

បែបបទទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រងអគ្គិភ័យ និងការរំខានធុរៈកិច្ច FIRE AND BUSINESS INTERRUPTION INSURANCE

ការបោះពុម្ពនៃទម្រង់បែបបទនេះមិនមែនចាត់ទុកជាការទទួលយកការទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងទេ ។
The issue of this form is not to be taken as an admission of liability by the Insurers.

វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការផ្តល់ចម្លើយដែលពេញលេញរាល់សំណួរទាំងអស់។ ប្រសិនបើមិនមានកន្លែងគ្រប់គ្រាន់សំរាប់ចម្លើយរបស់អ្នកទេ សូមបន្តលើក្រដាសផ្សេងទៀត។
It is very important that a complete answer to be given to every question. If insufficient space is provided for your answer please continue on a separate sheet.

ព័ត៌មានលំអិតអំពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / Insured's Details

ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង: រ៉ាប់រង: Name of insured:	
អាសយដ្ឋានផ្ទាល់ខ្លួន: Private address:	
ទូរស័ព្ទ / Tel:	
អាសយដ្ឋានអាជីវកម្ម: Business address:	
ទូរស័ព្ទ / Tel:	

ស្ថានភាពនៃការបាត់បង់ ឬ ខូចខាត / Circumstances of Loss or Damage

កាលបរិច្ឆេទ និង ពេលវេលានៃការកើតឡើង: Date and Time of occurrence:	កាលបរិច្ឆេទ / Date: / /	ពេលវេលា / Time:	ព្រឹក / ថ្ងៃ am/pm
ប្រភេទនៃការកើតឡើងដែលបណ្តាល អោយមានការទាមទារសំណង: Type of occurrence leading to claim:	ចោរកម្ម / Theft <input type="checkbox"/> ទឹកជំនន់ / Flood <input type="checkbox"/>	អគ្គិភ័យ / Fire <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ / Other:	រន្ទះ/Lightning <input type="checkbox"/>
អាសយដ្ឋានដែលការបាត់បង់កើតឡើង: Address where the loss occurred:			
បរិយាយហេតុការណ៍ដែលបានកើតឡើងអោយបានពេញលេញ: State fully what happened:			
ចំនួនដែលត្រូវទាមទារសំណង: Amount claimed:			ដុល្លារ / US\$

ព័ត៌មានលំអិតនៃទ្រព្យសម្បត្តិដែលបានបាត់បង់ និង បំផ្លាញ / Details of Property Lost or Damaged

ពិពណ៌នាទ្រព្យសម្បត្តិដែលបានបាត់បង់ ឬ ខូចខាត និង ការរាលដាលនៃការខូចខាត Describe the property lost or damaged and the extend of the damage	កាលបរិច្ឆេទនៃការទិញ Date acquired	តំលៃទិញ Cost Price	តំលៃនៅពេលដែលបាត់បង់ Value at the time of loss	តំលៃនៃការខូចខាតដែលអះអាង Amount of damage sustained	តំលៃនៃកាកសំណល់ Value of salvage	ទឹកប្រាក់ដុលនៃការទាមទារសំណង Net amount of claim

តើមានការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតលើទ្រព្យសម្បត្តិដែលនេះឬទេ? បាទ/ចាស / Yes ទេ / No
 Are there any other insurance upon the same property?

ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់សេចក្តីលម្អិតពេញលេញ:
 If yes, please give full particulars:

ប៉ូលីស / Police

តើធ្លាប់បានផ្តល់ដំណឹងជូនអាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ចឬទេ? បាទ/ចាស /Yes ទេ / No
 Have the Police authorities been informed?

ប្រសិនបើមាន (ក) ផ្តល់ឈ្មោះនៃស្ថានីយ៍ប៉ូលីស
 If yes, (a) Give name of station
 (ខ) ភ្ជាប់មកជាមួយរបាយការណ៍របស់ពួកគាត់
 (b) Attach a copy of their report.

ការប្រកាស / Declaration

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំសូមប្រកាសថារាល់សេចក្តីលម្អិតទាំងឡាយជាការពិត តាមការដឹង និង ការជឿជាក់របស់ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ ហើយខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ មិនមាន
 គំរាមបំបែកធ្វើអោយបាត់បង់ ឬ ដោយការក្លែងបន្លំ ឬ ការមិនបានបរិយាយ ដើម្បីទទួលបានផលប្រយោជន៍ឡើយ ។
 ខ្ញុំសូមទទួលស្គាល់ថាក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងមានសិទ្ធិក្នុងការបដិសេធការទទួលខុសត្រូវលើផ្នែក ឬ ទាំងស្រុង ប្រសិនបើចម្លើយដែលបាន
 សរសេរខាងលើ ជាការមិនពិត ឬ មិនត្រឹមត្រូវក្នុងទស្សនៈណាមួយ ។
 I/We hereby declare that these particulars are true to the best of my/our knowledge and belief and I/we have in no manner caused the loss nor by
 any fraud or misrepresentation sought to benefit thereby. I 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.

ហត្ថលេខា និង ត្រាភ្នាក់ងារ/អង្គការបុគ្គលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង
 Signature & Company Stamp of Insured

ឈ្មោះ / Name : កាលបរិច្ឆេទ / Date:
 លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ / ID Card No: មុខតំណែង / Designation:

❖ សូមប្រគល់ទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងមកកាន់ ក្រុមហ៊ុន លីហ្វា អ៊ិនសូរ៉ង ម.ក ក្នុងអំឡុងពេល ៧ ថ្ងៃ (លុះត្រាតែកិច្ចសន្យាបញ្ជាក់

ពីរយៈពេលខ្លីជាងនេះ) បន្ទាប់ពីការបាត់បង់ ឬ ការខូចខាត នៃផែនការ ព័ត៌មានលំអិត សៀវភៅ បង្កាន់ដៃ ច្បាប់ចម្លង ឬ ច្បាប់ថត ចម្លង ភស្តុតាង ឬ ព័ត៌មាន សំរាប់ការទាមទារសំណង ឬ ប្រភព ឬ មូលហេតុនៃគ្រោះថ្នាក់ ការបាត់បង់ ឬ ការខូចខាត ។ ក្រុមហ៊ុន នឹងមិនធ្វើការពិចារណាចំពោះការសងដំបូងចិត្ត លុះត្រាតែខែចែង នៃលក្ខខណ្ឌនេះត្រូវបានអនុវត្តដោយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ។

- ❖ **Please return this claim form to Ly Hour Insurance PLC within 7 days (unless the policy specifies to shorter period) after the loss or damage with plans, specifications, books, vouchers, invoices, duplicates or copies thereof, proof and information with respect to the claim and the origin or cause of the accident, loss or damage. The company will not consider the payment of compensation unless the terms of this Condition have been complied with by the Insured**

កាលបរិច្ឆេទ និង ហត្ថលេខានៃអ្នកទាមទារសំណង
Date and Signature of Claimant