



ពាក្យទាមទារសំណង (ធានារ៉ាប់រងធ្វើដំណើរ លី ហ្គឺ)

LY HOUR TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM

ចំណាំ: ដើម្បីឱ្យក្រុមហ៊ុនអាចដំណើរការបណ្តឹងទាមទារសំណងរបស់អ្នកបានលឿនបំផុត អ្នកចាំបាច់ត្រូវបំពេញទម្រង់បែបបទនេះឱ្យបានត្រឹមត្រូវ និងផ្តល់ជូនទៅក្រុមហ៊ុននូវឯកសារដើមដែលបានស្នើសុំ រាល់ការចំណាយជាបន្ថែម។ ប្រសិនបើព័ត៌មាន /ឯកសារដែលបានផ្តល់ឱ្យមិនទាន់គ្រប់គ្រាន់ ក្រុមហ៊ុននឹងស្នើសុំអ្នក ប្រសិនបើក្រុមហ៊ុនត្រូវការព័ត៌មាន / ឯកសារបន្ថែម។ នៅពេលបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ សូមផ្ញើទម្រង់ពាក្យបណ្តឹង និង ឯកសារគាំទ្រទាំងអស់ទៅ ការិយាល័យទាមទារសំណងដែលមាន អាសយដ្ឋានលេខ ២៤ A, B, C, D ផ្លូវសហព័ន្ធរុស្ស៊ី សង្កាត់ផ្សារដេប៉ូ ៣ ខណ្ឌទួលគោក រាជធានីភ្នំពេញ។

IMPORTANT NOTICE: To enable us to process your claim as quickly as possible, it is important to complete this form accurately and provide us with the original documentation requested at your own expense. If the information/documents supplied are insufficient, we shall advise you if further information / documents are required. Upon completing this form, please send the claim form and all supporting documentations to: Claims Department, #23 A, B, C, D, Russian Federation Blvd, Phsar Depo 3 Commune, Toul Kok District, Phnom Penh, Cambodia.

ព័ត៌មានសង្ខេបអំពីសំណង

Claim Summary

លេខបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង៖ Policy Certificate Number:	
ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង៖ Insured Name:	
ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង៖ Claimant Name:	

សំណងធានារ៉ាប់រងនឹងត្រូវផ្តល់ជូនដល់អ្នកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ ក្នុងករណីអ្នកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទទួលមរណភាព សំណងធានារ៉ាប់រងនឹងត្រូវផ្តល់ជូនទៅអ្នកទទួលសំណង ឬទាមទាររបស់អ្នកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ សម្រាប់ការទាមទារសំណងរបស់ស្ថាប័ន ឬក្រុមហ៊ុនឯកជន សូមបញ្ជាក់នូវលេខទូរសព្ទ និងភ្ជាប់ជាមួយឯកសារបញ្ជាក់ឈ្មោះរបស់អ្នកទាមទារសំណង។

Claims will be paid to insured. In the event of insured's death, claims will be paid to the insured's nominees (if any) or estate. For Organization / Company claims, please indicate number of claimants and attach list of claimants' names.

លក្ខណៈនៃអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/ Insured Particulars

លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬលេខលិខិតឆ្លងដែន៖ ID No or Passport No:	សញ្ជាតិ៖ Nationality:
លេខទំនាក់ទំនង៖ Contact No:	អាស័យដ្ឋានអ៊ីមែល៖ Email Address:

លក្ខណៈនៃអ្នកទាមទារសំណង/ Claimant Particulars

លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬលេខលិខិតឆ្លងដែន៖ ID No or Passport No:	សញ្ជាតិ៖ Nationality:
លេខទំនាក់ទំនង៖ Contact No:	អាស័យដ្ឋានអ៊ីមែល៖ Email Address:
ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកទាមទារ និងអ្នកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង៖ Claimant's relationship to Insured:	

សូមផ្តល់នូវភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនង៖
Kindly provide proof of relationship

ព័ត៌មានធនាគារលម្អិតរបស់អ្នកទាមទារសំណង/ Claimant Bank Details (For Cambodian Account Only)

