

ໜັງສືແຈ້ງຄວາມຕ້ອງການຂໍເພີ່ມສັນຍາເພີ່ມເຕີມ, ປ່ຽນແປງຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ຍົກເລີກສັນຍາເພີ່ມເຕີມ

ສັນຍາປະກັນຊີວິດເລກທີ.....

1 ຊື່-ນາມສະກຸນຜູ້ເອົາປະກັນຊີວິດ....., ວັນ / ເດືອນ / ປີ ເກີດ....., ອາຍຸ.....ປີ
ທີ່ຢູ່..... ໂທລະສັບ:.....
ອາຊີບປະຈຳ.....ລັກສະນະວຽກ (ຖ້າມີ).....
ສະຖານທີ່ບ່ອນເຮັດວຽກ.....ອາຊີບພິເສດ (ຖ້າມີ).....
ຜູ້ເອົາປະກັນຊີວິດໃຊ້ລົດຈັກ, ລົດຖີບເປັນພາຫະນຳໃຊ້ ຫຼື ບໍ່ ? ໃຊ້ ບໍ່ໃຊ້

2 **ລາຍການທີ່ຂໍເພີ່ມສັນຍາເພີ່ມເຕີມ, ປ່ຽນແປງຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ຍົກເລີກສັນຍາເພີ່ມເຕີມ**
2.1 ກໍລະນີຂໍເພີ່ມສັນຍາເພີ່ມເຕີມ

ແບບສັນຍາເພີ່ມເຕີມ	ຈຳນວນເງິນເອົາປະກັນຊີວິດ	ຊື່ຜູ້ຈ່າຍຄ່າທຳນຽມປະກັນຊີວິດ*	ຄ່າທຳນຽມປະກັນຊີວິດ	ຄວາມສຳພັນ*

* ສະເພາະກໍລະນີຜູ້ເອົາປະກັນຊີວິດເປັນເດັກ ແລະ ເປັນການຊື້ສັນຍາເພີ່ມເຕີມ ຜົນປະໂຫຍດຜູ້ຈ່າຍຄ່າທຳນຽມປະກັນຊີວິດເທົ່ານັ້ນ
ກະລຸນາແຈ້ງຄວາມສຳພັນຂອງຜູ້ຈ່າຍຄ່າທຳນຽມປະກັນຊີວິດກັບຜູ້ເອົາປະກັນຊີວິດລົງໃນຕາຕະລາງທຳອິດພ້ອມແນບສຳເນົາບັດປະຈຳຕົວ, ສຳມະໂນຄົວຂອງຜູ້ຈ່າຍຄ່າທຳນຽມຊີວິດ

2.2 ກໍລະນີປ່ຽນແປງຜົນປະໂຫຍດຂອງສັນຍາເພີ່ມເຕີມທີ່ມີຢູ່

ແບບສັນຍາເພີ່ມເຕີມ	ຜົນປະໂຫຍດເດີມ	ປ່ຽນແປງເປັນ

2.3 ກໍລະນີຍົກເລີກສັນຍາເພີ່ມເຕີມ
ແຈ້ງສັນຍາເພີ່ມເຕີມທີ່ຕ້ອງການຍົກເລີກ.....

3 ນັບຕັ້ງແຕ່ບໍລິສັດອອກສັນຍາປະກັນຊີວິດ ຜູ້ເອົາປະກັນຊີວິດ ບໍ່ເຄີຍ ເຄີຍ ຂໍເອົາປະກັນຊີວິດ / ປະກັນອຸປະຕິເຫດ / ປະກັນສຸຂະພາບ
(ຖ້າເຄີຍກະລຸນາແຈ້ງລາຍລະອຽດຂ້າງລຸ່ມ)

ການປະກັນຊີວິດເພີ່ມເຕີມ	ບໍລິສັດຜູ້ຮັບປະກັນຊີວິດ	ສັນຍາປະກັນຊີວິດເລກທີ	ແບບ / ຜົນປະໂຫຍດ	ຈຳນວນເງິນເອົາປະກັນຊີວິດ

ຜູ້ເອົາປະກັນໄພເຄີຍຖືກປະຕິເສດ ຖືກເລື່ອນຮັບປະກັນໄພ ຫຼື ຮັບປະກັນໄພໂດຍມີເງື່ອນໄຂພິເສດ ຈາກບໍລິສັດນີ້ ຫຼື ຈາກບໍລິສັດອື່ນ ຫຼື ບໍ່ ? ບໍ່ເຄີຍ ເຄີຍ
ຖ້າເຄີຍກະລຸນາແຈ້ງລາຍລະອຽດ.....

