



បែបបទទាមទារសំណង - ការធានារ៉ាប់រងគ្រោះថ្នាក់បុគ្គលលើការធ្វើដំណើរ  
CLAIM FORM - TRAVEL PERSONAL ACCIDENT 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: \_\_\_\_\_

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការធ្វើដំណើរ / Details of Trip

1. ទិសដៅនៃការធ្វើដំណើរ៖ \_\_\_\_\_  
Destination  
2. រយៈពេលនៃការធ្វើដំណើរ៖ \_\_\_\_\_  
Period of Travel  
ចេញដំណើរពីប្រទេសកម្ពុជាថ្ងៃទី៖ \_\_\_\_\_  
Depart Cambodia on  
ត្រលប់មកដល់ប្រទេសកម្ពុជាថ្ងៃទី៖ \_\_\_\_\_  
Return to Cambodia on

ព័ត៌មានលម្អិតរបស់អ្នករងគ្រោះ ឬអ្នកជំងឺ / Details of Injured Person or Patient

1. ឈ្មោះអ្នករងគ្រោះ ឬអ្នកជំងឺ៖ \_\_\_\_\_  
Name of Injured Person or Patient  
2. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ \_\_\_\_\_ អាយុ / Age \_\_\_\_\_ ភេទ / Gender:  ប្រុស/Male  ស្រី/Female  
Date of Birth  
3. អាសយដ្ឋាន៖ \_\_\_\_\_  
Address  
លេខទូរស័ព្ទ / Contact Number: \_\_\_\_\_  
សារអេឡិចត្រូនិក / Email: \_\_\_\_\_  
4. មុខរបរ៖ \_\_\_\_\_  
Occupation  
5. លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែន៖ \_\_\_\_\_  
ID / Passport No.

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់ / Details of Accident

1. លក្ខណៈនៃគ្រោះថ្នាក់៖ \_\_\_\_\_  
Nature of Accident  ងារប្លែងរាងកាយ / Bodily Injury  ពិការភាព / Disability  មរណភាព / Death  
2. កាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់៖ \_\_\_\_\_ ពេលវេលា / Time \_\_\_\_\_  
Date of Accident

3. ទីកន្លែងគ្រោះថ្នាក់: \_\_\_\_\_  
Place of Accident

4. សូមរៀបរាប់អំពីមូលហេតុដែលនាំឱ្យកើតគ្រោះថ្នាក់: \_\_\_\_\_  
Please describe how the accident occurred

5. ផ្នែករាងកាយដែលរងរបួស: \_\_\_\_\_  
Parts of Bodily Injury

6. ឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងលេខទំនាក់ទំនងសាក្សីឃើញហេតុការណ៍: \_\_\_\_\_  
Name, address and contact of any witness

**ព័ត៌មានលម្អិតអំពីជំងឺ / Details of Sickness**

1. រោគសញ្ញា: \_\_\_\_\_ រោគវិនិច្ឆ័យ: \_\_\_\_\_  
Symptom/Chief Complaint Diagnosis

2. កាលបរិច្ឆេទចូលព្យាបាល: \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យ: \_\_\_\_\_  
Date of Admission Date of Discharge

3. ប្រភេទនៃការព្យាបាល: \_\_\_\_\_  
Type of Treatment

មិនសម្រាកព្យាបាល Out-patient (OPD)  សម្រាកព្យាបាល In-patient (IPD)  ការវះកាត់ Surgery

ការព្យាបាលដោយចលនា Physiotherapy  ផ្សេងៗ Others \_\_\_\_\_

4. ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ: \_\_\_\_\_  
Paraclinical Examination

តេស្តពិសោធន៍ Laboratory Tests  អេកូសាស្ត្រ Echography  ថតកាំរស្មី X-Ray

វាស់ចង្វាក់បេះដូង ECG  ថតស្រួន CT-MRI-PET Scan  ផ្សេងៗ Others \_\_\_\_\_

**ព័ត៌មានលម្អិតអំពីវេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាល / Details of Attended Medical Practitioner**

1. ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក: \_\_\_\_\_  
Name of Hospital or Clinic

