

ໃບຄໍາຮ້ອງ ຂໍເອົາການປະກັນສຸຂະພາບ ແລະ ອຸປະຕິເຫດສ່ວນບຸກຄົນ

ກະລຸນາຕື່ມແບບຟອມ ແລະ ໝາຍໃສ່ຊ່ອງທີ່ໃຫ້ໝາຍເລືອກ

1. ລາຍລະອຽດຜູ້ສະເໜີເອົາການປະກັນໄພ

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ:..... ເພດ: ຊາຍ ຍິງ
 ວັນ/ເດືອນ/ປີເກີດ:..... ອາຍຸ:..... ປີ..... ນ້ຳໜັກ (Kg)..... ລວງສູງ (Cm).....
 ບັດປະຈຳຕົວ ໜັງສືຜ່ານແດນ ເລກທີ:..... ສັນຊາດ:.....
 ບ່ອນເຮັດວຽກ ບ້ານ ທີ່ຢູ່:.....
 ໂທລະສັບຫ້ອງການ:..... ໂທລະສັບມືຖື:..... ອີເມວ:.....
 ອາຊີບປະຈຸບັນ/ຕໍາແໜ່ງ:..... ເງິນເດືອນ / ຄ່າຈ້າງ.....
 ອະທິບາຍລັກສະນະວຽກງານຂອງທ່ານໂດຍຫຍໍ້:..... ລາຍໄດ້ອື່ນໆ.....

2. ລາຍລະອຽດຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ:..... ຄວາມສໍາພັນກັບຜູ້ເອົາປະກັນ:.....

3. ໄລຍະເວລາເອົາປະກັນໄພ ທີ່ທ່ານຕ້ອງການ ເລີ່ມຕົ້ນວັນທີ:..... ເວລາ:..... ສິ້ນສຸດວັນທີ:..... ເວລາ: 24:00h

4. ແຜນທາງເລືອກ.

ກະລຸນາເລືອກປະກັນໄພທີ່ທ່ານຕ້ອງການ

ແຜນ 1: ຜູ້ປ່ວຍພາຍໃນ ຜູ້ປ່ວຍພາຍນອກ ອຸປະຕິເຫດສ່ວນບຸກຄົນ
 ແຜນ 2: ຜູ້ປ່ວຍພາຍໃນ ຜູ້ປ່ວຍພາຍນອກ ອຸປະຕິເຫດສ່ວນບຸກຄົນ
 ແຜນ 3: ຜູ້ປ່ວຍພາຍໃນ ຜູ້ປ່ວຍພາຍນອກ ອຸປະຕິເຫດສ່ວນບຸກຄົນ

5. ວິທີການຊໍາລະຄ່າທໍານຽມປະກັນໄພ:

ເງິນສົດ
 ບັດເຄຼດິດທະນາຄານ:..... ໝາຍເລກບັດເຄຼດິດ:.....
 ບັນຊີເງິນຝາກທະນາຄານ:..... ຊື່ທະນາຄານ:..... ສາຂາ:.....
 ຄ່າທໍານຽມປະກັນໄພສຸດທິບາດ
 ອາກອນ 10 %ບາດ
 ຄ່າລົງທະບຽນບາດ
 ຄ່າທໍານຽມປະກັນໄພລວມບາດ

6. ພາຍໃນໄລຍະເວລາ 5 ປີ ທີ່ຜ່ານມາ ຈົນເຖິງປະຈຸບັນ, ທ່ານເຄີຍໄດ້ຮັບເຊື້ອ ຫຼື ມີອາການ ຫຼື ເຄີຍໄດ້ຮັບການຮັກສາ ຫຼື ໃນຕອນນີ້ແມ່ນຍັງຮັບການຮັກສາຢູ່ ຫຼື ເຄີຍໄດ້ຮັບການບອກກ່າວຈາກແພດວ່າທ່ານເປັນໂຮກມະເຮັງ, ໂຮກເນື້ອງອກ ຫຼື ຊິດ ທີ່ຍັງໄດ້ຮັບການຜ່າຕັດອອກ ຫຼື ຜ່າອອກແລ້ວ ແຕ່ບໍ່ເກີນ 2 ປີ ກ່ອນການເຮັດປະກັນໄພ ເຊັ່ນ: ໂຮກຫຼອດເລືອດສະໝອງ (Stroke), ໂຮກຕັບແຂງ, ໄວຮັດຕັບອັກເສບ B-C, ໂຮກເອດ, ໂຮກໜາກໄຂ່ຫຼັງ ຫຼື ໜາກໄຂ່ຫຼັງຊຸດໂຊມ, ໂຮກຫົວໃຈ, ມີອາການເຈັບໜ້າເອິກ, ວັນນະໂຮກ, ໂຮກປອດອັກເສບຊໍາເຮື້ອ, ໂຮກປອດອຸດຕັນຊໍາເຮື້ອ, ໂຮກຖົງລົມພອງ, ໂຮກພິດສຸລາຊໍາເຮື້ອ, ໂຮກເປົາຫວານ, ໂຮກຄວາມດັນໂລຫິດສູງ ທີ່ເຄີຍນອນຮັກສາຕົວເປັນຜູ້ປ່ວຍໃນໂຮງໝໍ ດ້ວຍໂຮກຄວາມດັນໂລຫິດສູງ, ໂຮກເລືອດຮຸນແຮງ ຫຼື ຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບເລືອດສະໝໍ່າສະເໝີ, ໂຮກຕັບ, ມ້າມໃຫຍ່, ທ້ອງມານ, ໂຮກພາກິນສັນ, ໂຮກສະໝອງເສື່ອມ ແລະ ບໍ່ສາມາດເບິ່ງແຍງຕົນເອງໄດ້, ອໍາມະພິກ, ອໍາມະພາດ, ພິການ, ໂຮກຈິດປະສາດ, ຕິດສານເສບຕິດ.

