

## ໃບແຈ້ງຂໍສິນທິດແທນປະກັນສຸຂະພາບ ພຣີເມຍ ແຄຣ໌

## Premier Care Claim Form

ສັນຍາປະກັນໄພເລກທີ / Policy No.: \_\_\_\_\_ ລະຫັດລູກຄ້າເລກທີ / Client No.: \_\_\_\_\_

ວັນທີທີ່ລົງມື / Policy Period ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ / From: \_\_\_\_\_ ເຖິງ / To: \_\_\_\_\_

ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນ / Insured Person: \_\_\_\_\_ ເບີໂທ / Tel: \_\_\_\_\_

## ຜູ້ໄດ້ຮັບບາດເຈັບ ຫຼື ເຈັບປ່ວຍ / The Claimant:

ລ/ດ No.	ລາຍຊື່ຜູ້ໄດ້ຮັບບາດເຈັບ ຫຼື ເຈັບປ່ວຍ Name of Claimant	ວັນ, ເດືອນ, ປີ Date of Birth	ອາຊີບ Occupation	ສະພາບບາດເຈັບ ຫຼື ເຈັບປ່ວຍ Nature of Injury / Sickness	ຜູ້ປ່ວຍນອກ Outpatient	ຜູ້ປ່ວຍໃນ Inpatient
1.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ວັນທີທີ່ໄດ້ຮັບບາດເຈັບ ຫຼື ເຈັບປ່ວຍ / Date of Injury or Sickness: \_\_\_\_\_ ເວລາ / Time: \_\_\_\_\_ ໂມງ/hrs

ສະຖານທີ່ / Place of injury or sickness: \_\_\_\_\_

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນຂອງພະຍານ / Name and Surname of the Witness: \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ / Address: \_\_\_\_\_

ເບີໂທຕິດຕໍ່ / Phone number: \_\_\_\_\_

ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ ໄດ້ມີສັນຍາປະກັນໄພກັບບໍລິສັດອື່ນ ຫຼືບໍ່ / Was there at the time of occurrence any other existing insurance policies with other company?  ບໍ່ມີ / No  ມີ, ກະລຸນາບອກລາຍລະອຽດ / If Yes, Please provide full particulars:

ຈົ່ງເລົ່າສະພາບການໄດ້ຮັບບາດເຈັບ ຫຼື ເຈັບປ່ວຍ / Circumstances of Injury or Sickness: \_\_\_\_\_

ຈໍານວນເງິນສະເໜີຕົວແທນຄືນ / Amount Claimed: \_\_\_\_\_

ຄໍາຕອບຂ້າງເທິງເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງທີ່ສຸດຕາມຄວາມຮັບຮູ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ແພດ ຫຼື ສະຖາບັນ ທາງການແພດເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນໃຫ້ກັບ ບໍລິສັດ ຟໍເຕ-ໂຕໂກ ລາວ ປະກັນໄພ ຈຳກັດ ລວມເຖິງສໍາເນົາບັນທຶກທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄໍາ ແນະນໍາ, ການດູແລ ຫຼື ການຮັກສາທີ່ໄດ້ໃຫ້ໄວ້ກັບຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ຜູ້ຕິດຕາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າສໍາລັບການອ້າງອິງນີ້.

The above answers are true and correct to the best of my knowledge and belief. I authorize any physician or medical institution to release information to Forte-Toko Lao Assurance Co., Ltd including copies of record, concerning advice, care or treatment provided to me or my dependents for this claim.

ລາຍເຊັນຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນ / Signature of Insured

ວັນທີ / Date: \_\_\_\_\_