



ແບບຟອມຂໍເອົາປະກັນໄພຊີວິດ ອີຊີ ໄລ ໂກລ/ຊີວເວີ້

ຂໍ້ແຈ້ງການເພື່ອຮັບຮູ້

1. ເພື່ອໃຫ້ທ່ານ ສາມາດເຂົ້າໃຈຢ່າງຄົບຖ້ວນກ່ຽວກັບການປະກັນໄພ ຢ່າງຖືກຕ້ອງ ແລະ ປົກປ້ອງສິດ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ, ກະລຸນາຂໍເອກະສານສັນຍາປະກັນໄພ ພ້ອມທັງການອະທິບາຍລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບສັນຍາປະກັນໄພ ຈາກພະນັກງານຝ່າຍຂາຍ/ຕົວແທນ ຫຼື ນາຍໜ້າຂາຍປະກັນໄພຊີວິດ ອີຊີ ໄລ ໂກລ ທີ່ທ່ານຈະຊື້ປະກັນໄພນຳ ສຳລັບການຄຸ້ມຄອງສັນຍາ ແລະ ຄຳອະທິບາຍລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະສະເໜີຂໍປະກັນໄພ.
2. ແບບຟອມຂໍປະກັນໄພນີ້ ແລະ ເອກະສານປະກອບອື່ນໆ ທີ່ຖືວ່າເປັນສິ່ງຈຳເປັນທີ່ທາງບໍລິສັດ ຝັງສະຫວັນ ປະກັນໄພ (APA) ຈຳກັດ (ເອີ້ນວ່າ "ບໍລິສັດ") ທີ່ຈະອອກສັນຍາ ແລະ ເປັນສ່ວນໜຶ່ງທີ່ສຳຄັນຂອງສັນຍາປະກັນໄພ. ຜູ້ຂໍເອົາປະກັນໄພ ແລະ ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພຄວນເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຜູ້ປະກັນໄພເຫັນດີທີ່ຈະຮັກສາເອກະສານຂໍປະກັນໄພນີ້ ເປັນຄວາມລັບ.
3. ເອກະສານແບບຟອມຂໍປະກັນໄພນີ້ຕ້ອງໄດ້ຮັບການລົງນາມໂດຍຜູ້ຊື້ ແລະ ຜູ້ຂໍເອົາປະກັນໄພ ເທົ່ານັ້ນ ແລະ ບໍ່ມີພາກສ່ວນອື່ນ ຫຼື ບຸກຄົນອື່ນໃດສາມາດຕ່າງໜ້າເຊັນແທນໄດ້.
4. ການຕື່ມ ແລະ ລົງນາມໃນເອກະສານແບບຟອມຂໍປະກັນໄພນີ້ ແມ່ນຖືວ່າທ່ານ ໄດ້ຍອມຮັບວ່າທ່ານ ໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈໃນສັນຍາ ແລະ ຕົກລົງທີ່ຈະປະຕິບັດຕາມ.
5. ຈຸດປະສົງຂອງແບບສອບຖາມຂໍ້ມູນສຸຂະພາບ ແມ່ນ ເພື່ອປະເມີນສະພາບສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມດ້ານລຸ່ມນີ້ຕາມຄວາມຈິງໂດຍລະອຽດທີ່ສຸດ. ສະພາບ ຫຼື ພະຍາດທີ່ມີຢູ່ກ່ອນແລ້ວ (ຖ້າມີ), ຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຈະໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກຜູ້ປະກັນໄພເທົ່ານັ້ນ. ສຳລັບການປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ສະພາບ ຫຼື ພະຍາດທີ່ມີຢູ່ກ່ອນ ຫມາຍເຖິງ: ການເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ການບາດເຈັບ, ສະພາບທາງດ້ານຮ່າງກາຍ ຫຼື ຈິດໃຈ, ທີ່ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ ໄດ້ຮັບການປິ່ງມະຕິ ຫຼື ໄດ້ຮັບຄຳແນະນຳທາງການແພດ ຫຼື ມີການປິ່ນປົວ ຫຼື ໄດ້ໃຊ້ຢາໃດໆ ມາກ່ອນແລ້ວ, ຫຼື ອາການອື່ນໆ ທີ່ເຄີຍປະກົດມາກ່ອນວັນທີ່ສັນຍາປະກັນໄພມີຜົນບັງຄັບໃຊ້. "
6. ເມື່ອຜູ້ປະກັນໄພໄດ້ຮັບຄຳທຳນຽມປະກັນໄພຈາກທ່ານແລ້ວ, ທ່ານ ຈະໄດ້ຮັບບັດປະກັນໄພ. ບັດປະກັນໄພນີ້ ແມ່ນສາມາດນຳໃຊ້ຢູ່ໃນ "ໂຮງຫມໍ / ຄລີນິກເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ" ເພື່ອໃຫ້ໂຮງຫມໍ / ຄລີນິກເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາຮຽກເກັບເງິນກັບພວກເຮົາໂດຍກົງ . ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າມີການໃຊ້ບັດປະກັນໄພນີ້ສຳລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ ທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບສິດໃນການຄຸ້ມຄອງໃນສັນຍາປະກັນໄພ ແລະ ບໍ່ໄດ້ຖືກຮຽກເກັບໂດຍໂຮງຫມໍ / ຄລີນິກໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານ ຕ້ອງຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດັ່ງກ່າວໃຫ້ກັບບໍລິສັດຄືນ ພາຍໃນ 30 ວັນ ນັບແຕ່ມື້ທີ່ໄດ້ຮັບແຈ້ງການໂດຍກົງຈາກບໍລິສັດ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງບໍລິສັດ.