លេខគណនីធនាគារ៖ Bank Account No:	ឈ្មោះធនាគារ៖ Bank Name:	សាខា៖ Bank Branch:
------------------------------------	----------------------------	-----------------------

ប្រភេទនៃការទាមទារសំណង៖ អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិក សកលលោក (លើកលែងតែសហរដ្ឋអាមេរិច) សកលលោក (រួមបញ្ចូលទាំងសហរដ្ឋអាមេរិក)
Claim Type: Asia Pacific Worldwide (excluding USA) Worldwide (including USA)

គ្រោះថ្នាក់បុគ្គល/ PERSONAL ACCIDENT

មរណភាពដោយសារគ្រោះថ្នាក់/Accidental Death ពិការភាពអចិន្ត្រៃយ៍/ Permanent Disablement

កាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)៖ **Date of Accident (dd/mm/yy):** ម៉ោង៖ **Time:**

ប្រភេទនៃគ្រោះថ្នាក់៖ **Nature of injury:** ការរៀបរាប់នូវរបួស៖ **Description of Injury:**

តើលោកអ្នកមានធានារ៉ាប់រងផ្សេងដើម្បីធានាលើគ្រោះថ្នាក់នេះទេ? បាទ ទេ
 Are there any other insurance policies covering you for this incident? Yes No
 ប្រសិនបើ បាទ សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង លេខបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង និងចំនួនដែលអាចទាមទារវិញបាន។
 If "Yes", please specify name of insurer, policy number and amount recoverable.
 ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង៖ Insurer: លេខបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង៖ Policy No: ចំនួន៖ Amount:

ចំណាយលើការព្យាបាល/MEDICAL EXPENSES

(ក) ចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ និងការសម្រាកមន្ទីរពេទ្យ <input type="checkbox"/> (a) Medical and Hospitalization Expenses	(ខ) ចំណូលលើការសម្រាកមន្ទីរពេទ្យ <input type="checkbox"/> (b) Hospital Income
--	---

ចំណាយលើការសង្គ្រោះបន្ទាន់/ EVACUATION EXPENSES

(ក) ការសង្គ្រោះបន្ទាន់វេជ្ជសាស្ត្រ និងការបញ្ជូនត្រឡប់មកវិញ <input type="checkbox"/> (a) Emergency Medical Evacuation and Repatriation	(ខ) ការបញ្ជូនត្រឡប់នៃសព <input type="checkbox"/> (b) Repatriation of Mortal Remains
	(គ) ប្រាក់ឧបត្ថម្ភមរណភាព <input type="checkbox"/> (c) Funeral Allowance

ការអាក់អន់លើការធ្វើដំណើរ/ TRAVEL INCONVENIENCE

(ក) ការលុបចោលការធ្វើដំណើរ <input type="checkbox"/> (a) Travel Cancellation	(ង) ការពន្យារពេល នៃការជញ្ជូនអីវ៉ាន់ <input type="checkbox"/> (e) Baggage Delay
(ខ) ការកាត់បន្ថយពេលធ្វើដំណើរ <input type="checkbox"/> (b) Travel Curtailment	(ច) ការបាត់បង់ ឬការខូចខាត អីវ៉ាន់និងរបស់របរផ្ទាល់ខ្លួន <input type="checkbox"/> (f) Loss or Damage of Baggage and Personal Effects
(គ) ការពន្យារពេលធ្វើដំណើរ <input type="checkbox"/> (c) Travel Delay	(ឆ) ការបាត់បង់ឯកសារធ្វើដំណើរ និង ប្រាក់កាសផ្ទាល់ខ្លួន <input type="checkbox"/> (g) Loss of Travel Documents and Personal Money
(ឃ) ការប្លន់លើយន្តហោះ <input type="checkbox"/> (d) Hijacking Inconvenience	

