

ໃບຮຽກຮ້ອງຄ່າສິນໄໝທົດແທນກໍລະນີພິການຖາວອນ

ວັນທີ.....

ຂ້າພະເຈົ້າ ຜູ້ເອົາປະກັນຊີວິດ ຜູ້ຈ່າຍຄ່າທຳນຽມປະກັນຊີວິດ ຕາມສັນຍາເລກທີ.....

ມີຄວາມປະສົງຂໍຮຽກຮ້ອງຄ່າຊົດເຊີຍຈາກບໍລິສັດກໍລະນີພິການຖາວອນ ຕາມຂໍ້ມູນທີ່ແຈ້ງເພື່ອພິຈາລະນາດັ່ງນີ້:

- ຈ່າຍຜົນປະໂຫຍດກໍລະນີພິການຖາວອນ
- ຍົກເວັ້ນການຈ່າຍຄ່າທຳນຽມປະກັນຊີວິດ
- ຮຽກຮ້ອງຄ່າຊົດເຊີຍກໍລະນີພິການຖາວອນ

ງວດທີ.....ເນື່ອງຈາກອຸປະຕິເຫດເມື່ອ.....ສາເຫດ.....

ກ. ຂໍ້ມູນຜູ້ເອົາປະກັນຊີວິດ / ຜູ້ຈ່າຍຄ່າທຳນຽມປະກັນຊີວິດ ຊື່-ນາມສະກຸນ.....
ທີ່ຢູ່ປະຈຸບັນ..... ໂທລະສັບ.....

ຂ. ຂໍ້ມູນການພິການ

1. ວັນທີສະແດງອາການພິການຄັ້ງທຳອິດ.....ສາເຫດ.....

ມີອາການ.....ສະຖານທີ່ເຂົ້າຮັບການຮັກສາ.....

2. ວັນທີ່ພົບແພດຄັ້ງສຸດທ້າຍ.....ມີອາການ.....

3. ລັກສະນະອາການຂອງຜູ້ເອົາປະກັນຊີວິດ / ຜູ້ຈ່າຍຄ່າທຳນຽມປະກັນຊີວິດໃນປະຈຸບັນ

- ກິດຈະກຳໃນແຕ່ລະມື້, ເຮັດວຽກໄດ້ຕາມປົກກະຕິ
- ຢູ່ພາຍໃນບໍລິເວນບ້ານເທົ່ານັ້ນ
- ນອນຢູ່ເທິງຕຽງເທົ່ານັ້ນ
- ອື່ນໆ.....

ຄ. ເອກະສານທີ່ໃຊ້ປະກອບການພິຈາລະນາເພີ່ມເຕີມ

ໄດ້ຈັດສົ່ງສຳເນົາປະຫວັດການຮັກສາທັງໝົດທີ່ໄດ້ມາຈາກໂຮງໝໍ

ອື່ນໆ.....

ງ. ຜູ້ເອົາປະກັນຊີວິດ / ຜູ້ຈ່າຍຄ່າທຳນຽມປະກັນຊີວິດ ມີສິດຮຽກຮ້ອງຈາກບໍລິສັດປະກັນໄພອື່ນບໍ່? ບໍ່ມີ ມີ
ຖ້າມີ ກະລຸນາແຈ້ງ.....

ຈ. ວິທີການຮັບຄ່າຊົດເຊີຍ / ຮັບເອກະສານ

- ຮັບທີ່ສຳນັກງານໃຫຍ່.....
- ຮັບທີ່ສາຂາ.....
- ຊ່ອງທາງອື່ນໆ.....

