



សុវត្ថិភាពជាអាទិភាព

ប្រុស្តរ អ៊ុនស៊ុរេន ប.ក PROSUR INSURANCE PLC.

បែបបទទាមទារសំណងលើយានយន្ត

Claim Form for Vehicle

- យានយន្តឯកជន យានយន្តពាណិជ្ជកម្ម ទោចក្រយាន ឬត្រីចក្រយាន

1. អ្នកត្រូវបានធានា/Insured's Detail

ឈ្មោះ/Name _____ លេខទូរស័ព្ទ/Phone No _____
 លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង/Policy No _____ ថ្ងៃផុតកំណត់/Expiry Date _____
 អាសយដ្ឋាន/Address _____

2. អ្នកបើកបរ/Driver's Detail

ឈ្មោះ/Name _____ លេខទូរស័ព្ទ/Phone No _____
 ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត/Date of Birth _____ ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានា/Relation with insured _____
 អាសយដ្ឋាន/Address _____
 លេខប័ណ្ណបើកបរ/Driver's license No _____ ថ្ងៃផុតកំណត់/Expiry Date _____
 តើអ្នកបើកបរមានស្ថិតក្រោមឥទ្ធិពលគ្រឿងស្រវឹង ឬ គ្រឿងញៀនទេនៅពេលមានគ្រោះថ្នាក់? មាន/Yes
 At the time of the accident, was the driver under the influence of alcohol or drugs? ទេ/No

3. យានយន្តរបស់អ្នកត្រូវបានធានា/Vehicle Details

ម៉ាក/Make & Model _____ ឆ្នាំផលិត/Year of Manufacture _____
 ស្លាកលេខ/Registration No _____ ពណ៌/Color _____
 លេខសាក់ស៊ី/Chassis No _____ លេខម៉ាស៊ីន/Engine No _____

4. លម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់/Accident Details

កាលបរិច្ឆេទនិងម៉ោងនៃគ្រោះថ្នាក់/Date and time of accident _____
 ទីកន្លែងកើតហេតុ/Location of accident _____
 តើមានមន្ត្រីនគរបាលចរាចរណ៍ចុះត្រួតពិនិត្យដែរឬទេ?/Did police attend? មាន/Yes ទេ/No
 ចូររៀបរាប់ពីមូលហេតុដែលនាំអោយកើតគ្រោះថ្នាក់/Please describe how the accident occurred.

5. ការខូចខាតយានយន្តអ្នកត្រូវបានធានា/Damage to own vehicle

ចូររៀបរាប់លម្អិតអំពីការខូចខាត/Damage Details _____

 តម្លៃជួសជុលប៉ាន់ស្មាន/Estimated cost of repair (repair quotation) _____ ដុល្លារ/USD
 ឈ្មោះយានដ្ឋានជួសជុល/Name of Garage _____

6. ការខូចខាតទ្រព្យសម្បត្តិ និងយានយន្តរបស់ភាគីទី៣/Damage to the third party's properties and vehicle

ឈ្មោះ/Name _____ លេខទូរស័ព្ទ/Phone No _____

អាសយដ្ឋាន/Address _____

ម៉ាក/Make & Model _____ ឆ្នាំផលិត/Year of Manufacture _____

ស្លាកលេខ/Registration No _____ លេខសាក់ស៊ី/Chassis No _____ លេខម៉ាស៊ីន/Engine No _____

លម្អិតអំពីការខូចខាត/Damage Details

7. អ្នករងរបួសនៃគ្រោះថ្នាក់/Injured persons of accident

ឈ្មោះ/Name _____

ឈ្មោះ/Name _____

លេខទូរស័ព្ទ/Phone No _____

លេខទូរស័ព្ទ/Phone No _____

អាសយដ្ឋាន/Address _____

អាសយដ្ឋាន/Address _____

លម្អិតអំពីការរងរបួស/Injury Details

8. សេចក្តីប្រកាស/Declaration

ខ្ញុំ/យើង សូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានលម្អិតទាំងអស់ពិតជាត្រឹមត្រូវ ហើយប្រសិនបើខ្ញុំ/យើងមានចេតនាក្លែងបន្លំព័ត៌មានដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ខ្ញុំ/យើង ទទួលស្គាល់ថាក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងមានសិទ្ធិបដិសេធការទទួលខុសត្រូវ។ ខ្ញុំ/យើងយល់ព្រមផ្តល់ឯកសារ ឬព័ត៌មានបន្ថែមទៅក្រុមហ៊ុនប្រសិនបើចាំបាច់។

I/we hereby, to the best of my/our knowledge and belief, certify that the above statement is true and accurate in every respect and if I/we have intentionally made false statement to get benefits thereby, I/we acknowledge that the insurer shall be at liberty to reject liability. I/we agree to provide additional information or documents if required.

ហត្ថលេខាអ្នកទាមទារសំណង
Signature of Claimant

ហត្ថលេខាអ្នកអនុម័តសំណង
Signature of Approval

ឈ្មោះ/Name _____
កាលបរិច្ឆេទ/Date _____

ឈ្មោះ/Name _____
កាលបរិច្ឆេទ/Date _____