



ແບບຟອມຮຽກຮ້ອງສິນປະກັນໄພສຸຂະພາບ/HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

1. ລາຍລະອຽດຂອງຜູ້ເອົາປະກັນໄພ/Detail of Insured Person

ບໍລິສັດຜູ້ເອົາປະກັນໄພ/Company..... ເລກທີ່ສັນຍາ/Policy No

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນຄົນເຈັບ/Name and surname of patient

ເລກທີ່ຜູ້ເອົາປະກັນໄພ/Insured No ຜູ້ທີ່ສາມາດຕິດຕໍ່ຫາຂອງຄົນເຈັບ/Contact person.....

ໂທລະສັບ/Tel.....

2. ລາຍລະອຽດຂອງການປິ່ນປົວ/Detail of treatment

ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ/Hospital/Clinic Visited.....

ພະຍາດທີ່ທ່ານໄດ້ປິ່ນປົວ/ບົ່ງມະຕິ

ພະຍາດ/Diagnosis.....

2.1 ການປິ່ນປົວ ບໍ່ນອນໂຮງໝໍ (OPD) ວັນທີ/Date...../...../.....	ຈໍານວນເງິນທັງໝົດ/Total Amount	ສະກຸນເງິນ/Currency
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
2.2 ການປິ່ນປົວ ນອນໂຮງໝໍ (IPD)		
ເຂົ້າໂຮງໝໍ/Admission ວັນທີ From...../...../..... ເຖິງ/To	ຈໍານວນເງິນທັງໝົດ/Total Amount	ສະກຸນເງິນ/Currency
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
ລວມເງິນທັງໝົດ (OPD + IPD):		<input style="width: 100%;" type="text"/>

3. ລາຍລະອຽດການຈ່າຍເງິນຄືນ/Details for reimbursement

(ເອພີເອ ຈະຈ່າຍເປັນເງິນກີບ ຍົກເວັ້ນກໍລະນີທີ່ລູກຄ້າໄດ້ແຈ້ງ ເອພີເອ ສໍາລັບການຈ່າຍເປັນສະກຸນເງິນອື່ນ ຫຼື ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນສັນຍາປະກັນໄພ)/ APA will pay in LAK except if the claimant requests for other currency or if stated in the policy)

ຊື່ບັນຊີ/Account name.....

ເລກບັນຊີ/Account number.....

ຊື່ທະນາຄານ/Bank nameສະກຸນເງິນ/Currency ກີບ/LAK ບາດ/THB ໂດລາ/USD

ໝາຍເຫດ: ກະລຸນາຄັດຕິດສໍາເນົາປຶ້ມບັນຊີທະນາຄານ ເພື່ອຫລີກລ້ຽງຄວາມຜິດພາດໃນການໂອນເງິນສິນປະກັນໄພ. ຖ້າບໍ່ມີ, ບໍລິສັດຈະເອົາຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕື່ມໃສ່ໃນແບບຟອມຮຽກຮ້ອງຂໍສິນປະກັນໄພນີ້ເປັນຫລັກ ແລະ ຫາກມີຂໍ້ຜິດພາດເກີດຂຶ້ນ ທາງບໍລິສັດຈະບໍ່ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ ການລ່າຊ້າ ຫລື ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ເກີດຈາກການຮຽກເກັບເງິນທີ່ໂອນໄປຫາເລກບັນຊີທີ່ຜິດພາດນັ້ນ

Remark: Copy of the insured's bank book is preferable in order to avoid any mistakes. Without such, APA will rely on the information written above by the insured and if there's any mistake, APA shall not be responsible for any delay or any cost incur to reclaim the money transferred to the wrong account.

4. ເອກະສານສໍາຄັນທີ່ຕ້ອງປະກອບໃນການຮຽກຮ້ອງສິນທົດແທນຕົ້ນສະບັບ/Documents required for Claim (all originals)

<input type="checkbox"/> ໃບບິນຮັບເງິນຂອງໂຮງໝໍ/ຄຣິນິກ	<input type="checkbox"/> ໃບສັ່ງແພດ	<input type="checkbox"/> ໃບຢັ້ງຢືນພະຍາດ/ໃບອອກໂຮງໝໍ/ຄຣິນິກ	<input type="checkbox"/> ເອກະສານອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປິ່ນປົວ
Receipts	Doctor Diagnostic	Certificate from Hospital	Other Document Related to Treatment

.....

.....

ວັນທີ Date...../...../..... ຊື່ແຈ້ງ/Nameລາຍເຊັນ/Signature