4 ສຸຂະພາບຂອງຜູ້ເອົາປະກັນຊີວິດໃນປະຈຸບັນເປັນແນວໃດ ສົມບູນ ບໍ່ສົມບູນ ເນື່ອງຈາກ.....
ຮ່າງກາຍຂອງຜູ້ເອົາປະກັນຊີວິດມີສ່ວນໃດພິການ ຫຼື ບໍ່? ບໍ່ມີ ມີ (ຖ້າມີກະລຸນາແຈ້ງລາຍລະອຽດ.....)
ນັບຕັ້ງແຕ່ບໍລິສັດອອກສັນຍາຜູ້ເອົາປະກັນຊີວິດ ບໍ່ເຄີຍ ເຄີຍເຈັບປ່ວຍ (ຖ້າມີກະລຸນາແຈ້ງລາຍລະອຽດຂ້າງລຸ່ມ)

ໂຮງໝໍທີ່ໄປຮັບການປິ່ນປົວຮັກສາ	ຊື່-ນາມສະກຸນແພດຜູ້ຮັກສາ	ພະຍາດທີ່ປິ່ນປົວຮັກສາ	ວັນ ເດືອນ ປີ ທີ່ຮັກສາ

5 ກະລຸນາແຈ້ງສັດສ່ວນຮ່າງກາຍ ລວງສູງ.....ຊ.ມ. ນ້ຳໜັກ.....ກ.ກ.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າ: ຄຳຕອບໃນໜັງສືແຈ້ງຄວາມຕ້ອງການຂໍເພີ່ມສັນຍາເພີ່ມເຕີມ, ປ່ຽນແປງຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ຍົກເລີກສັນຍາເພີ່ມເຕີມນີ້ເປັນຄວາມຈິງ ໂດຍຖືເປັນມາດຕະຖານ ແລະ ສາລະສຳຄັນທີ່ບໍລິສັດຈະນຳໄປພິຈາລະນາຮັບປະກັນ ທັງນີ້ ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ດີວ່າ ຄຳຂໍນີ້ຈະມີຜົນໂດຍສົມບູນກໍຕໍ່ເມື່ອບໍລິສັດເຫັນດີ ແລະ/ຫຼື ອະນຸມັດແລ້ວເທົ່ານັ້ນ.

ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມໃຫ້ແພດ ຫຼື ໂຮງໝໍ ຫຼື ຄລິນິກໃດໆ ທີ່ກວດສຸຂະພາບເປີດເຜີຍປະຫວັດ ຫຼື ລາຍລະອຽດຕ່າງໆກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ກວດສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ຜູ້ເອົາປະກັນຊີວິດ) ໃຫ້ກັບບໍລິສັດ ຫຼື ຜູ້ແທນຂອງບໍລິສັດຮັບຮູ້ໂດຍລະອຽດທຸກປະການ.

ສະຖານທີ່.....,ວັນທີ.....ເດືອນ.....ປີ.....

ລາຍເຊັນ.....ຜູ້ເອົາປະກັນຊີວິດ / ຜູ້ປົກຄອງທີ່ແທ້ຈິງຂອງຜູ້ເອົາປະກັນຊີວິດ
(ຊື່ແຈ້ງ.....)

ລາຍເຊັນ.....(ພະຍານ) ລາຍເຊັນ.....(ພະຍານ)
(ຊື່ແຈ້ງ.....) (ຊື່ແຈ້ງ.....)