

លេខ / No.:

ទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងកញ្ចក់មុខ-ក្រោយ
WINDSCREEN CLAIM FORM

សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ផ្លូវការ For Official Use Only	កាលបរិច្ឆេទ: Date
លេខបញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង Policy No.	
លេខយានយន្ត Vehicle No.	
ហត្ថលេខា Signature	

"វាសំខាន់ណាស់ដែលបែបបទទាមទារសំណងនេះត្រូវបានបំពេញយ៉ាងពេញលេញ ហើយបានប្រគល់ត្រឡប់មកកាន់ក្រុមហ៊ុនយើងខ្ញុំវិញក្នុងរយៈពេល១៤ថ្ងៃ ។ សូមធ្វើការ
 ទំនាក់ទំនងទាំងអស់ដែលអ្នកអាចទទួលបានភ្លាមៗមកកាន់យើងខ្ញុំ អ្នកក៏មិនត្រូវទទួលស្គាល់ថាអ្នកបើកបររបស់អ្នកមានកំហុសដែរ
 ឬក៏អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះគ្រោះថ្នាក់នោះទេ" ។

"IT IS IMPORTANT that this form is completed fully and returned to the company within 14 days. Send all communications you
 may receive to us immediately You are also not to admit that your driver was at fault, or that you are liable for the accident."

ផ្នែក ក ម្ចាស់បញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង / SECTION A POLICYHOLDER

1. ឈ្មោះ: Name	:																									
2. អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង (ការិយាល័យ) Address (Office)	:																									
លេខទូរស័ព្ទ (ការិយាល័យ) Telephone No. (Office)	:																									
3. អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង (ផ្ទះ) Address (House)	:																									
លេខទូរស័ព្ទ (ផ្ទះ) Telephone No. (house)	:													-												
4. អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល Email Address	:																									
5. អាជីវកម្ម / មុខរបរ Business/Occupation	:																									
6. ធានារ៉ាប់រងលើកញ្ចក់មុខ-ក្រោយ Windscreen Coverage	:																									

ផ្នែក ខ អ្នកបើកបរ ឬអ្នកទទួលបន្ទុកលើយានយន្តរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង /

SECTION B DRIVER OR PERSON IN CHARGE OF INSURED VEHICLE

1. ឈ្មោះ Name	
2. អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង (ការិយាល័យ) Address (Office)	
3. លេខទូរស័ព្ទ (ការិយាល័យ) Telephone No. (Office)	
4. អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង (ផ្ទះ) Address (House)	
5. លេខទូរស័ព្ទ (ផ្ទះ) Telephone No. (house)	
6. មុខងារអ្នកបើកបរយានយន្ត Driver's Occupation	
7. អាយុលើកាលបរិច្ឆេទនៃឧប្បត្តិហេតុ Age on date of Incident	ឆ្នាំ / Year(s)
8. បទពិសោធន៍បើកបរ Driving Experience	ឆ្នាំ / Year(s)

ផ្នែក គ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីយានយន្ត / SECTION C PARTICULARS OF VEHICLE

1. ប្រភេទ និង ម៉ូដែល Mark and Model	
2. ផ្លាកលេខយានយន្ត Registration No.	ទំហំស៊ីឡាំង / Capacity: សេស / cc
3. ឆ្នាំផលិតនិងពណ៌ Year of make and colour	

ផ្នែក ឃ ហេតុការណ៍កើតឡើង / SECTION D OCCURRENCE

1. កាលបរិច្ឆេទ Date:	ពេលវេលា / Time: ថ្ងៃ / យប់ am / pm
2. ទីតាំងកើតឧប្បត្តិហេតុ Location of Incident:	
3. ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាននៅជិតបំផុតរបស់អ្នកជួសជុល Name and address of nearest repairer	

យើងខ្ញុំសូមធានាអះអាងថាចម្លើយ និងព័ត៌មានខាងលើពិតជាត្រឹមត្រូវ និងមិនមានការក្លែងបន្លំឡើយ ។ ដោយអនុលោមតាមលក្ខខណ្ឌបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ខ្ញុំនឹងបញ្ជូនភ្លាមៗរាល់ការឆ្លើយតបដែលទាក់ទងនឹងហេតុការណ៍កើតឡើង ។

I declare that these answers and statements are true and correct. In accordance with the Policy Conditions, I will forward immediately any correspondence relating to the occurrence.

ហត្ថលេខារបស់អ្នកបើកបរ / Signature of Driver:

ថ្ងៃ / Date :

ហត្ថលេខារបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / Signature of Insured:

ថ្ងៃ / Date :