2. អាសយដ្ឋាន: \_\_\_\_\_  
Address

3. ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាល: \_\_\_\_\_  
Name of Attended Doctor

លេខទូរស័ព្ទ / Contact Number: \_\_\_\_\_

សារអេឡិចត្រូនិក / Email: \_\_\_\_\_

**ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការបាត់បង់ ឬការខូចខាតវ៉ាលីស / Details of Lost or Damaged Baggage**

1. កាលបរិច្ឆេទនៃការបាត់បង់ ឬខូចខាត: \_\_\_\_\_ ពេលវេលា / Time: \_\_\_\_\_  
Date of Loss or Damage

2. ទីកន្លែងនៃការបាត់បង់ ឬខូចខាត: \_\_\_\_\_  
Place of Loss or Damage

3. ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់ក្រុមហ៊ុន អាកាសចរណ៍ សណ្ឋាគារ ឬស្ថិតិប៉ូលិស ឬអាជ្ញាធរផ្សេងៗបានរាយការណ៍ជូន: \_\_\_\_\_  
Name and address of Carrier, Hotel, Police Station or other Authorities to report the loss

4. តើអ្នកទទួលបានសំណងពីប្រតិបត្តិករ ឬក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាកម្មទេ?  ទេ / No  បាទ-បាស / Yes, ចំនួន / Amount: \_\_\_\_\_  
Have you received any compensation from operator or service provider?

**ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត / Details of Other Insurances**

តើអ្នកមានបញ្ជីធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលអាចមានការធានារ៉ាប់រងការបាត់បង់នេះទេ?  ទេ / No  បាទ-បាស / Yes

Do you have other insurance policies which may cover this loss?

ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត / If yes, please provide details:

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង Name of Insurer	លេខបញ្ជីធានារ៉ាប់រង Policy Number	ចំនួនទទួលបាន ឬអាចនឹងទទួលបានមកវិញ Amount recovered or recoverable

**ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបនៃការទូទាត់សំណង / Details of Payment Method**

1.  មូលប្បទានបត្រ ចេញជូន  
Cheque Issued to

2.  ការផ្ទេរប្រាក់តាមធនាគារ  
Bank Transfer

    ឈ្មោះធនាគារ  
Bank Name

    ឈ្មោះគណនី  
Account Name

    លេខគណនី  
Account No.

3.  ភ្នាក់ងារផ្ទេរប្រាក់ក្នុងស្រុក  
Local Transfer Agency

    ឈ្មោះភ្នាក់ងារ  
Agency Name

    ផ្ញើទៅលេខទូរស័ព្ទ  
To Phone No.

4.  ផ្សេងៗ  
Others

    សូមបញ្ជាក់  
Please state

**ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការទាមទារសំណង / Details of Claims**

1. កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងអំពីគ្រោះថ្នាក់៖  កាលបរិច្ឆេទដាក់ពាក្យទាមទារសំណង៖

Date of Accident Notification      Date of Claim Submission

2. ទឹកប្រាក់ទាមទារសំណងសរុប៖

Total Claim Amount

    ក. គ្រោះថ្នាក់បុគ្គល៖

    a. Personal Accident

    ខ. ការសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖

    b. Hospitalization

    គ. ការបាត់បង់ ឬការខូចខាតវ៉ាលីស៖

    c. Loss or Damage of Baggage

**ការធានាអះអាង / Declaration**

យើង/ខ្ញុំសូមធានាអះអាងថា រាល់ព័ត៌មានខាងលើគឺពិត និងត្រឹមត្រូវ ហើយយើង/ខ្ញុំមិនមានការលាក់បាំងព័ត៌មានណាមួយដែលយើង/ខ្ញុំបានដឹងទាក់ទងនឹងគ្រោះថ្នាក់ដែលបានកើតឡើង។ ប្រសិនបើយើង/ខ្ញុំមានចេតនាត្រូវបានបង្ខំឱ្យនិយាយមេត្តាប្រយោជន៍ យើង/ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា ប្រុសរូ អ៊ិនស៊ុរ៉ង់ 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

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