ຂ້າພະເຈົ້າ ຍິນຍັນວ່າໄດ້ອ່ານ, ເຂົ້າໃຈ ແລະ ເຫັນດີ ຕໍ່ຂໍ້ກຳໜົດ ແລະ ເງື່ອນໄຂຕ່າງໆທີ່ກ່າວມາຂ້າງເທິງນີ້.

.....
ລາຍເຊັນຜູ້ຊື້ປະກັນໄພ

ວັນທີ: (/ /)

.....
ລາຍເຊັນຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ

ວັນທີ: (/ /)



ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ບ່ອນວ່າງ ແລະ ຕື່ມເຄື່ອງຫມາຍ ✓ ໃສ່ປ່ອງ

ເອກະສານປະກອບມີ:

- ແບບຝອມຂໍປະກັນໄພ ສຳເນົາຫນັງສືຜ່ານແດນ/ບັດປະຈຳຕົວທ່ານ ແລະ ສະມາຊິກຄອບຄົວ ປະຫວັດການກວດສຸຂະພາບ (ຖ້າມີ)

ທາງເລືອກການຄຸ້ມຄອງ:

- ອີຊີ ຊິວເວີ ອີຊີ ໂກລ ອີຊີ ໂກລ 1 ອີຊີ ໂກລ 2 ອີຊີ ໂກລ 3

ພາກທີ 1. ຂໍ້ມູນຜູ້ຊື້ປະກັນໄພ

ຊື່: _____ ນາມສະກຸນ: _____ ຊາຍ ຍິງ

ທີ່ຢູ່: _____

ວັນ/ເດືອນ/ປີເກີດ (ວ/ດ/ປ): _____ ລວງສູງ (m): _____ ນ້ຳໜັກ (kg): _____

ສັນຊາດ: _____ ຫນັງສືຜ່ານແດນ/ບັດປະຈຳຕົວ/ສຳມະໂນຄົວ.: _____ ສະຖານະພາບ: _____

ເບີໂທ: _____ ເບີ fax: _____ ອີເມວ: _____

ບໍລິສັດທີ່ເຮັດວຽກນຳ: _____ ທີ່ຢູ່ປະຈຸບັນ: _____

ບຸກຄົນທີ່ສາມາດຕິດຕໍ່ໄດ້ໃນເວລາສຸກເສີນ: _____ ສາຍສຳພັນ: _____

ເບີໂທ: _____ ອີເມວ: _____

ພາກທີ 2. ຂໍ້ມູນຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ

ຊື່: _____ ນາມສະກຸນ: _____ ຊາຍ ຍິງ

ທີ່ຢູ່: _____

ວັນ/ເດືອນ/ປີເກີດ (ວ/ດ/ປ): _____ ລວງສູງ (m): _____ ນ້ຳໜັກ (kg): _____

ສາຍພົວພັນກັບຜູ້ຊື້ປະກັນໄພ: _____

ສັນຊາດ: _____ ຫນັງສືຜ່ານແດນ/ບັດປະຈຳຕົວ/ສຳມະໂນຄົວເລກທີ.: _____

ສະຖານະພາບ: _____ ເບີໂທ: _____

ອີເມວ: _____

ອາຊີບ: _____ ບໍລິສັດທີ່ເຮັດວຽກນຳ: _____

ພາກທີ 3. ຂໍ້ມູນຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ (ຖ້າບໍ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ ບໍລິສັດຈະຈ່າຍໃຫ້ບຸກຄົນທີ່ມີສາຍພົວພັນໃນຄອບຄົວທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ)

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ	ວັນ/ເດືອນ/ປີເກີດ	ເບີໂທ	ສາຍສຳພັນ	% ບັນຜົນປະໂຫຍດ

ວັນທີເລີ່ມການຄຸ້ມຄອງ:...../...../.....

(ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເພີ່ມລາຄາ 30,000 ກີບຕໍ່ບັດປະກັນ)

ປະຈຸບັນທ່ານ ໄດ້ມີປະກັນສຸຂະພາບກັບບໍລິສັດອື່ນບໍ່ ມີ ບໍ່ມີ ຖ້າມີ, ກະລຸນາລະບຸຊື່ບໍລິສັດຜູ້ເອົາປະກັນໄພ ໃຊ້ບໍລິການນຳ:

ຊື່ບໍລິສັດ: _____ ທາງເລືອກການຄຸ້ມຄອງ: _____ ມື້ສິ້ນສຸດສັນຍາ (ວ/ດ/ປ): _____

ພາກທີ 4. ຄຳຖາມກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງຜູ້ເອົາປະກັນໄພ

- ກະລຸນາ ໃສ່ເຄື່ອງຫມາຍ ✓ ໃສ່ ຫ້ອງ ມີ” ຫຼື “ ບໍ່ມີ ” ໃນຕາຕະລາງຄຳຖາມລຸ່ມນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ. ຖ້າຜູ້ເອົາປະກັນໄພ ເລືອກ “ມີ” ຕ້ອງລະບຸລາຍລະອຽດໃສ່ ໃນຫ້ອງຂໍ້ມູນດ້ານລຸ່ມຕື່ມອີກ.

	ຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ	
	ມີ	ບໍ່ມີ
1. ພາຍໃນ 5 ປີຜ່ານມາເຄີຍເຂົ້າອນໂຮງໝໍ/ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວອື່ນໆ ຫຼື ເຄີຍໄດ້ຮັບການຜ່າຕັດບໍ່?		
2. ພາຍໃນ 5 ປີຜ່ານມາເຄີຍມີການ ແລະ / ຫຼື ໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວດ້ານການແພດທີ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສູງເກີນ 3,000 ໂດລາ ບໍ່?		
3. ເຄີຍໄດ້ຮັບຄຳແນະນຳວ່າມີອາການຜິດປົກກະຕິຫຍັງບໍ່ ໃນລະຫວ່າງການກວດສຸຂະພາບ?		
4. ເຄີຍເຈັບເປັນ ຫຼື ເກີດອຸປະຕິເຫດ ຫຼື ເຈັບປ່ວຍ ແລະ / ຫຼື ຕ້ອງຮັບການປິ່ນປົວ ທີ່ໃຊ້ເວລາພັກຜ່ອນດົນນານເກີນ 30 ວັນບໍ່?		
5. ເຄີຍໄດ້ຮັບເງິນຊົດເຊີຍຍ່ອນການເສັຍອົງຄະ (ມີການ) ຫຼື ຮັບເງິນຊົດເຊີຍຈາກອຸປະຕິເຫດວຽກງານບໍ່?		
6. ເຄີຍໄດ້ຖືກແນະນຳວ່າມີຄວາມຈຳເປັນຕ້ອງເຂົ້າອນປິ່ນປົວຢູ່ໃນໂຮງໝໍ ຫຼື ຕ້ອງໄດ້ຮັບການຜ່າຕັດ ໃນອະນາຄົດບໍ່?		
7. ພາຍໃນ 5 ປີຜ່ານມາ ທ່ານເຄີຍຕິດເຊື້ອ ຫຼື ມີອາການ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຮັກສາ ຫຼື ໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ ຫຼື ໄດ້ຮັບການບອກເລົ່າຈາກທ່ານໝໍທີ່ມີພະຍາດ ຫຼື ສະພາບທາງການແພດຕໍ່ໄປນີ້ບໍ່?		
ກ. ເຈັບຮຸດຊ້ຳເຮື້ອ, ໄອຊ້ຳເຮື້ອ, ມີຂີ້ກະທົບ, ໄອ ອອກເລືອດ, ເປັນຫົດ, ຫາຍໃຈຍາກ, ຫລອດລົມໂປ່ງ, ອາກາດອັງໃນປອດ, ປອດໂປ່ງໂພງ, ວັນນະໂລກປອດ, ເຍື່ອຫຸ້ມປອດອັກເສບ, ຫລອດປອດອັກເສບຊ້ຳເຮື້ອ, ອັກເສບປອດ ຫຼື ພະຍາດກ່ຽວກັບລະບົບຫາຍໃຈອື່ນໆ?		
ຂ. ເຈັບຫລັງ, ປັດສະວະຫລາຍ(ດ), ອິດປັດສະວະບໍ່ໄດ້, ປັດສະວະແສບ(ປັດສະວະຍາກ), ປັດສະວະເປັນເລືອດ ປັດສະວະມີໂປຣເຕອິນ, ປັດສະວະຫລາຍ, ປັດສະວະດູກາງຄືນ, ຫນ້າບວມ, ຫນົວໄຂ່ຫລັງ ແລະ ທໍ່ສິ່ງຢຽວ, ໄຂ່ຫລັງອັກເສບ, ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງໄຂ່ຫລັງ, ໄຂ່ຫລັງມີຖົງນ້ຳ, ໄຂ່ຫລັງອົງນ້ຳ, ຫຼື ພະຍາດກ່ຽວກັບລະບົບຖ່າຍເທື່ອນໆ?		
