួលខុសត្រូវថាក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងមានសិទ្ធិក្នុងការដកស្រង់ទទួលខុសត្រូវដោយផ្អែកលើព័ត៌មានទាំងនេះ ប្រសិនបើព័ត៌មានដែលបានសរសេរខាងលើ 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/កាលបរិច្ឆេទ
Signature & Company Stamp of Insured/Date

ហត្ថលេខានិងឈ្មោះអ្នកបើកបរ/កាលបរិច្ឆេទ
Signature & Driver's Name/Date