អត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗ / OTHER BENEFITS

ការទទួលខុសត្រូវផ្ទាល់ខ្លួន/ Personal Liability

តម្រូវសម្រាប់តែការបាត់បង់ ឬខូចខាតអីវ៉ាន់ និងរបស់ផ្ទាល់ខ្លួន
Applicable only for Loss or Damage of Baggage and Personal Effects
 សូមធ្វើការលម្អិតអំពីចំនួនទឹកប្រាក់សម្រាប់ការទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រង (សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវវិក្កយបត្រច្បាប់ដើមនៃការទិញ ឬភស្តុតាងផ្សេង
 ទៀតដែលបញ្ជាក់ពីការទិញ)
Details of amount claimed (please enclose original purchase receipts or other proof of purchase)

ល.រ Item	ការបរិយាយ / ប្រភេទ Description / Model Type	ពេលវេលា និងទីតាំងនៃការ ទិញ When and Where Purchased	តម្លៃដើម Original Cost Price	ចំនួនទឹកប្រាក់ ដែលទាមទារ Amount Claimed
1				
2				
3				
4				
5				

ចំណាំ: ប្រសិនបើលោកអ្នកមានវត្ថុច្រើនជាងនេះ សូមភ្ជាប់បន្ថែមក្នុងតារាងដាច់ដោយឡែក **តម្លៃសរុប:**
Notice: If you have more items, please attach separate sheet **Total Amount:**

សម្រាប់ការខាតបង់ទៅលើការកក់ ឬការលុបចោល និងការកាត់បន្ថយចំនួននៃដំណើរកំសាន្ត សូមបញ្ជាក់នូវមូលហេតុ៖
For Loss of Deposit or Cancellation & Curtailment of Trip, please state the reason:

ការទទួលខុសត្រូវផ្ទាល់ខ្លួន/ PERSONAL LIABILITY

ការរៀបរាប់នូវអង្គហេតុ៖
 Describe Incident:

កាលបរិច្ឆេទនៃហេតុការណ៍៖ Date of Incident:	លេខទំនាក់ទំនង៖ Contact No:
ឈ្មោះសាក្សីផ្ទាល់ភ្នែក៖ Name of Eye Witness:	ឯកសារបណ្តឹង? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ Law suit filed? Yes No សូមផ្តល់នូវច្បាប់ចម្លងនៃពាក្យបណ្តឹង របាយការណ៍ប៉ូលីស និង របាយការណ៍សាក្សីផ្ទាល់ភ្នែក Please forward a copy of the suit, police report and eye witness report.

ការធានាអះអាង / DECLARATION

ខ្ញុំ/យើងសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានខាងលើពិតជាត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញគ្រប់ចំនុចទាំងអស់ ហើយយើងខ្ញុំគ្មានការលាក់បាំង មិនបង្ហាញព័ត៌មាន ឬក៏
 ផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតទេ។
 I/We hereby declare that the above statements and particulars are correct and complete in every respect and I/We have not
 concealed, misrepresented or misstated any material fact.

ខ្ញុំ/យើងយល់ស្របប្រសិនបើមានការបញ្ជាក់ និងព័ត៌មានណាមួយពីបានបំពេញព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដោយបុគ្គលផ្សេង ដែលបុគ្គលនោះ អាចចាត់ទុកជាភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំ/យើងដែលអាចបំពេញទម្រង់នេះបាន ហើយការបញ្ជាក់របស់គាត់ត្រូវបានទទួលស្គាល់ដោយខ្ញុំ/យើង។
 I/We agree that if such statements and particulars are written by any other person, such person shall be deemed to have my/our Agent for the purpose of filling in this form and his statement shall be binding upon me/us

ឈ្មោះ៖ Name: កាលបរិច្ឆេទ៖ Date:	ហត្ថលេខា៖ Signature:
--	-------------------------

CHECKLIST ON THE REQUIRED SUPPORTING DOCUMENTS BY TYPE OF CLAIM

ឯកសារតម្រូវចាំបាច់សម្រាប់ការទាមទារសំណងគ្រប់ប្រភេទ/ **COMPULSORY FOR ALL TYPES OF CLAIM**

