

ໃບຮຽກຮ້ອງສິນໄໝທົດແທນກໍລະນີບາດເຈັບ / ເຈັບປ່ວຍ  
Claim form for Injury / Illness

ວັນທີ / Date .....

ຕາມສັນຍາປະກັນເລກທີ / According to the insurance contract no.....

ມີຄວາມປະສົງຮຽກຮ້ອງຄ່າສິນໄໝທົດແທນຈາກບໍລິສັດ ເອັສທີ-ເມືອງໄທ ປະກັນໄພ ຈຳກັດ ຕາມຂໍ້ມູນທີ່ແຈ້ງເພື່ອພິຈາລະນາດັ່ງນີ້:

I hereby express intention to claim compensation from ST-Muang Thai Insurance Co., Ltd. as follow:

1. ຊື່-ນາມສະກຸນ ຜູ້ບາດເຈັບ / ຜູ້ປ່ວຍ.....ອາຍຸ.....ປີ  
**Name-Surname of patient** **Age** years old  
 ທີ່ຢູ່ປະຈຸບັນ / **Present address**.....  
 ສະຖານທີ່ເຮັດວຽກ / **Business address**.....  
 ອາຊີບ / ລັກສະນະຂອງວຽກ **Occupation / Job description**.....  
 ໂທລະສັບຕິດຕໍ່ / **Telephone no**.....

2. ຊື່ໂຮງໝໍ / ຄຣິນິກທີ່ເຂົ້າຮັບການປິ່ນປົວຮັກສາ..... ບ້ານ.....  
**Name of hospital / Clinic treated** **Village**  
 ເມືອງ / **District**..... ແຂວງ / **Province**..... ໂທລະສັບ / **Tel no**.....

3. (ກ) ກໍລະນີອຸບັດຕິເຫດ / (a) In case of accident

1. ວັນທີເກີດອຸບັດຕິເຫດ.....ເວລາ.....ມ. ການແຈ້ງຄວາມ  ມີ ແຈ້ງຄວາມທີ່.....  ບໍ່ມີ  
**Date of accident** **Time** **hrs.** **Any police report** **Yes, please specify** **No**

2. ເຫດການທີ່ເກີດຂຶ້ນ / **Cause of accident**.....

3. ເຂົ້າພັກຮັກສາຕົວໃນໂຮງໝໍຕັ້ງແຕ່ວັນທີ / **Date admitted**..... ເຖິງວັນທີ / **Date discharged**.....

(ຂ) ກໍລະນີເຈັບປ່ວຍ / (b) In case of illness

1. ອາການທີ່ເຂົ້າຮັບການຮັກສາ ຫຼື ສາເຫດທີ່ເຂົ້າຮັກສາຕົວ/ **Signs of treatment or the cause of cure**.....

2. ເຂົ້າພັກຮັກສາຕົວໃນໂຮງໝໍຕັ້ງແຕ່ວັນທີ / **Date admitted**..... ເຖິງວັນທີ / **Date discharged**.....

4. ປະຫວັດການຮັກສາກ່ອນເຂົ້າຮັກສາຄັ້ງນີ້ / **A history of treatment before entering this treatment**.....  
 ພະຍາດທີ່ເປັນ / **A disease**..... ປິ່ນປົວຮັກສາຄັ້ງທຳອິດເມື່ອ / **The first treatment When?**.....  
 ໄລຍະເວລາປິ່ນປົວຮັກສາ / **Treatment time**..... ໂຮງໝໍ / ຄຣິນິກ / **Hospital / Clinic**.....

5. ສິດທິໃນການຮັບຄ່າຊົດເຊີຍຈາກບໍລິສັດອື່ນ  ມີ ກະລຸນາແຈ້ງລາຍລະອຽດ.....  ບໍ່ມີ  
**Are you eligible for compensation from other company** **Yes, please specify** **No**

6. ວິທີການຮັບເງິນຄ່າສິນໄໝທົດແທນ / **Claim collection method**  ແຊັກ / **Cheque**  ໂອນເຂົ້າບັນຊີ / **Transfer to bank**  
 ກໍລະນີທີ່ຮັບເງິນສິນໄໝເປັນເງິນໂອນເຂົ້າບັນຊີໃຫ້ແນບສຳເນົາປຶ້ມບັນຊີຂອງຜູ້ເອົາປະກັນ ຫຼື ຜູ້ຈ່າຍຄ່າທຳນຽມ (ກໍລະນີເປັນເດັກ) ທຸກຄັ້ງທີ່ມີເຄລມ  
**In case of transfer to bank account, please attach copy of bank account of insured or premium payer's account (in case of kids)**

