



បែបបទទាមទារសំណង - ការធានារ៉ាប់រងលើគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល
CLAIM FORM - PERSONAL ACCIDENT INSURANCE

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

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង: _____ 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: _____

ព័ត៌មានលម្អិតរបស់អ្នករងគ្រោះ / Details of Injured Person

1. ឈ្មោះអ្នករងគ្រោះ: _____
Name of Injured Person
2. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____ អាយុ / Age _____ ភេទ / Gender: ប្រុស/Male ស្រី/Female
Date of Birth
3. អាសយដ្ឋាន: _____
Address
លេខទូរស័ព្ទ / Contact Number: _____
សារអេឡិចត្រូនិក / Email: _____
4. មុខរបរ: _____
Occupation

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់ / Details of Accident

1. លក្ខណៈនៃគ្រោះថ្នាក់: ងងឹតរាងកាយ / Bodily Injury ពិការភាព / Disability មរណភាព / Death
Nature of Accident
2. កាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់: _____ ពេលវេលា / Time _____
Date of Accident
3. ទីកន្លែងគ្រោះថ្នាក់: _____
Place of Accident
4. សូមរៀបរាប់អំពីមូលហេតុដែលនាំឲ្យ
កើតគ្រោះថ្នាក់:
Please describe how the
accident occurred
5. ផ្នែករាងកាយដែលរងរបួស:
Part of Bodily Injury

6. ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិក៖ Name of Hospital or Clinic	<input type="text"/>	លេខទូរស័ព្ទ / Contact Number៖	<input type="text"/>
7. ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាល៖ Name of Attended Doctor	<input type="text"/>	លេខទូរស័ព្ទ / Contact Number៖	<input type="text"/>

របៀបនៃការទូទាត់សំណង / Payment Method

1. មូលប្បទានប័ត្រ / Cheque (ចេញជូន / Issued to _____)

2. ការផ្ទេរប្រាក់តាមធនាគារក្នុងស្រុក / Local Bank Transfer៖ ឈ្មោះធនាគារ / Bank Name _____
ឈ្មោះគណនី / Account Name: _____ លេខគណនី / Account Number: _____

3. ភ្នាក់ងារផ្ទេរប្រាក់ក្នុងស្រុក / Local Transfer Agency៖ ឈ្មោះភ្នាក់ងារផ្ទេរប្រាក់ / Name of Transfer Agency: _____
ផ្ទេរប្រាក់ទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទ / Transfer to Phone Number: _____

កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងអំពីគ្រោះថ្នាក់៖ Date of Accident Notification	<input type="text"/>	កាលបរិច្ឆេទដាក់ពាក្យទាមទារសំណង៖ Date of Claim Submission	<input type="text"/>
--	----------------------	---	----------------------

តើការទាមទារសំណងត្រូវបានបញ្ជូនទៅបេឡាជាតិសន្តិសុខសង្គម ឬ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងផ្សេងទេ? បាទ-បាស / Yes ទេ / No
Has the claim been submitted to NSSF or other insurance companies?

ទឹកប្រាក់ទាមទារសំណងសរុប / Total Claim Amount:

ការធានាអះអាង / Declaration

យើង/ខ្ញុំសូមធានាអះអាងថា រាល់ព័ត៌មានខាងលើគឺពិត និងត្រឹមត្រូវ ហើយយើង/ខ្ញុំមិនមានការលាក់បាំងព័ត៌មានណាមួយដែលយើង/ខ្ញុំបានដឹងទាក់ទងនឹងគ្រោះថ្នាក់ដែលបានកើតឡើង។ ប្រសិនបើយើង/ខ្ញុំមានចេតនារក្លែងបន្លំណាមួយដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ យើង/ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា ប្រុស្សរ អ៊ិនស៊ុរ៉ង់ស៊ី ម.ក មានសិទ្ធិបដិសេធការទទួលខុសត្រូវ។

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 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

* (ប្រើប្រាស់ត្រាភ្នាក់ងារ - បើអាចអនុវត្តបាន) (Accompany by Company Stamp - if applicable)