ຄ. ຫົວໃຈສັ່ນ, ຫາຍໃຈ ໄວພາຍຫລັງອອກກຳລັງກາຍ, ຮາກເປັນເລືອດ, ມີອາການຂາບວມ ຫຼື ເສັ້ນເລືອດດຳຂາຂອດ, ແໜ້ນໜ້າເອິກ, ເປັນລົມ, ໄຂ້ປະດິງ ຫຼື ມີສຽງຄາງຂອງຫົວໃຈ, ຫົວໃຈເຕັ້ນບໍ່ສະເໝີ, ກ້າມຊີ້ນຫົວໃຈອັກເສບ, ພະຍາດຫົວໃຈ-ຫລອດເລືອດ, ຫົວໃຈວາຍຫລອດເລືອດສະໝອງແຕກ, ຫລອດເລືອດໂປ່ງໂພງ, ພະຍາດຫລອດເລືອດໃຫຍ່ຫົວໃຈ, ພະຍາດຄວາມດັນເລືອດສູງ, ໄຂ່ມັນໃນເລືອດສູງ, ຫຼື ພະຍາດກ່ຽວກັບລະບົບໄຫລວຽນຂອງເລືອດອື່ນໆ?		
ງ. ມີອາການເມື່ອຍ, ວິນຫົວ, ເລືອດດັງອອກ, ເລືອດໄຫລຢູ່ກ້ອງຜິວໜັງ, ເລືອດໄຫລ, ມີຈຳເລືອດ, ເຈັບກະດູກ, ເລືອດຈາງ, ຫຼື ພະຍາດກ່ຽວກັບລະບົບເລືອດອື່ນໆ?		
ຈ. ຂໍ້ອັກເສບ, ພະຍາດເກົາ, ປວດກ້ານຄໍ, ເຈັບຫລັງ ແລະ ແອວ, ພະຍາດປ້ອງກະດູກສັນຫລັງ, ໝວດອາການເຈັບຂອງກ້າມຊີ້ນໃບໜ້າ, ອາການຜິດປົກກະຕິຂອງລະບົບປະສາດ ຫຼື ກ້າມຊີ້ນ-ກະດູກ / ຂໍ້ຕໍ່ອື່ນໆ ?		
ສ. ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງລົດຊາດອາຫານ (ຄວາມຢາກ), ເຫື່ອອອກຫລາຍ, ຫົວນ້ຳຫລາຍ, ຢຽວຫລາຍ, ມື້ສັນ, ຕຸ້ຍຫລາຍ, ມີມືກຕາມຜິວໜັງ, ບໍ່ເປັນປະຈຳເດືອນ, ເປັນພະຍາດເບົາຫວານ, ພະຍາດຕ່ອມຄໍຫນຽງ, ຫຼື ພະຍາດກ່ຽວກັບລະບົບເຜົາຜານ ແລະ ຕ່ອມຂັບຢ່ອຍໃນອື່ນໆ		
ຊ. ອາການວິນຫົວ, ເປັນລົມ (ເສຍສະຕີ), ຄວາມຈຳເສື່ອມ, ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງສາຍຕາ, ນອນບໍ່ຫລັບ, ສະຕີວິນວາຍ, ມີອາການສັ່ນ, ກະວິນກະວາຍ, ເປັນລົມກະທັນຫັນ, ອຳມະພາດ, ຄວາມຜິດປົກກະຕິດ້ານຄວາມຮູ້ສຶກ, ເປັນພະຍາດຊັກກະດູກ (ພະຍາດບ້າຫມຸ), ສູນເສຍຄວາມຊຶງຕິວ ຫຼື ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງລະບົບປະສາດອື່ນໆ		
