



បែបបទទាមទារសំណង - ការធានារ៉ាប់រងលើយានយន្ត  
CLAIM FORM - MOTOR VEHICLE INSURANCE

កំណត់សម្គាល់: ការចេញបែបបទនេះមិនមែនជាការទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រុមហ៊ុនទេ។  
N.B. The issue of this Form is not an admission of liability by the Company.

លេខបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង: \_\_\_\_\_ ថ្ងៃផុតកំណត់: \_\_\_\_\_  
Policy No. Expiry Date  
លេខសំណង: \_\_\_\_\_  
Claim No.

ព័ត៌មានលម្អិតរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / Details of Insured

1. ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង: \_\_\_\_\_  
Name of Insured  
2. អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង: \_\_\_\_\_  
Correspondence Address  
លេខទូរស័ព្ទ / Contact Number: \_\_\_\_\_  
សារអេឡិចត្រូនិក / Email: \_\_\_\_\_  
3. មុខរបរ/អាជីវកម្ម: \_\_\_\_\_  
Occupation/Business

ព័ត៌មានលម្អិតរបស់អ្នកបើកបរ / Details of Driver

1. ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_  
Name  
2. អាសយដ្ឋាន: \_\_\_\_\_  
Address  
លេខទូរស័ព្ទ / Contact Number: \_\_\_\_\_  
សារអេឡិចត្រូនិក / Email: \_\_\_\_\_  
3. មុខរបរ: \_\_\_\_\_ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: \_\_\_\_\_  
Occupation Date of Birth  
4. ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / Relationship with the insured: \_\_\_\_\_  
5. ស្ថានភាពបញ្ជីបើកបរ:  បណ្តោះអាសន្ន/Provisional  ពេញសិទ្ធិ/Full  ផុតកំណត់/Expired  ផ្សេងៗ/Others \_\_\_\_\_  
Driving License Status  
6. តើអ្នកបើកបរមានស្ថិតក្រោមឥទ្ធិពលគ្រឿងស្រវឹង ឬគ្រឿងញៀនទេនៅពេលមានគ្រោះថ្នាក់?  បាទ / Yes  
At the time of accident, was the driver under the influence of alcohol or drugs?  ទេ / No

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីយានយន្ត / Details of Vehicle

1. ប្រភេទ / ម៉ាក: \_\_\_\_\_ ឆ្នាំផលិត: \_\_\_\_\_  
Make and Model Year of Manufacture  
2. ស្លាកលេខ: \_\_\_\_\_ ពណ៌: \_\_\_\_\_  
Registration No. Color

3. លេខគ្រឿង / សាកស៊ីន៖ Chassis No.	<input type="text"/>	លេខម៉ាស៊ីន៖ Engine No.	<input type="text"/>
4. ទំហំស៊ីឡាំង៖ Cubic Capacity	<input type="text"/>	ទម្ងន់ផ្ទុក៖ Loading Capacity	<input type="text"/>
5. តើយានយន្តត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្នុងគោលបំណងអ្វីនៅពេលមានគ្រោះថ្នាក់? For what purposes was the vehicle used at the time of accident?			
<input type="text"/>			
6. តើយានយន្តត្រូវបានទិញដោយការបង់រំលស់ដែរ ឬទេ? Is the vehicle subject to hire purchase?			
<input type="checkbox"/> បាទ - បាទ / Yes <input type="checkbox"/> ទេ / No			
ប្រសិនបើដូច្នោះ សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់ស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ If so, please specify the name and address of financial company			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			

### ព័ត៌មានលម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់ / Details of Accident

1. កាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់៖ Date of Accident	<input type="text"/>	ម៉ោង / Time	<input type="text"/>
2. ទីកន្លែងកើតហេតុ / Place of Accident: <input type="text"/>			
3. ល្បឿនយានយន្តនៅពេលមានគ្រោះថ្នាក់ / Speed of the vehicle at the time of accident: <input type="text"/>			
4. តើមានមន្ត្រីនគរបាលចរាចរណ៍ចុះត្រួតពិនិត្យដែរ ឬទេ? / Did police attend? <input type="checkbox"/> បាទ - បាទ / Yes <input type="checkbox"/> ទេ / No			
5. សូមរៀបរាប់អំពីមូលហេតុដែលនាំឲ្យកើត គ្រោះថ្នាក់ Please describe how the accident occurred			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			