ເອກະສານມອບອຳນາດ ແລະ ຍິນຍອມໃຫ້ເປີດເຜີຍປະຫວັດການຮັກສາ

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າ ຂໍ້ຄວາມທີ່ໄດ້ກ່າວຂ້າງເທິງນັ້ນເປັນຄວາມຈິງທຸກປະການ. ໂດຍໜັງສືສະບັບນີ້ ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມໃຫ້ແພດ, ໂຮງໝໍ, ຄລິນິກອື່ນໆທີ່ໄດ້
ປິ່ນປົວຮັກສາ ຫຼື ເຄີຍກວດຮັກສາສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເປີດເຜີຍປະຫວັດ ຫຼື ລາຍລະອຽດຕ່າງໆກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ແລະ ການຮັກສາຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ມອບອຳ
ນາດໃຫ້ ບໍລິສັດ ເອັສທີ-ເມືອງໄທ ປະກັນໄພ ຈຳກັດ ຫຼື ຜູ້ຮັກສາການແທນບໍລິສັດເປັນຜູ້ຮັບມອບອຳນາດຕາມກົດໝາຍຂອງຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອຂໍຮັບປະຫວັດການຮັກສາ
ດັ່ງກ່າວຂ້າງເທິງຈາກແພດຜູ້ຮັບການຮັກສາ ຫຼື ເຈົ້າໜ້າທີ່ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງໂດຍເຮັດໜ້າທີ່ແທນຂ້າພະເຈົ້າດ້ວຍຕົນເອງທຸກປະການ, ສຳເນົາຂອງໜັງສືສະບັບນີ້ໃຫ້ຖືວ່າມີຜົນ
ບັງຄັບໄດ້ຄືກັນກັບສະບັບແທ້ທຸກປະການ.

ລາຍເຊັນ.....ຜູ້ເອົາປະກັນຊີວິດ
()

ລາຍເຊັນ.....ພະຍານ
()

ລາຍເຊັນ.....ພະຍານ
()

ໝາຍເຫດ: ກໍລະນີລົງນາມໂດຍວິທີພິມລາຍນີ້ວມີ ຕ້ອງມີພະຍານລົງນາມໃຫ້ຄົບຖ້ວນທັງ 2 ທ່ານ

**ເອກະສານປະກອບການຮຽກຮ້ອງສິນໄໝທົດແທນ ເພື່ອຄວາມວ່ອງໄວໃນການດຳເນີນ
ການກະລຸນາສົ່ງເອກະສາໃຫ້ຄົບຖ້ວນຕາມລາຍການດັ່ງລຸ່ມນີ້:**

ກໍລະນີພິການຖາວອນ ຫຼື ສູນເສຍອະໄວຍະວະ / Dismemberment, Loss of sight or Permanent Disability

- ໃບຢັ້ງຢືນແພດທີ່ລະບຸສາເຫດການບາດເຈັບ ແລະ ອະໄວຍະວະທີ່ສູນເສຍຢ່າງຊັດເຈນ / Doctor's certificate and Permanent Disability
- ສຳເນົາຜົນຂອງການເອຊະເລ / Copy of X-Ray result
- ຮູບຖ່າຍເຕັມຕົວ ແລະ ອະໄວຍະວະທີ່ສູນເສຍຂອງຜູ້ຮຽກຮ້ອງສິດຄວາມຄຸ້ມຄອງ / Photograph of Claimant and Permanent Disability
- ສຳເນົາບັດປະຈຳຕົວ (ຢັ້ງຢືນສຳເນົາໃຫ້ຖືກຕ້ອງ) / Copy of identification card (Certified true copy)
- ສຳເນົາປະຫວັດການປິ່ນປົວຮັກສາ / Copy Medical Record
- ສຳເນົາບັດປະກັນຊີວິດ ຫຼື ສຳເນົາສັນຍາປະກັນຊີວິດ / Copy of insurance card or copy of policy

ໝາຍເຫດ: ບໍລິສັດອາດຈະຂໍເອກະສານເພີ່ມເຕີມຈາກທີ່ລະບຸໄວ້ໃນບາງກໍລະນີທີ່ເອກະສານນັ້ນຈຳເປັນຕໍ່ການພິຈາລະນາຈ່າຍຄ່າສິນໄໝທົດແທນບໍລິສັດ
ຈະຕິດຕໍ່ກັບໄປຍັງໝາຍເລກໂທລະສັບ ຫຼື ທີ່ຢູ່ຕາມທີ່ທ່ານໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງນີ້:

Remark: Additional documents may be requested if it is necessary to consider the claim payment Officer will
contact you as the detail you provided above

ໃບຢັ້ງຢືນຄວາມເຫັນຂອງແພດກໍລະນີພິການຖາວອນ

ຊື່ຜູ້ປ່ວຍ.....ເລກທີ H.N.....ເລກທີ A.N.....

ຜູ້ປ່ວຍສະແດງອາການພິການຄັ້ງທຳອິດເມື່ອ.....ຈາກສາເຫດ.....

ພະຍາດປະຈຳໄຕອື່ນໆ ທີ່ມີ.....ໄລຍະເວລາຂອງພະຍາດ ເລີ່ມເປັນເມື່ອ.....ສະຖານທີ່ຮັກສາ.....