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ទម្រង់ទាមទារសំណងដែលបានបំពេញត្រឹមត្រូវ
Duly completed Claim Form | <input type="checkbox"/> សំបុត្រយន្តហោះច្បាប់ដើម
Original Flight Itinerary | <input type="checkbox"/> ប័ណ្ណធ្វើដំណើរ
Boarding Pass |
|--|--|---|

<p>គ្រោះថ្នាក់ស្លាប់ និងពិការភាពអចិន្ត្រៃយ៍ ACCIDENTAL DEATH AND PERMANENT DISABLEMENT</p> <input type="checkbox"/> របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រច្បាប់ដើម Original medical report / bills <input type="checkbox"/> របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រឯកទេសច្បាប់ចម្លងប្រសិនបើចាំបាច់ Copy of medical specialist report where required <input type="checkbox"/> រូបភាពនៃរបួស/ Photograph of injury <input type="checkbox"/> របាយការណ៍ប៉ូលីសទាក់ទងនឹងគ្រោះថ្នាក់ច្បាប់ដើម ឬច្បាប់ចម្លងដែល មានការបញ្ជាក់ Original or certified true copy of police report of the accident <input type="checkbox"/> ច្បាប់ចម្លងនៃលិខិតមរណភាព លិខិតអនុញ្ញាតបូជាសព និងរបាយការណ៍កោសល្យវិច័យប្រសិនបើមាន Copy of death certificate, burial permit and post mortem report where applicable	<p>ការប្លន់លើយន្តហោះ/ HIJACKING INCONVENIENCE</p> <input type="checkbox"/> លិខិតឆ្លងដែនដែលបង្ហាញពីការចាកចេញ ឬវិលត្រឡប់ Boarding pass as proof of departure or return <input type="checkbox"/> លិខិតបញ្ជាក់ច្បាប់ដើមពីក្រុមហ៊ុនអាកាសចរណ៍ទាក់ទងនឹងការប្លន់លើយន្តហោះ និងអំឡុងពេលនៃការប្លន់លើយន្តហោះ Original certification from the airline regarding hijack incident and duration of hijacking
---	--

<p>MEDICAL AND HOSPITALIZATION EXPENSES/ HOSPITAL INCOME</p> <p>ចំណាយលើការព្យាបាល និងការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ/ចំណូលរបស់មន្ទីរពេទ្យ</p> <input type="checkbox"/> វិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រច្បាប់ដើម/Original medical bills/ invoices <input type="checkbox"/> វិក្កយបត្រចំណាយចេញដោយមន្ទីរសម្រាកព្យាបាល ឬមន្ទីរពេទ្យ Original receipts issued by the clinic/hospital <input type="checkbox"/> របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រច្បាប់ចម្លងដែលចេញដោយវេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាល Copy of medical report from the attending doctor <input type="checkbox"/> លិខិតអនុញ្ញាតចេញពីមន្ទីរពេទ្យ / របាយការណ៍សង្ខេបចេញពីមន្ទីរពេទ្យ Discharge note / summary from hospital	<p>ការពន្យារពេលនៃការដឹកជញ្ជូនអីវ៉ាន់/ BAGGAGE DELAY</p> <input type="checkbox"/> លិខិតបញ្ជាក់ពីរយៈពេលនៃការយឺតយ៉ាវពីក្រុមហ៊ុនអាកាសចរណ៍ ឬក្រុមហ៊ុនដឹកជញ្ជូនទូទៅ (របាយការណ៍ភាពប្រែប្រួលនៃទ្រព្យសម្បត្តិ) Written confirmation of length of delay from airline or common carrier (Property Irregularity Report)
---	--