### ការខូចខាតយានយន្តរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / Damage to own vehicle

1. សូមរៀបរាប់លម្អិតអំពីការខូចខាត៖ Damage Details		<input type="text"/>
2. តម្លៃជួសជុលប៉ាន់ស្មាន / Estimated cost of repair (repair quotation)		<input type="text"/> ដុល្លារ / USD
3. ឈ្មោះយានដ្ឋានជួសជុល / Name of garage		<input type="text"/>

### ការខូចខាតទ្រព្យសម្បត្តិ និងយានយន្តរបស់ភាគីទីបី / Damage to third party's properties and vehicle

1. ឈ្មោះ៖ Name	<input type="text"/>	លេខទូរស័ព្ទ / Contact:	<input type="text"/>
2. អាសយដ្ឋាន៖ Address			
<input type="text"/>			
3. ប្រភេទ / ម៉ាក៖ Make and model	<input type="text"/>	ឆ្នាំផលិត៖ Year of Manufacture	<input type="text"/>
		ស្លាកលេខ៖ Registration No.	<input type="text"/>
4. លម្អិតអំពីការខូចខាត Damage details			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			

1. ឈ្មោះ៖ Name	<input type="text"/>	លេខទូរស័ព្ទ / Contact:	<input type="text"/>
2. អាសយដ្ឋាន៖ Address			
<input type="text"/>			

3. ប្រភេទ / ម៉ាក៖  ឆ្នាំផលិត៖  ស្លាកលេខ៖   
Make and model Year of Manufacture Registration No.

4. លម្អិតអំពីការខូចខាត  
Damage details \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**អ្នករងរបួសដោយសារគ្រោះថ្នាក់ / Injured person of the accident**

1. ឈ្មោះ៖  លេខទូរស័ព្ទ / Contact:   
Name

2. អាសយដ្ឋាន៖  របួស / Injury:   
Address

1. ឈ្មោះ៖  លេខទូរស័ព្ទ / Contact:   
Name

2. អាសយដ្ឋាន៖  របួស / Injury:   
Address

ករណីមរណភាព សូមផ្តល់ឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរស័ព្ទរបស់ក្រុមគ្រួសារ / In case of death, please provide name, address and family contact.

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**ប្រាក់សំណងត្រូវទាមទារ / Claim Amount**

1. ការខូចខាតយានយន្តខ្លួនឯង៖   
Own Damage

2. គតិយជន៖   
Third Party

3. ចោរកម្ម៖   
Theft

4. អ្នកបើកបរ / អ្នកបើកបរមានការអនុញ្ញាត៖   
Driver / Authorized Driver

5. អ្នករួមដំណើរ៖   
Passengers

6. ផ្សេងៗ៖   
Others

ទឹកប្រាក់ទាមទារសំណងសរុប / Total Claim Amount:

**ការធានាអះអាង / Declaration**

យើងខ្ញុំសូមធានាអះអាងថាព័ត៌មានខាងលើគឺពិតជាត្រឹមត្រូវ ហើយយើងខ្ញុំមិនមានការលាក់បាំងព័ត៌មានណាមួយដែលយើងខ្ញុំបានដឹងទាក់ទងនឹងគ្រោះថ្នាក់ដែលបានកើតឡើង។ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំមានចេតនាភ្លេងបន្លំណាមួយដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ យើងខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងមានសិទ្ធិបដិសេធការទទួលខុសត្រូវ។

I/We hereby declare that the above statements and facts are true and that I/we have not withheld any information within my/our knowledge connected with the incident. In case that I/We have intentionally made false statement to get benefits thereby, I/We acknowledge that Prosur Insurance Plc. shall be at liberty to repudiate liability.

\_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ / Date:

\_\_\_\_\_ ហត្ថលេខា / Signature:

\* (ប្រើប្រាស់ត្រាគ្រូមហ៊ុន - បើអាចអនុវត្តបាន) (Accompany by Company Stamp - if applicable)