ກ. ການປະເມີນການສູນເສຍການໃຊ້ງານຂອງຮ່າງກາຍ

1. ຄວາມສາມາດໃນການປະກອບກິດຈະກຳປະຈຳວັນ

1.1 ອາບນ້ຳ	[] ສາມາດອາບນ້ຳໄດ້ເອງ	[] ຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຜູ້ອື່ນ
1.2 ແຕ່ງໂຕ	[] ສາມາດໃສ່ ຫຼື ຖອດເສື້ອ, ໂສ້ງ ໄດ້ເອງ	[] ຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຜູ້ອື່ນ
1.3 ກິນອາຫານ	[] ສາມາດກິນອາຫານໄດ້ເອງ	[] ຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຜູ້ອື່ນ
1.4 ຂັບຖ່າຍ	[] ສາມາດຄວບຄຸມລະບົບຂັບຖ່າຍ, ອາຈິມ ແລະ ຍ່ຽວໄດ້ເອງ	[] ບໍ່ສາມາດຄວບຄຸມລະບົບຂັບຖ່າຍໄດ້
1.5 ການເຄື່ອນຍ້າຍ	[] ສາມາດເຄື່ອນຍ້າຍຈາກບ່ອນໜຶ່ງໄປອີກບ່ອນໜຶ່ງໄດ້ເອງ	[] ຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຜູ້ອື່ນ

2. ຄວາມສາມາດໃນການເບິ່ງເຫັນ

[] ສາຍຕາສາມາດເບິ່ງເຫັນທັງສອງຂ້າງ	[] ສາຍຕາບອດສະໜິດ 1 ຂ້າງ ຄືຂ້າງ.....
[] ສາຍຕາບອດສະໜິດ ເບິ່ງບໍ່ເຫັນທັງສອງຂ້າງ	[] ອື່ນໆ

3. ລັກສະນະອາການຂອງຜູ້ເອົາປະກັນຊີວິດ / ຈ່າຍຄ່າທຳນຽມປະກັນຊີວິດ ໃນປັດຈຸບັນ

[] ໃຊ້ມື ແລະ ແຂນເຮັດກິດຈະກຳໄດ້ທັງສອງຂ້າງ	
[] ບໍ່ສາມາດໃຊ້ມື ແລະ ແຂນເຮັດກິດຈະກຳໄດ້ທັງຂ້າງ ຄືຂ້າງ.....	
[] ໃຊ້ມື ແລະ ແຂນເຮັດກິດຈະກຳບໍ່ໄດ້ທັງສອງຂ້າງ	
[] ອື່ນໆ.....	

4. ຄວາມສາມາດໃນການຍືນ ແລະ ຍ່າງ

[] ສາມາດຍືນໄດ້ ແລະ ສາມາດຍ່າງໄດ້ໂດຍບໍ່ຕ້ອງໃຫ້ບຸກຄົນອື່ນຊ່ວຍເຫຼືອ	
[] ບໍ່ສາມາດຍືນຕົວໄດ້ ແລະ ບໍ່ສາມາດລຸກຂຶ້ນຍືນ ຫຼື ຍ່າງເອງໄດ້	

5. ສະຕິປັນຍາ / ພຶດຕິກຳ

[] ຄືຄົນປົກກະຕິ	
[] ບໍ່ສາມາດປະກອບອາຊີບປະຈຳ ແລະ ອາຊີບອື່ນໄດ້	

6. ຄວາມສາມາດໃນການປະກອບອາຊີບ ເຮັດວຽກປະຈຳ ແລະ ວຽກອື່ນໆ

[] ສາມາດປະກອບອາຊີບປະຈຳ ຫຼື ອາຊີບອື່ນໄດ້ ເຊັ່ນ.....	
[] ບໍ່ສາມາດປະກອບອາຊີບປະຈຳ ຫຼື ອາຊີບອື່ນໄດ້	

6.1 ອາບນ້ຳ	[] ສາມາດອາບນ້ຳໄດ້ເອງ	[] ຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຜູ້ອື່ນ
6.2 ແຕ່ງໂຕ	[] ສາມາດໃສ່ ຫຼື ຖອດເສື້ອ, ໂສ້ງ ໄດ້ເອງ	[] ຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຜູ້ອື່ນ
6.3 ກິນອາຫານ	[] ສາມາດກິນອາຫານໄດ້ເອງ	[] ຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຜູ້ອື່ນ
6.4 ຂັບຖ່າຍ	[] ສາມາດຄວບຄຸມລະບົບຂັບຖ່າຍ, ອາຈິມ ແລະ ຍ່ຽວໄດ້ເອງ	[] ບໍ່ສາມາດຄວບຄຸມລະບົບຂັບຖ່າຍໄດ້
6.5 ການເຄື່ອນຍ້າຍ	[] ສາມາດເຄື່ອນຍ້າຍຈາກບ່ອນໜຶ່ງໄປບ່ອນໜຶ່ງໄດ້ເອງ	[] ຕ້ອງໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຜູ້ອື່ນ

ຂ. ຜົນການປະເມີນ

1. ຜູ້ປ່ວຍມີໂອກາດຫາຍຈາກການພິການຖາວອນ ຫຼື ບໍ່?