ບໍ່ເຄີຍ ເຄີຍ, ກະລຸນາລະບຸ:.....

7. ພາຍໃນໄລຍະເວລາ 5 ປີ ຜ່ານມາ ຈົນເຖິງປະຈຸບັນ, ທ່ານເຄີຍໄດ້ຮັບຄໍາແນະນໍາຈາກແພດໝໍ ເພື່ອຮັບການຜ່າຕັດ ຫຼື ເພື່ອຮັບການຮັກສາ ແລະ ກວດວິນິໄສເພີ່ມເຕີມ ອັນເນື່ອງມາຈາກໂຮກ ແລະ ການເຈັບປ່ວຍ, ເຊິ່ງຍັງບໍ່ໄດ້ເຮັດ ຫຼື ຍັງມີຄວາມຜິດປົກກະຕິ / ການເຈັບປ່ວຍ / ອາການຊໍາເຮື້ອ ເຊິ່ງຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບການກວດຮັກສາຈາກແພດໝໍ ຫຼືບໍ່ ?

ບໍ່ເຄີຍ ເຄີຍ, ກະລຸນາລະບຸ:.....

8. ທ່ານເຄີຍຖືກປະຕິເສດໃນການຂໍເອົາປະກັນຊີວິດ ຫຼື ປະກັນສຸຂະພາບ ຫຼື ປະກັນໄພໂຮກຮ້າຍແຮງ ຫຼື ປະກັນໄພອຸປະຕິເຫດສ່ວນບຸກຄົນ ຫຼື ຖືກປະຕິເສດການຕໍ່ສັນຍາປະກັນໄພ ຫຼື ຖືກຮຽກຮ້ອງເກັບຄ່າປະກັນໄພເພີ່ມ ຫຼື ປ່ຽນແປງເງື່ອນໄຂ ສໍາລັບ ການປະກັນໄພດັ່ງກ່າວ ຫຼືບໍ່ ?

ບໍ່ເຄີຍ ເຄີຍ, ກະລຸນາລະບຸ:.....

9. ທ່ານມີປະກັນສຸຂະພາບ, ປະກັນໂຮກຮ້າຍແຮງ, ປະກັນຊີວິດ ຫຼື ປະກັນໄພອຸປະຕິເຫດ ກັບ ບໍລິສັດ ຟໍເຕ ໂຕໂກ ລາວ ປະກັນໄພ ຈໍາກັດ ຫຼື ບໍລິສັດ ປະກັນໄພ ອື່ນ ຫຼືບໍ່ ?

ບໍ່ມີ ມີ, ກະລຸນາລະບຸ.....

10. ປະຈຸບັນທ່ານໃຊ້ ຫຼື ເຄີຍໃຊ້ຢາເສບຕິດ ຫຼື ຕື່ມສຸຣາ ຫຼື ສິ່ງມືນເມົາ ຫຼື ເຄື່ອງດື່ມທີ່ມີທາດແອກໍຣ໌ເປັນປະຈໍາ ຫຼື ເຄີຍຮັບການຮັກສາ ກ່ຽວກັບ ໂຮກພິດສຸຣາຊໍາເຮື້ອ ຫຼື ຢາເສບຕິດທີ່ໃຫ້ໂທດ ຫຼືບໍ່ ?

ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ, ກະລຸນາລະບຸ.....

11. ທ່ານສຸບຢາ ຫຼືບໍ່?

ໃນອະດີດ ບໍ່ສຸບ ເຄີຍສຸບມື້ລະ.....ກອກ / ມື້ ເປັນເວລາ:.....ປີ

ປະຈຸບັນ ບໍ່ສຸບ ສຸບມື້ລະ.....ກອກ / ມື້

12. ພໍ່-ແມ່, ຜົວ/ເມຍ, ອ້າຍເອື້ອຍນ້ອງ ຂອງຜູ້ເອົາການປະກັນໄພ ເຄີຍໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ ຫຼື ເສຍຊີວິດ ຈາກໂຮກປອດແຫ້ງ, ເປົາຫວານ, ໂຮກຫົວໃຈ, ມະເຮັງ, ໂຮກເສັ້ນເລືອດຫົວໃຈ, ໂຮກໝາກໄຂ່ຫຼັງເສື່ອມ ຫຼື ໂຮກເອສ ບໍ່ ?

