

សេចក្តីជូនដំណឹងចំពោះសំណងលើបណ្តុះសន្យារ៉ាប់រងគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល

NOTICE OF CLAIM UNDER PERSONAL ACCIDENT POLICY

កំណត់សម្គាល់: ការចេញទម្រង់បែបបទនេះមិនមែនជាការទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រុមហ៊ុនទេ ។
 ទម្រង់បែបបទនេះត្រូវតែបំពេញបានពេញលេញ និងប្រគល់ជូនមកឲ្យក្រុមហ៊ុនយើងវិញ ។
N.B. The issue of this Form is not an admission of liability by the Company.
 This Form must be fully completed and returned to the Company.

លេខបណ្តុះសន្យារ៉ាប់រង: _____
 Policy No.: _____
 លេខសំណង: _____
 Claim No.: _____

ព័ត៌មានលម្អិតរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / DETAILS OF INSURED

1. ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង Name of Insured	: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
2. អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង Address	: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
3. អ៊ីម៉ែល E-mail address	: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>

ព័ត៌មានលម្អិតរបស់ជនរងគ្រោះ/ DETAILS OF INJURED

1. ឈ្មោះអ្នករងរបួស Name of Injured Person	: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
2. អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង Address	: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
3. លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ / លេខលិខិតឆ្លងដែន IDNo. / Passport No.	: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
4. អាយុ / Age	: <table border="1" style="width: 10%; height: 20px;"></table> ឆ្នាំ / Years ភេទ / Sex: <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table> ប្រុស / Male <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table> ស្រី / Female
5. មុខរបរ / Occupation	: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
6. កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់ Date of Accident	: <table border="1" style="width: 40%; height: 20px;"></table> ពេលវេលា / Time: _____
7. ទីតាំងគ្រោះថ្នាក់ Place of Accident	: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
8. រៀបរាប់លម្អិតអំពីរបៀបដែល គ្រោះថ្នាក់បានកើតឡើង Describe in detail how the accident occurred	: _____ _____ _____ _____

<p>9. បង្ហាញពីអ្វីដែលអ្នកកំពុងធ្វើនៅពេលគ្រោះថ្នាក់</p> <p>State what you were doing at time of accident</p>	
<p>10. រៀបរាប់លម្អិតអំពីការរងរបួសដែលអ្នកបានទទួល</p> <p>Describe in detail the injury suffered by you</p>	
<p>11. ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់បុគ្គលណាម្នាក់បានបញ្ជូនលោកអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ</p> <p>Name and Address of any Person who sent you to Hospital</p>	
<p>12. ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់បុគ្គលណាម្នាក់បានឃើញហេតុការណ៍គ្រោះថ្នាក់នេះ</p> <p>Name and Address of any Person who witnessed the accident</p>	
<p>13. ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់គ្រូពេទ្យដែលបានព្យាបាលបន្ទាប់ពីអ្នកគ្រោះថ្នាក់</p> <p>Name and Address of Medical Practitioner who attended to you after the accident</p>	
<p>14. តើអ្នកមានទទួលបានសំណងពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតពាក់ព័ន្ធនឹងការរងរបួសនេះដែរឬទេ? បើដូច្នេះ សូមបញ្ជាក់</p> <p>Are you entitled to receive compensation from any other Insurers in respect of this injury? If so, please state</p>	
<p>ក) ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង</p> <p>a) Name of Insurance Company</p>	
<p>ខ) ចំនួនអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង</p> <p>b) Amount you are insured for</p>	

ការធានាអះអាង / DECLARATION	
<p>យើងខ្ញុំសូមធានាអះអាងថាព័ត៌មានខាងលើនេះ គឺពិតប្រាកដនៅក្នុងគ្រប់ទិដ្ឋភាពទាំងអស់ហើយថាគ្មានព័ត៌មានណាត្រូវបានលាក់បាំងទេ ។</p> <p>I/We hereby declare the foregoing particulars to be true in every aspect and that no information has been suppressed.</p>	
<p>កាលបរិច្ឆេទ / Date : _____</p>	<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">ហត្ថលេខារបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង (ត្រាក្រុមហ៊ុន បើអាចអនុវត្តបាន)</p> <p style="text-align: center;">Signature of Insured (company chop where applicable)</p>

វិញ្ញាបនបត្រវេជ្ជសាស្ត្រ

MEDICAL CERTIFICATE

អ្នកទាមទារសំណងត្រូវតែទទួលបានវិញ្ញាបនបត្រដូចខាងក្រោម ពីអ្នកឯកទេសខាងវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានចុះបញ្ជី ។ គ្រូពេទ្យត្រូវបានស្នើសុំឱ្យបំពេញទម្រង់បែបបទវិញ្ញាបនបត្រនេះ ។
 The Claimant must obtain at his own expense the following certificate from a registered Medical Practitioner. The Medical Practitioner is requested to complete in detail this Certificate.