<p>ការសង្គ្រោះបន្ទាន់វេជ្ជសាស្ត្រ និងការបញ្ជូនត្រឡប់មកវិញ / ការបញ្ជូនត្រឡប់មកវិញនៃអង្គធាតុ/សាកសព / ប្រាក់ឧបត្ថម្ភបុណ្យសព (ក្នុងករណីរបួស ឬស្លាប់ដោយសារគ្រោះថ្នាក់)</p> <p>EMERGENCY MEDICAL EVACUATION AND REPATRIATION / REPATRIATION OF MORTAL REMAINS / FUNERAL ALLOWANCE (in the event of accident injury or death)</p>	<p>ការបាត់បង់ ឬការខូចខាត អីវ៉ាន់ នឹងរបស់របរផ្ទាល់ខ្លួន LOSS OR DAMAGE OF BAGGAGE AND PERSONAL EFFECTS</p> <input type="checkbox"/> របាយការណ៍ភាពប្រែប្រួលនៃទ្រព្យសម្បត្តិពីខាងក្រុមហ៊ុនអាកាសចរណ៍ ឬក្រុមហ៊ុនដឹកជញ្ជូនទូទៅ Property Irregularity Report from the airline or any common carrier <input type="checkbox"/> លិខិតបញ្ជាក់ពីអាជ្ញាធរដែលមានបញ្ជាក់ពីចំនួនសំណង Authority confirmation letter stating compensation amount
--	---

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> វិក្កយបត្រចំណាយពីរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ / មន្ទីរពេទ្យ Original bill and receipts by ambulance operator / hospital <input type="checkbox"/> របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រច្បាប់ចម្លងពីវេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាល Copy of medical report from the treating doctor 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> រូបភាពបញ្ជាក់ពីវត្តមានខូចខាត Photographs of damaged items <input type="checkbox"/> វិក្កយបត្រទិញអីវ៉ាន់ច្បាប់ដើមដែលមានបញ្ជាក់ពីតម្លៃទិញនិងម៉ូដែល Original receipt of baggage stating the purchase price and model <input type="checkbox"/> របាយការណ៍នៃបណ្តុះបណ្តាលរ៉ាប់រងច្បាប់ដើម ឬច្បាប់ចម្លងដែលមានការបញ្ជាក់ប្រសិនបើមាន Original or certified true copy of policy report where applicable
<p>ការលប់ចោលការធ្វើដំណើរ/ TRAVEL CANCELLATION</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ការបញ្ជាក់របស់ភ្នាក់ងារទេសចរណ៍/អាកាសចរណ៍/សណ្ឋាគារលើចំណាយតម្លៃបង់មុនដែលមិនអាចបង្វិលសងវិញបាន Travel agency/airline/hotel confirmation on the cost of non-refundable prepaid travelling expenses <input type="checkbox"/> វិក្កយបត្រកក់ច្បាប់ដើមពីភ្នាក់ងារទេសចរណ៍/អាកាសចរណ៍/សណ្ឋាគារ Original receipts of travel agency/airline/hotel booking <input type="checkbox"/> របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ ឬលិខិតមរណភាពនៃបុគ្គលដែលត្រូវបានធានានៃសមាជិកគ្រួសារផ្ទាល់ Medical report or death certificate of the insured person of the immediate family member <input type="checkbox"/> ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកដែលត្រូវបានធានា /អ្នកស្លាប់និងសមាជិកគ្រួសារផ្ទាល់ Proof of relationship between insured person / deceased and the immediate family member <input type="checkbox"/> ការបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទ និងពេលវេលា រយៈពេល និងមូលហេតុនៃទំនាក់ទំនងការពន្យារពេលពីអាជ្ញាធរទទួលបន្ទុកការដឹកជញ្ជូនសាធារណៈដែលពាក់ព័ន្ធ Confirmation of date and time, the duration and reasons of delay form relevant public transportation authorities <input type="checkbox"/> របាយការណ៍ប៉ូលីស / វិក្កយបត្រពីយានយន្តប្រសិនបើមានការចាំបាច់ Police