ຍ. ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງຕ່ອມລູກໜາກ(ນຳເພດຊາຍ), ເຈັບນິມ, ນິມອັກເສບ, ປະຈຳເດືອນບໍ່ປົກກະຕິ, ເລືອດໄຫລຊ່ອງຄອດ, ເຈັບທ້ອງເວລາເປັນປະຈຳເດືອນ, ກ້ອນເບົ້າມິດລູກແບບບໍ່ປົກກະຕິ, ມິດລູກໃຫຍ່ຜິດປົກກະຕິ, ມີຖົງນ້ຳໃນຮ່ວຍໄຂ່, ມິລູກຍາກ, ຫຼື ພະຍາດອື່ນໆຂອງຜູ້ຊາຍ/ແມ່ຍິງທີ່ກ່ຽວພັນກັບອະໄວຍະວະຈະເລີນພັນ ໃນນັ້ນ ແມ່ນ ພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສຳພັນ (STD).		
ດ. ມະຮັງ, ກ້ອນເບົ້າ ຫຼື ເນື່ອງອາກ, ຕິງເນື້ອ, ຖົງນ້ຳ, ຕ່ອມກະດັນໃຫຍ່, ຕ່ອມນ້ຳເຫຼືອງ ຫຼື ອະໄວຍະວະ, ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງສີຜິວ, ມີກ້ອນ-ຖົງນ້ຳໃນເຕົ້ານິມ ຫລື ອາການອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບນິມ		
ຕ. ພະຍາດ (HIV), ເອດສ AIDS, ພະຍາດຜູມຄຸ້ມກັນປົກຜ່ອງທີ່ຜິວພັນກັບພະຍາດເອດສ, ບັນຫາ ການຊຶມເຊື້ອ ຫຼື ພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສຳພັນ (STD)?		
ຖ. ເຫລົ້າ ຫຼື ສິ່ງມືນເມົາ, ຄວາມຜິດປົກກະຕິກ່ຽວກັບດ້ານແນວຄິດ/ປະສາດ, ການປະພຶດຕິວ, ອາລິມແປປ່ວນ ຫຼື ກ່ຽວກັບການກິນຢູ່?		
ທ. ແກ້ວຕາຂຸ້ນ, ຄວາມດັນຕາສູງ, ຫຼື ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງຕາ, ການສູນເສັຍຂອງການໄດ້ຍິນສຽງຫຼື ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງຫູ ດັງ ຄໍ (ຫູດັງຄໍ).		
ນ. ຄວາມພິການ, ການສູນເສັຍດ້ານຮ່າງກາຍທີ່ເກີດຈາກອຸປະຕິເຫດ, ພະຍາດເປັນມາແຕ່ກຳເນີດ, ພະຍາດກຳມະພັນ, ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງແຊນ (ຢິນ), ຜູ້ເອົາປະກັນໄພຜ່ອມສະມະຊິກຄອບຄົວເຄີຍມີປະຫວັດດ້ານການແພດບໍ່?		
8. ທ່ານ ແລະ ສະມາຊິກຄອບຄົວ ຂອງທ່ານ		
ກ. ປັດຈຸບັນນີ້ຖືພາບໍ່?		
ຂ. ມີອາການສົນກ່ຽວກັບການຖືພາບໍ່?		
ຄ. ຄາດຫວັງຈະມີລູກແບບທຳມະຊາດ ຫຼື ແບບປະສົມພັນທຽມ?		