[] ມີເນື່ອງຈາກ.....	
[] ຍັງສະຫຼຸບບໍ່ໄດ້ເນື່ອງຈາກ.....	
[] ບໍ່ມີໂອກາດເຊົາຈາກການພິການ	

2. ປະເພດຂອງການພິການ

[] ພິການຊົ່ວຄ່າວ	[] ພິການຖາວອນບາງສ່ວນ	[] ພິການຖາວອນທັງໝົດ
-------------------	-----------------------	----------------------

3. ປະຈຸບັນມີຄວາມສາມາດລະດັບທີ່

- ລະດັບທີ 1: ຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໃນການປະກອບກິດຈະກຳປະຈຳວັນຫຼັກໃນຊີວິດປະຈຳວັນບໍ່ໄດ້ເລີຍ ຫຼື ໄດ້ພຽງໜ້ອຍດຽວ ແລະ ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນຢ່າງສູງ
- ລະດັບທີ 2: ຊ່ວຍເຫຼືອຕົວເອງໃນການປະກອບກິດຈະກຳປະຈຳວັນຫຼັກໃນຊີວິດປະຈຳວັນໄດ້ໜ້ອຍໜຶ່ງ ຫຼື ຂ້ອນຂ້າງຫຼາຍ
- ລະດັບທີ 3: ຊ່ວຍເຫຼືອຕົວເອງໃນການປະກອບກິດຈະກຳປະຈຳວັນຫຼັກໃນຊີວິດປະຈຳວັນໄດ້ຫຼາຍ ອາດຕ້ອງມີຄົນຄອຍແນະນຳ, ຄອຍລະວັງຢູ່ດ້ານຂ້າງ, ໃຊ້ອຸປະກອນເຄື່ອງຊ່ວຍຄົນພິການ ຫຼື ການປັບປຸງສິ່ງຂອງເຄື່ອງໃຊ້ປະຈຳຕົວ ແຕ່ບໍ່ສາມາດອອກນອກບ້ານ, ສຶກສາຮຳຮຽນ, ປະກອບອາຊີບ ຫຼື ເຂົ້າສັງຄົມໄດ້ດ້ວຍຕົນເອງບໍ່ວ່າໃນສິ່ງແວດລ້ອມທີ່ເອື້ອອຳນວຍຕໍ່ຄົນພິການ
- ລະດັບທີ 4: ຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງໃນການປະກອບກິດຈະກຳຫຼັກໃນຊີວິດປະຈຳວັນໄດ້ເອງ ອາດໃຊ້ອຸປະກອນເຄື່ອງຊ່ວຍຄົນພິການ ຫຼື ການເຄື່ອງໃຊ້ປະຈຳຕົວສາມາດອອກນອກບ້ານ, ສຶກສາຮຳຮຽນ, ປະກອບອາຊີບ ຫຼື ເຂົ້າສັງຄົມໄດ້ດ້ວຍຕົນເອງໃນສິ່ງແວດລ້ອມທີ່ເອື້ອອຳນວຍຕໍ່ຄົນພິການ
- ລະດັບທີ 5: ຊ່ວຍເຫຼືອຕົວເອງໃນການປະກອບກິດຈະກຳຫຼັກໃນຊີວິດປະຈຳວັນໄດ້ເອງ ອາດໃຊ້ອຸປະກອນເຄື່ອງຊ່ວຍຄົນພິການ ການປັບປຸງສິ່ງຂອງເຄື່ອງໃຊ້ປະຈຳຕົວສາມາດອອກນອກບ້ານ, ສຶກສາຮຳຮຽນ, ປະກອບອາຊີບ ຫຼື ເຂົ້າສັງຄົມໄດ້ແບບຄົນປົກກະຕິ

ລາຍເຊັນ.....ແພດຜູ້ກວດຮັກສາ

ໃບຢັ້ງຢືນທາງການແພດ.....ໂຮງໝໍ.....

ວັນທີ.....ເດືອນ.....ປີ.....

(ຈຳກາໂຮງໝໍ)