1. ឈ្មោះអ្នករងរបួស លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ / លេខលិខិតឆ្លងដែន Name of Injured Person IDNo. / Passport No.:	
2. កាលបរិច្ឆេទលើកដំបូងដែលអ្នកបានព្យាបាលទៅកាន់អ្នករងរបួស ក្នុងករណីរបួសនូវតែបន្តការថែទាំព្យាបាល The date you first attended to the injured person in respect of the injuries sustained	
3. តើរបួសដែលត្រូវបានបន្តការព្យាបាល មានភាពស្របគ្នាជាមួយគ្រោះថ្នាក់ ដូចដែលបានរៀបរាប់នៅទំព័រមុនៗ នៃទម្រង់បែបបទនេះដែរឬទេ ? Are the injuries sustained consistent with the Accident as described on the previous pages of this form?	
4. តើអ្នកទាមទារសំណងដែលបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ខាងលើនេះ ត្រូវបានសម្រាកក្នុងរយៈពេលយូរប៉ុណ្ណា ក) គេងលើគ្រែ ខ) នៅក្នុងផ្ទះ How long the claimant has been confined as a result of the accident above referred to (a) To his bed (b) To his house	ក / a ខ / b
5. ព័ត៌មានលម្អិតនៃការរងរបួសដែលបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់នេះ Full particulars of injuries caused by the accident	
6. ថាតើឥឡូវនេះ អ្នកទាមទារសំណងត្រូវបាន ឬពេលមានគ្រោះថ្នាក់ ដែលបណ្តាលឱ្យប៉ះពាល់ដល់ផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយ ឬជំងឺណាមួយ ដោយមិនគិតពីរបួសរបស់គាត់ ។ បើសិនជាដូច្នេះសូមបញ្ជាក់ប្រាប់ពីលក្ខណៈរបស់វា ។ Whether claimant is now or was at the time of the accident suffering from any physical defect or illness irrespective of his injuries. If so please state nature thereof.	
7. ប្រសិនបើនៅតែសម្រាកលើគ្រែ ឬក្នុងផ្ទះ តើគាត់នឹងនៅតែបន្តសម្រាកប្រហែលដល់ពេលណា ? If still confined to bed or house, probable further period he will be so confined?	
8. ក) តើអ្នកទាមទារសំណងបាន ឬនឹងត្រូវពិការទាំងស្រុងពីការបំពេញមុខងារ របស់គាត់ ដូចដែលបានបង្ហាញនៅទំព័រមុននៃទម្រង់បែបបទនេះ ខ) តើអ្នកទាមទារសំណងបាន ឬនឹងត្រូវពិការដោយផ្នែកខ្លះនៃរាងកាយពីការបំពេញមុខងារ របស់គាត់ដូចដែលបានបង្ហាញនៅទំព័រមុននៃទម្រង់បែបបទនេះ a) To what extent the Claimant has been or will be totally disabled from following his occupation as shown on the previous page of this form. b) To what extent the Claimant has been or will be partially disabled from following his occupation as shown on the previous page of this form.	_____ _____ _____

<p>9. ថាតើឥឡូវនេះ អ្នកទាមទារសំណង កំពុងតែប្រកបអាជីវកម្ម ឬមុខរបរបស់គាត់យ៉ាងណាដែរ?</p> <p>Whether the Claimant is now attending to his business or occupation in anyway?</p>	

យើងខ្ញុំសូមបញ្ជាក់អះអាងថាព័ត៌មានខាងលើពិតជាត្រឹមត្រូវ
 I hereby certify the foregoing statements are correct

ហត្ថលេខា / Signature_____

អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង / Address_____

គុណសម្បត្តិ / Qualifications_____

កាលបរិច្ឆេទ / Date : _____