ງ. ໄດ້ຮັບຄຳແນະນຳຮັບການປິ່ນປົວ, ການກິນຢາ, ການທົດສອບການບິ່ງມະຕິ ຫຼື ການສັນຍະກຳ ໃນການມີລູກຍາກບໍ່?		
ຈ. ເຄີຍໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວໃນການມີລູກຍາກບໍ່?		
9. ບັນຫາອື່ນໆ - ທ່ານ ແລະ ສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານ		
ກ. ສຸບຢາເກີນ 12 ກອກຕໍ່ວັນ		
ຂ. ສຸບຢາໃນຮູບແບບອື່ນໆບໍ່?		
ຄ. ພາຍໃນ 5 ປີ ຜ່ານມາ, ຜູ້ເອົາປະກັນໄພ ມີນ້ຳໜັກຂຶ້ນ ຫຼື ລົງຫລາຍກວ່າ 12 ກິໂລ ພາຍໃນໄລຍະ 12 ເດືອນບໍ່?		
ງ. ຍັງມີຄວາມເຈັບເປັນຫຍັງຕື່ມອີກທີ່ບໍ່ທັນໄດ້ກ່າວມາຂ້າງເທິງນັ້ນ? ຖ້າຜູ້ເອົາປະກັນໄພ ມີ, ຊ່ວຍອະທິບາຍໃຫ້ລະອຽດຕື່ມໃສ່ໃນແບບຟອມດ້ານລຸ່ມນີ້ດ້ວຍ.		