ບໍ່ເຄີຍ ເຄີຍ, ກະລຸນາລະບຸຄົນທີ່ເປັນ.....

ວັນທີເຂົ້າຮັບການຮັກສາ:..... ສາເຫດເຈັບປ່ວຍເສຍຊີວິດ:.....

13. ປະຈຸບັນທ່ານຢູ່ໃນໄລຍະຊ່ວງພັກພື້ນຈາກການເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ການບາດເຈັບຈາກອຸປະຕິເຫດ ຫຼື ຈາກການພັກຮັກສາຕົວໃນໂຮງໝໍ ແມ່ນບໍ່?

ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ, ກະລຸນາລະບຸສາເຫດ.....

14. ທ່ານກິນຢາເປັນປະຈໍາ ຫຼື ຕໍ່ເນື່ອງ ຫຼື ມີໂຮກປະຈໍາຕົວ ຫຼື ໂຮກຊໍາເຮື້ອອື່ນໆ ຫຼືບໍ່ ?

ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ, ກະລຸນາລະບຸຢາ ຫຼື ໂຮກທີ່ທ່ານເປັນ.....

ຄໍາຮັບຮອງຂອງຜູ້ສະເໜີຂໍເອົາປະກັນໄພ

ເປັນທີ່ຕົກລົງກັນ ລະຫວ່າງ ຜູ້ຂໍເອົາປະກັນໄພ ແລະ ບໍລິສັດ ວ່າສັນຍາປະກັນໄພນີ້ ຈະບໍ່ໃຫ້ຄວາມຄຸ້ມຄອງແກ່ຜູ້ສະເໜີຂໍເອົາປະກັນໄພ ສໍາລັບການ ບາດເຈັບ ຫຼື ການເຈັບປ່ວຍ ເຊິ່ງເກີດຂຶ້ນໂດຍກົງ ຫຼື ສືບເນື່ອງມາຈາກ ຫຼື ເປັນອາການແຊກຊ້ອນຂອງການບາດເຈັບ ຫຼື ການເຈັບປ່ວຍໃດໆ ທີ່ຜູ້ສະເໜີຂໍ ເອົາປະກັນໄພ ໄດ້ແຈ້ງໄວ້ໃນຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາປະກັນໄພນີ້ ຕະຫຼອດໄລຍະເວລາເອົາປະກັນໄພ ເຊິ່ງຜູ້ສະເໜີຂໍເອົາປະກັນໄພໄດ້ຮັບຮູ້ ແລະ ຍິນຍອມຕາມເງື່ອນ ໄຂນີ້ທຸກປະການ. ໂດຍບໍລິສັດຈະອອກເອກະສານຄັດຕິດ, ຍົກເວັ້ນຄວາມຄຸ້ມຄອງສະເພາະໂຮກນັ້ນໆ ເປັນກໍລະນີສະເພາະ.

ຂ້າພະເຈົ້າ ມີຄວາມປະສົງຂໍເອົາການປະກັນໄພກັບບໍລິສັດ ຕາມເງື່ອນໄຂຂອງສັນຍາປະກັນໄພ, ທີ່ບໍລິສັດໄດ້ໃຊ້ ສໍາລັບ ການປະກັນໄພນີ້ ແລະ ຂ້າ ພະເຈົ້າຂໍຮັບຮອງວ່າ ລາຍລະອຽດຕ່າງໆຂ້າງເທິງນີ້ຖືກຕ້ອງ ແລະ ສົມບູນ. ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງ ທີ່ຈະໃຫ້ຄໍາຂໍເອົາປະກັນໄພນີ້ ເປັນຫຼັກຖານຂອງສັນຍາປະ ກັນໄພລະຫວ່າງ ຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ບໍລິສັດ, ຫາກລາຍລະອຽດຂອງຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເປັນຄວາມຈິງ ຫຼື ປົກປິດ ບໍ່ແຈ້ງຕາມຄວາມເປັນຈິງ. ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມ ໃຫ້ບໍລິສັດຍົກເລີກສັນຍາປະກັນໄພໄດ້. ນອກຈາກນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຂໍມອບອໍານາດແກ່ ບໍລິສັດ ຟໍເຕ-ໂຕໂກ ລາວ ປະກັນໄພ ຈໍາກັດ ໃນການຂໍຮັບຮູ້ລາຍລະ ອຽດຂ່າວສານກ່ຽວກັບ ປະຫວັດການຮັກສາ ແລະ ສະພາບຮ່າງກາຍຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຈາກແພດ, ໂຮງໝໍ, ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ຫຼື ອົງການອື່ນໆ ທີ່ມີບັນທຶກ ຫຼື ຮູ້ເລື່ອງ ກ່ຽວກັບຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນຜູ້ສະເໜີຂໍເອົາປະກັນ:.....

.....

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ:.....

ວັນທີ / ເດືອນ / ປີ