

នាយដ្ឋានដោះស្រាយសំណង

លេខសំណុំរឿង :

ចុះថ្ងៃទី :...../...../.....

ពាក្យសុំធានាសំណងបាត់បង់របស់គ្រោះថ្នាក់ការងារ បុគ្គល សិស្ស និស្សិត និងផ្នែកសុខភាព
Accident / Loss Form For Health, Workman, Student, and Personal

ID :..... Claim N° :..... Date :/...../.....

របាយការណ៍នេះត្រូវបានបំពេញដោយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពាក់ព័ន្ធនឹងហេតុការណ៍គ្រោះថ្នាក់ / ជម្ងឺដែលត្រូវបានព្យាបាលដោយគ្រូពេទ្យ ហើយត្រូវបានបញ្ជូនមក

ឱ្យ **កាមិនកូ** ក្នុងកំឡុងពេល ០៥ ថ្ងៃយ៉ាងយូរ បន្ទាប់ពីគ្រោះថ្នាក់ / ជម្ងឺកើតមានឡើង ។ ការប្រកាសមិនពិត **កាមិនកូ** មិនធ្វើសំណងជូនទេ ។

This Accidental report form is required to be completed by the insured who is relevant to the event of accident /disease and who is treated by doctor, and is submitted to CAMINCO not exceeding 05 days after the accident /disease. Any fraudulent statement, CAMINCO will not indemnify.

លេខប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង / Policy N° :

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / Insured :

ឈ្មោះអ្នករងរបួស/ជម្ងឺ / Name :

អាសយដ្ឋាន / Address :

រយៈពេលធានារ៉ាប់រង / Period Insured : ពីថ្ងៃទី / From..... ដល់ថ្ងៃទី /To.....

ថ្ងៃទាមទារសំណង /Date of Claim :

ទីកន្លែងទាមទារសំណង /Location of Claim :

ប្រភេទនៃរបួស/ជម្ងឺ /Nature of Claim :

បរិយាយសង្ខេបនៃគ្រោះថ្នាក់ ឬឧបទ្វរហេតុដែលធានា

Short Description of Accident or Insured Events

.....
.....
.....
.....

មូលវិចាររបស់គ្រូពេទ្យ / Doctor's Comments ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....

..... Date on

..... ហត្ថលេខាអ្នករងរបួស /ជម្ងឺ

..... Patient's Signature

..... បានឃើញ និងឯកភាពចំពោះការប្រកាសខាងលើ

..... Seen and Approved

..... ពីក្រុមហ៊ុន គ្រឹះស្ថានសិក្សា ឬអង្គការ

..... From Company, Institute, or Organization

..... ហត្ថលេខាអ្នកត្រូវបានធានា

..... Insured's Signature

ហត្ថលេខាគ្រូពេទ្យ
Doctor's Signature

.....
.....