ກະລຸນາໃສ່ລາຍລະອຽດໃນຂໍ້ທີ່ທ່ານ ເລືອກ “ມີ” ໃນຕາງຕະລາງລຸ່ມນີ້. ບໍລິສັດອາດຂໍໃບລາຍງານທາງການແພດເພີ່ມເຕີມ

ລຳດັບ	ຊື່	ວັນທີ	ພະຍາດ	ການຮັກສາທີ່ຜ່ານມາ	ອາການປະຈຸບັນ
1					
2					
3					

ພາກທີ 5. ການຍືນຍັນ

- ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຍືນຍັນວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຕອບຄຳຖາມທັງຫມົດດ້ວຍຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ, ຖ້າຂໍ້ມູນໃນເອກະສານຂໍປະກັນໄພນີ້ຖືກຕື່ມໃສ່ໂດຍຕາງໜ້າຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຂ້າພະເຈົ້າກໍ່ຂໍຍືນຍັນວ່າຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ. ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າ ຄຳຕອບທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ບໍ່ຄົບຖ້ວນ ຫຼື ມີການປິດບັງຂໍ້ມູນຕ່າງໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປະກັນໄພນີ້ ອາດສົ່ງຜົນໃຫ້ສັນຍາປະກັນໄພສະບັບນີ້ເປັນໂມຄະ; ຂ້າພະເຈົ້າ ຍັງຮັບຮູ້ ແລະ ເຂົ້າໃຈວ່າ ຜູ້ປະກັນໄພມີສິດທີ່ຈະເກັບຄ່າທຳນຽມປະກັນໄພທັງຫມົດ ຖ້າມີການຜ່າຜົນສັນຍາ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຍືນຍັນວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າມີສຸຂະພາບດີ ແລະ ບໍ່ມີຂໍ້ບົກຜ່ອງທາງຮ່າງກາຍ (ຍົກເວັ້ນຕາມທີ່ກ່າວໄວ້ຂ້າງເທິງ)
- ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຂົ້າໃຈດີວ່າບໍລິສັດຈະມີສິດທີ່ຈະເກັບຄ່າປະກັນໄພທັງໝົດທີ່ຈ່າຍໄປໃນລະຫວ່າງປີຂອງສັນຍາທີ່ບໍ່ທັນໝົດກຳນົດຍ້ອນການລະເມີດຂໍ້ຕົກລົງສະບັບນີ້.
- ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຮັບຮູ້ວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງແຈ້ງຂໍ້ມູນຄວາມຈິງກ່ຽວກັບການປະກັນໄພນີ້ ທີ່ເກີດຂຶ້ນໃນລະຫວ່າງວັນທີຂອງການຍືນຍັນໃນເອກະສານຂໍປະກັນໄພນີ້ ແລະ ການເລີ່ມຕົ້ນຄຸ້ມຄອງຂອງສັນຍາປະກັນໄພ ແກ່ຜູ້ປະກັນໄພ.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ຍອມຮັບ ວ່າຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພທັງຫມົດ ຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຈ່າຍຜົນປະໂຫຍດໂດຍຈາກຜູ້ປະກັນໄພ ສຳລັບ ສະພາບ ຫຼື ພະຍາດທີ່ມີຢູ່ກ່ອນ, ທີ່ບໍ່ມີການອະນຸມັດຈາກ ບໍລິສັດປະກັນໄພ.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ຮັບຮູ້ວ່າ ບໍລິສັດມີສິດຢ່າງເຕັມສ່ວນທີ່ຈະທຳການກວດສອບປະຫວັດການປິ່ນປົວ ແລະ ຂໍ້ມູນການບິ່ງມະຕິພະຍາດ ເມື່ອຕ້ອງການ, ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ອະນຸຍາດໃນພາຍຫຼັງ ບໍລິສັດມີສິດທີ່ຈະປະຕິເສດການຈ່າຍສິນປະກັນໄພນັ້ນໄດ້.

ຂ້າພະເຈົ້າ ເຂົ້າໃຈ ແລະ ຍອມຮັບທຸກໆລາຍການທີ່ລະບຸໃນສັນຍາປະກັນໄພ.

.....
 ລາຍເຊັນຜູ້ຊື້ປະກັນໄພ

ວັນທີ: (/ /)

.....
 ລາຍເຊັນຜູ້ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ

ວັນທີ: (/ /)

.....
 ເຊັນຜູ້ຂາຍປະກັນໄພ

ວັນທີ: (/ /)