

## ពាក្យសុំទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រងយានយន្ត

### VEHICLE INSURANCE CLAIM FORM

អ្នកទាមទារសំណងត្រូវបំពេញនូវរាល់សំណួរខាងក្រោមអោយបានពេញលេញ និងច្បាស់លាស់ត្រឹមត្រូវ ហើយការបំពេញនូវបែបបទនេះមិនមែនចាត់ទុកជាការទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងទេ។ សូមប្រគល់ទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងមកកាន់ ក្រុមហ៊ុន លី ហ្វឺរ អ៊ុនធីស្យែន ប.ក ក្នុងរយៈពេល ៧ គិតចាប់ពីថ្ងៃគ្រោះថ្នាក់។ The claimant must answer all the relevant questions below fully and accurately and completing this form is not to be taken as an admission of liability by the insurers. Please return this claim form to Ly Hour Insurance Plc within 7 days after the date of accident.

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីម្ចាស់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង / Insured's Details			
លេខប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Policy Number		រយៈពេលធានារ៉ាប់រង Period of insurance	ចាប់ពី From: ...../...../..... ដល់ To : ...../...../.....
ម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង Name of Policy/holder		ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង Contact No.	
អាសយដ្ឋាន/Address			
ព័ត៌មានលម្អិតអំពីយានយន្ត / Vehicle's Details			
ម៉ូដែល/Make & Model		ស្លាកលេខ/Registration No	
ឆ្នាំផលិត/Year		ពណ៌/color	
លេខតួ/សាក់ស៊ី/Body/Chassis No.		លេខម៉ាស៊ីន/Engine No.	
ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្នកបើកបរ / Driver's Details			
ឈ្មោះអ្នកបើកបរ/Driver's Name		លេខប័ណ្ណបើកបរ/Driver's License No.	
ប្រភេទប័ណ្ណបើកបរ/ Classes		កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់/Expiry Date	
អាសយដ្ឋាន/Address			
ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង/Contact No.			
តើអ្នកបើកបរមានស្ថិតក្រោមឥទ្ធិពលគ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹងដែលឬទេ នៅពេលគ្រោះថ្នាក់ ? Was the driver under the influence of any drug or alcohol at the time of the accident ?			<input type="checkbox"/> មាន / Yes <input type="checkbox"/> គ្មាន / No
ព័ត៌មានលម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់ / Accident's Details			
កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់/Date of Accident	...../...../.....	ម៉ោង / Time: ..... : .....	ព្រឹក AM / ថ្ងៃ PM
ទីកន្លែងកើតហេតុ/Place of accident			
តើមន្ត្រីនគរបាលនៅកន្លែងគ្រោះថ្នាក់ឬទេ ? Did a police officer attend accident ?			<input type="checkbox"/> មាន / Yes <input type="checkbox"/> គ្មាន / No
ចូរពិពណ៌នាគ្រោះថ្នាក់ដែលបានកើតឡើង / Describe in Detail How the Accident Occurred: .....			
.....			
.....			
.....			
ចូរបញ្ជាក់ពីមូលហេតុនៃការជូនដំណឹងយឺតលើសរយៈពេល ២៤ម៉ោង/Give the reason of late notice over 24h: .....			
.....			
ការបញ្ជាក់ / Declaration			
ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំសូមប្រកាសថារាល់សេចក្តីលម្អិតទាំងឡាយជាការពិត ហើយខ្ញុំសូមទទួលស្គាល់ថាក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងមានសិទ្ធិក្នុងការបដិសេធការទទួលខុសត្រូវដោយផ្អែកប្រសិនបើចម្លើយដែលបានសរសេរខាងលើ ជាការមិនពិត ឬមិនត្រឹមត្រូវក្នុងទស្សនៈណាមួយ។ I/We hereby declare that these particulars are true and accept that insurance would be at liberty to deny liability in part or in full if the above written answers are false or inaccurate in any aspect.			
ហត្ថលេខា, ឈ្មោះ: និងត្រារបស់ក្រុមហ៊ុន/អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/កាលបរិច្ឆេទ Signature & Company Stamp of Insured/Date		ហត្ថលេខានិងឈ្មោះអ្នកបើកបរ/កាលបរិច្ឆេទ Signature & Driver's Name/Date	