Report / vehicle workshop receipt where applicable 	<p>LOSS OF TRAVEL DOCUMENTS AND PERSONAL MONEY ការបាត់បង់ឯកសារធ្វើដំណើរ និងប្រាក់កាសផ្ទាល់ខ្លួន</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> របាយការណ៍ច្បាប់ចម្លងដែលបានបំពេញជាមួយប៉ូលីស/ក្រុមហ៊ុនអាកាសចរណ៍/អាកាសយានដ្ឋានក្នុងអំឡុងពេល២៤ម៉ោង Copy of report filed with the Police / Airlines / Airport within 24 hours <input type="checkbox"/> វិក្កយបត្រ និងភស្តុតាងនៃការចំណាយសម្រាប់រាល់ការចំណាយបន្ទាន់ទាំងអស់ Receipts and proof of payment for all emergency expenses <input type="checkbox"/> វិក្កយបត្រនៃការចំណាយសម្រាប់ទទួលបានឯកសារសម្រាប់ការធ្វើដំណើរថ្មី Receipt of expenses paid to get replacement travel documents
<p>ការកាត់បន្ថយរយៈពេលការធ្វើដំណើរ /TRAVEL CURTAILMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ ឬលិខិតមរណភាពច្បាប់ចម្លងនៃអ្នកដែលត្រូវបានធានា ឬសមាជិកគ្រួសារផ្ទាល់ Medical report or copy of death certificate of the insured person or the immediate family member <input type="checkbox"/> ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកដែលត្រូវបានធានា និងសមាជិកគ្រួសារផ្ទាល់ Proof of the relationship between insured person and the immediate family member <input type="checkbox"/> ការបញ្ជាក់ពីភ្នាក់ងារទេសចរណ៍/អាកាសចរណ៍/សណ្ឋាគារលើតម្លៃនៃចំណាយដែលបានបង់មុនដែលមិនអាចបង្វិលសងវិញបាន Travel agency/airline/hotel confirmation on the cost of non-refundable prepaid travelling expenses <input type="checkbox"/> វិក្កយបត្រច្បាប់ដើមនៃការកក់ពីភ្នាក់ងារទេសចរណ៍/អាកាសចរណ៍/សណ្ឋាគារ Original receipts of travel agency/airline/hotel booking 	<p>ការទទួលខុសត្រូវផ្ទាល់ខ្លួន/ PERSONAL LIABILITY</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> លិខិតទាមទារពីភាគីទីបីដែលបានទាមទារ Demand letter from third party claimant <input type="checkbox"/> របាយការណ៍សាក្សីផ្ទាល់ភ្នែក / សេចក្តីថ្លែងការណ៍ Eye witness report / statement <input type="checkbox"/> ការឆ្លងឆ្លើយរវាងអ្នកត្រូវបានធានា និងភាគីទីបីដែលធ្វើការទាមទារ (ប្រសិនបើមាន) Correspondences (if any) between Insured and third party claimant <input type="checkbox"/> រូបថត (ប្រសិនបើមាន)/Photographs (if any) <input type="checkbox"/> របាយការណ៍ច្បាប់ដើម ឬច្បាប់ចម្លងដែលមានបញ្ជាក់ដោយប៉ូលីស ប្រសិនបើមានការចាំបាច់ Original or certified true copy of report filed with the Police, where applicable

<input type="checkbox"/> ភស្តុតាងនៃការសម្រាកពេទ្យសម្រាប់បុគ្គលផ្ទាល់ខ្លួន Proof of hospitalization for own self	
<p>ការពន្យារពេលធ្វើដំណើរ /TRAVEL DELAY</p> <input type="checkbox"/> បណ្ណស្ទង់ដែនជាភស្តុតាងនៃការចាកចេញ ឬវិលត្រឡប់មកវិញ Boarding pass as proof of departure or return	
<input type="checkbox"/> លិខិតបញ្ជាក់ពីក្រុមហ៊ុនអាកាសចរណ៍ណាមួយដែលបានបង្ហាញ ពីមូលហេតុ និងចំនួនម៉ោងដែលពន្យារ Confirmation letter from any airline stated the reason and hours of delay	
<input type="checkbox"/> វិក្កយបត្រទិញវត្ថុចាំបាច់បន្ទាន់សម្រាប់ការធ្វើដំណើរមួយចំនួនច្បាប់ដើម Original receipts of any emergency purchases of essential items during the Trip	