**ເອກະສານມອບອຳນາດ ແລະ ຍິນຍອມໃຫ້ເປີດເຜີຍປະຫວັດການຮັກສາ / Declaration and authorization of medical history disclosure**

ໂດຍໜັງສືສະບັບນີ້ ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມໃຫ້ແພດ ຫຼື ໂຮງໝໍ ຫຼື ຄຣິນິກອື່ນໆ ທີ່ໄດ້ກວດຮັກສາຂ້າພະເຈົ້າ / ຜູ້ບາດເຈັບ / ຜູ້ເຈັບປ່ວຍ ເປີດເຜີຍປະຫວັດການຮັກສາ ຫຼື ລາຍລະອຽດ ຕ່າງໆ ກ່ຽວກັບການຮັກສາ ແລະ ຜົນກວດສຸຂະພາບໃຫ້ແກ່ ບໍລິສັດ ເອັສທີ-ເມືອງໄທ ປະກັນໄພ ຈຳກັດ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມມອບອຳນາດໃຫ້ ບໍລິສັດ ເອັສທີ-ເມືອງໄທ ປະກັນໄພ ຈຳກັດ ຫຼື ຜູ້ແທນຂອງບໍລິສັດເປັນຜູ້ຮັບມອບອຳນາດຕາມກົດໝາຍຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເພື່ອດຳເນີນການຕິດຕໍ່ຂໍຮັບປະຫວັດການຮັກສາດັ່ງກ່າວມາຂ້າງເທິງນັ້ນຈາກແພດຜູ້ຮັກສາ ຫຼື ໂຮງໝໍ ຫຼື ຄຣິນິກທີ່ຮັກສາ ຫຼື ເຄີຍກວດສຸຂະພາບຂ້າພະເຈົ້າ / ຜູ້ບາດເຈັບ / ຜູ້ເຈັບປ່ວຍດັ່ງເໝືອນກັບວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ປະຕິບັດດ້ວຍຕົວເອງທຸກຢ່າງ ສຳເນົາເອກະສານຂອງໜັງສືສະບັບນີ້ ໃຫ້ຖືວ່າມີຜົນບັງຄັບ ໄດ້ຄືກັນກັບຕົ້ນສະບັບທຸກປະການ.

With this letter, I hereby give consent to the attending physician(s) or hospital(s) or any clinic(s) that has or had provided me/an injured person/a sick person with medical treatment to disclose the medical treatment history or other details pertaining to the treatment and health check result to ST-Muang Thai Insurance Co., Ltd. and I authorize ST-Muang Thai Insurance Co., Ltd. or representative of the Company to act as legal representative to process and contract to receive the afore-mentioned medical history from attending physician(s) or hospital(s) or any clinic(s) that has or had provided me/an injured person/a sick person with medical treatment as if they were my own actions in all respects. A photocopy or copy of this authorization is regarded as equally effective and complete as the original.

ລາຍເຊັນ / **Signature** ..... ຜູ້ເອົາປະກັນໄພ / **Insured**

ລາຍເຊັນ / **Signature** ..... ພະຍານ / **Witness**

(ຊື່ແຈ້ງ ..... )

(ຊື່ແຈ້ງ ..... )

## ການກຽມຫຼັກຖານໃນການຮຽກຮ້ອງ / Claim Evidence

### ຊົດເຊີຍຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາຕາມສັນຍາປະກັນສຸຂະພາບ ແລະ ຊົດເຊີຍຄ່າປ່ວຍການ ແລະ ຊົດເຊີຍຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາປະກັນສຸຂະພາບ ແບບຜູ້ປ່ວຍນອກ / Medical expenses to according policy for health insurance and Hospital Benefit (HB) and Health compensation for inpatient (OPD)

1. ໃບຮຽກຮ້ອງສິນໄໝທົດແທນຕາມແບບຟອມຂອງບໍລິສັດ / The Company's claim form
2. ຜົນການອ່ານຝົມ ເອັກສະເລ ກໍລະນີມີການຫັກ ຫຼື ກະດູກແຕກຮ້າວ / X-ray result for the case of broken or fractured bone
3. ໃບຢັ້ງຢືນແພດ / Medical certificate
4. ສໍາເນົາໃບບິນຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາ ແລະ ໃບແຈ້ງຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາ ຫຼື ສໍາເນົາໃບສະຫລຸບໜ້າງົບ ກໍລະນີເຂົ້າຮັບການປິ່ນປົວຮັກສາໃນຖານະຜູ້ປ່ວຍໃນ ໃນໂຮງໝໍ / Copy of medical receipt and invoice or copy of hospital's summary statement for inpatient case
5. ໃບບິນຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາ ແລະ ໃບແຈ້ງລາຍການຄ່າປິ່ນປົວ ຫຼື ສໍາເນົາໃບສະຫລຸບໜ້າງົບ **ສະບັບແທ້** ກໍລະນີຮຽກຮ້ອງຄ່າສິນໄໝທົດແທນຄ່າຊົດເຊີຍລາຍໄດ້ / **Original copy** of medical receipt and invoice or summary statement of hospital for Hospital Benefit (HB)

### ຊົດເຊີຍຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາປະສຸຂະພາບແບບຜູ້ປ່ວຍໃນ (IPD) / Health compensation for inpatient (IPD)

1. ໃບຮຽກຮ້ອງສິນໄໝທົດແທນຕາມແບບຟອມຂອງບໍລິສັດ / The Company's claim form
2. ໃບຢັ້ງຢືນແພດ / Medical certificate
3. ໃບບິນຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາ **ສະບັບແທ້** ກໍລະນີຮຽກຮ້ອງຄ່າສິນໄໝທົດແທນປະກັນສຸຂະພາບແບບແຍກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ **ສໍາເນົາ** ກໍລະນີຮຽກຮ້ອງຄ່າສິນໄໝທົດແທນຄ່າຊົດເຊີຍລາຍໄດ້ / **Original Copy** of medical receipt for Hospital and Surgery (H&S) and **its copy** for Hospital Benefit (HB)
4. ໃບແຈ້ງລາຍການຄ່າປິ່ນປົວ ຫຼື ໃບສະຫລຸບໜ້າງົບຂອງໂຮງໝໍ **ສະບັບແທ້** ກໍລະນີຮຽກຮ້ອງຄ່າສິນໄໝທົດແທນປະກັນສຸຂະພາບແບບແຍກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ **ສໍາເນົາ** ກໍລະນີຮຽກຮ້ອງຄ່າສິນໄໝທົດແທນຄ່າຊົດເຊີຍລາຍໄດ້ / **Original Copy** of medical invoice or summary statement of hospital for Hospital and Surgery (H&S) and **its copy** for Hospital Benefit (HB)

### ຊົດເຊີຍຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາປະສຸຂະພາບແບບຜູ້ປ່ວຍນອກ (OPD) / Health compensation for inpatient (OPD)

1. ໃບຮຽກຮ້ອງສິນໄໝທົດແທນຕາມແບບຟອມຂອງບໍລິສັດ / The Company's claim form
2. ໃບຢັ້ງຢືນແພດ / Medical certificate
3. ໃບບິນຄ່າປິ່ນປົວຮັກສາ **ສະບັບແທ້** / **Original copy** of medical receipt

#### **ໝາຍເຫດ:**

ຖ້າມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຕາມຂໍ້ກຳນົດຂອງກົດໝາຍ ຫຼື ສະຫວັດດີການອື່ນໆ ໃຫ້ສົ່ງລາຍລະອຽດສະແດງການໄດ້ຮັບສິດນັ້ນໆ ຫຼື ສົ່ງສໍາເນົາບັດຕ່າງໆ ທີ່ອ້າງອີງການໄດ້ຮັບສິດເຊັ່ນ: ບັດປະຈຳຕົວ, ບັດປະກັນສັງຄົມ ເປັນຕົ້ນ

#### **Remark:**

In case there is any legislative benefit or other welfare benefits, please submit such benefit entitlement's detail or copy of identification card confirming such benefit entitlement's such as government's identification card, social security card, etc.

ຫາກມີຂໍສົ່ງໃສກະລຸນາຕິດຕໍ່ທີ່: ບໍລິສັດ ເອັສທີ-ເມືອງໄທ ປະກັນໄພ ຈຳກັດ

For any inquiries, please contract to: ST-Muang Thai Insurance Co., Ltd.

ໂທລະສັບ / Telephone no.: (+856) 21-253-079 (ຕໍ່) 103, ແຟັກ / Fax no.: (+856) 21-253-159

ໃນວັນ ແລະ ໂມງລັດຖະການ ວັນຈັນ-ວັນສຸກ, ເວລາ 8:00ມ. - 17:00ມ. ຍົກເວັ້ນວັນຍຸດລັດຖະການ

On official date and time on Monday to Friday from 8:00 am. to 5:00 pm.